

Validez facial y de contenido de un instrumento para identificar parto humanizado

Facial and content validity of an instrument to identify humanized childbirth

Flor de María Cáceres-Manrique¹ , Fabio Camargo-Figuera¹ ; Myriam Ruiz-Rodríguez¹ ; Nancy Mercedes Guerrero-Rodríguez² ; Yeimy Catherine Rodríguez Alfonso³ 

*fmcacer@uis.edu.co

Forma de citar: Cáceres-Manrique FM, Camargo Figuera F, Ruiz-Rodríguez M, Guerrero-Rodríguez NM, Rodríguez Alfonso YC. Validez facial y de contenido de un instrumento para identificar parto humanizado. Salud UIS. 2022; e22025. doi: <https://doi.org/10.18273/salduis.54.e:22025> 

Resumen

Introducción: el parto humanizado es considerado un constructo polisémico, multidimensional y multifactorial, dado que no existe una única definición concertada. En este sentido, medir su frecuencia constituye un reto complejo, pues los instrumentos que valoran la experiencia del parto están orientados a determinar la satisfacción de la madre y no han sido validados. En Colombia, el parto humanizado ha sido poco estudiado. **Objetivo:** diseñar y realizar la validación facial y de contenido de un instrumento para identificación de parto humanizado. **Metodología:** investigación metodológica llevada a cabo entre marzo de 2019 y febrero de 2020 en seis ciudades de Colombia (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Manizales, Medellín y Pasto). El estudio se realizó en cuatro fases: 1) revisión de literatura, 2) construcción del instrumento, 3). adaptación cultural del cuestionario, 4) prueba de validez facial y de contenido con expertos, en dos rondas de calificación. Se calcularon índices de validez facial y contenido para el instrumento y para los componentes de este. **Resultados:** luego de revisada la literatura, se construyó un instrumento de 38 componentes, que fue adaptado culturalmente por 16 mujeres, y validado a través de una prueba facial y de contenido por parte de 20 expertos. En los resultados de validez, se obtuvo un índice de validez facial para todo el instrumento de 0,89, con un valor mínimo de 0,52 y máximo de 1,0 para los componentes. Se obtuvo un índice de validez de contenido para todo el instrumento de 0,91, con valor mínimo de 0,44 y máximo de 1,0 para los componentes. Hechos los ajustes, se propone un instrumento final conformado por 35 componentes. **Conclusión:** el instrumento permite identificar la presencia de parto humanizado. Los resultados de las pruebas de validez facial y de contenido avalan su aplicación en el contexto colombiano y su uso para investigaciones futuras.

Palabras clave: Estudio de validación; Parto humanizado; Formulario; Colombia.

¹ Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

² Universidad de Nariño. Pasto, Colombia.

³ Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: Humanized childbirth is considered a polysemy multidimensional and multifactorial construct, since there is no single agree definition. In this sense, measuring whether or not there was humanized childbirth is a complex challenge. Most of the instruments that measure the experience of childbirth are aimed at measuring the satisfaction of the mother. In Colombia, the measurement of humanized childbirth has been little studied. **Objective:** Design and perform facial and content validation of an instrument to measure humanized childbirth. **Methodology:** Methodological research study carried out between March 2019 and February 2020 in six capital cities of Colombia (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Manizales, Medellín and Pasto). The study was conducted in four phases: 1. Literature review; 2. Construction of the instrument; 3. Cultural adaptation of the questionnaire; 4. Facial and expert content validity test performed in two qualifying rounds. Indices of facial and content validity were calculated for the instrument and its components. **Results:** After reviewing the literature, an instrument confirmed by 38 components was built, this was culturally adapted by sixteen women, validated through a facial and content test by twenty experts. In the results of facial validity, a Facial Validity Index was obtained for the entire instrument of 0.89, with a minimum value of 0.52 and a maximum of 1.0 for the components. For content validity, a Content Validity Index of 0.91 was obtained for the entire instrument, with a minimum value of 0.44 and a maximum of 1.0 for the components. Once the adjustments have been made, a final instrument consisting of 35 components is proposed. **Conclusion:** The instrument makes it possible to identify humanized childbirth care in Colombia. The results of facial validity and content tests by experts support its application in the Colombian context and its use for future research.

Keywords: Validation study; Humanized childbirth; Humanized childbirth instrument; Colombia.

Introducción

El concepto de parto humanizado es complejo, polisémico, multidimensional, multifactorial, y está definido en función de un conjunto de componentes técnicos, éticos y actitudinales. Para Biurrun “se basa en tres aspectos fundamentales: convertir a la mujer en el centro de atención, facilitarle apoyo emocional y suministrarle atención clínica fundamentada en la evidencia científica”¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la atención humanizada del parto incluye atributos como respetar la fisiología, intervenir solo en lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindar apoyo emocional y poder de decisión; y garantizar su autonomía y privacidad². Para ello, propone acciones concretas como el acompañamiento de la mujer durante el parto por alguien de su confianza, la ingesta de líquidos y alimentos, la movilidad durante el trabajo de parto, la no ejecución de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el contacto piel a piel y amamantamiento tan pronto haya estabilidad de madre e hijo². Sin embargo, declaraciones del mismo organismo dan cuenta de que muchas mujeres experimentan maltrato físico y psicológico, con vulneración de sus derechos durante la atención del parto y el posparto³.

No obstante la polisemia, se consideran múltiples beneficios del parto humanizado, como reducción del tiempo de trabajo de parto, disminución en la frecuencia

de cesáreas, menor uso de analgésicos y de episiotomías, inicio espontáneo del trabajo de parto sin intervención farmacológica, menor incidencia de depresión posparto, comienzo temprano y mantenimiento de lactancia materna, fortalecimiento del vínculo madre-hijo, mayor participación del padre y disminución del maltrato y abandono infantil⁴⁻⁶.

El término de violencia obstétrica se utiliza para describir situaciones en las cuales la atención a las maternas no cumple con los atributos de parto humanizado⁷. Aunque la literatura e investigación sobre el tema son escasas, en los últimos años, se han publicado estudios que muestran cómo las mujeres sufren violencia obstétrica en el mundo², Latinoamérica⁸⁻¹² y Colombia¹³⁻¹⁶, en magnitud diferencial para adolescentes, gestantes de alto riesgo y quienes provienen de bajo nivel socioeconómico¹⁷⁻¹⁸.

En Colombia, la implementación de las recomendaciones de la OMS sobre prácticas de parto humanizado ha sido lenta¹⁶. A diferencia de Argentina¹⁹ y Perú²⁰, Colombia no cuenta con una ley de parto humanizado, pues un proyecto impulsado desde 2012 aún no ha sido aprobado. En marzo del 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Circular 016, cuyo propósito es fortalecer acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas²¹. En Colombia, la investigación sobre parto humanizado se ha realizado desde un abordaje cualitativo, mediante

el uso de entrevistas con preguntas abiertas y amplias que no conducen a la cuantificación del fenómeno. No ocurre lo mismo en otros países. El estudio de la experiencia de la atención materna se ha impulsado desde hace décadas, principalmente en Reino Unido, Australia, Canadá, USA, Países Bajos y Francia. Para su abordaje se han utilizado diferentes términos y conceptos relacionados, tales como satisfacción con el parto, percepción del parto, satisfacción con el cuidado, experiencias de trabajo de parto, experiencias de relación con los cuidadores, entre otros²².

La experiencia del parto es un acontecimiento vital que incorpora procesos clínicos, psicológicos, fisiológicos, sociales, organizativos y subjetivos que demandan instrumentos que capturen esta complejidad y su carácter multidimensional. No obstante, la mayoría de los instrumentos para abordar este tema se centran en la experiencia de la madre respecto a su satisfacción con el cuidado, en vez de la percepción que la madre tiene frente a esta experiencia vital, y muchos instrumentos evalúan aspectos aislados de la experiencia del parto o el nacimiento²³⁻²⁵.

Distintos instrumentos tipo encuesta y tipo escala se han diseñado para tal fin; estos muestran un amplio rango en cuanto a su propósito, número de ítems, dimensiones, dominios y calidad de las propiedades psicométricas. Por ejemplo, Nilver *et al.*²² revisaron 46 artículos, de los cuales nueve fueron unidimensionales y 27 estaban conformados entre una a seis dimensiones o subescalas. Los conceptos utilizados en estos instrumentos fueron descritos por los autores como satisfacción con atención preparto/parto (36,1%), experiencia de parto (27,8%), percepción del parto/cuidado (13,9%), control (11,1%), apoyo (8,3%), miedo al parto (5,6%), trauma del parto (2,8%), recuerdos del nacimiento (2,8%) y esquema de parto (2,8%). En contraste, Beecher *et al.*²⁶ en 40 artículos revisados identificaron 20 instrumentos tipo encuesta por autorreporte y sus autores evaluaron diversas dimensiones como la continuidad de la atención y el suministro de información agrupadas en atención prenatal, intraparto y posnatal.

De otro lado, el número de ítems incluidos en cada instrumento varió ampliamente de 17 a 211²⁶, y los rangos en cuanto al tiempo de aplicación del instrumento fueron de menos de 24 horas hasta 30 meses posparto^{22,26}. En cuanto a las escalas de medición, Nilver *et al.* reportaron que predominó la escala de Likert, y en ocho de los 36 estudios se incluyó más de una escala de medición (escala de Likert, opciones de dos respuestas,

opciones de múltiples respuestas y escalas de medición de 0-100).

En cuanto a la calidad de las propiedades psicométricas de medición, Beecher encontró que la mayoría de los instrumentos habían recibido una calificación indeterminada o inconsistente, y que, de aquellos estudios en los que se habían publicado todos los datos de validación, únicamente tres recibieron buena calificación²⁶. De igual manera, Nilver *et al.* reportaron que solo 19,4% de los instrumentos analizados se pueden considerar válidos y confiables²².

Tal y como lo hacen notar Uribe *et al.*²⁵, y se ratifica con las revisiones de Nilver *et al.* y Beecher *et al.*^{22,26}, los instrumentos para medir la experiencia de parto provienen de países en desarrollo, aplicables a sistemas convencionales de atención, con enfoque de parto respetado y en escenarios que corresponden a centros de atención integral del parto, escenarios de atención en salud que distan de los que se ofrecen en Colombia. En este panorama, en la literatura revisada no se hallaron cuestionarios validados para el país que permitan hacer una aproximación a la medición de cuándo se cumplen, o no, los atributos de parto humanizado. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue diseñar y realizar la validación facial y de contenido con expertos de un instrumento para la identificación de parto humanizado.

Metodología

Estudio de investigación metodológica llevado a cabo entre marzo de 2019 y febrero de 2020 en seis ciudades de Colombia: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Manizales, Medellín y Pasto. Forma parte del estudio multicéntrico sobre prevalencia de parto humanizado en siete ciudades capitales del país. El estudio se realizó en cuatro fases, así:

Revisión de literatura

La revisión de la literatura se realizó usando los términos “parto humanizado”, “violencia obstétrica”, “humanización de la atención”, “prevención de la violencia obstétrica” y “humanización del cuidado de las gestantes”. La búsqueda se hizo en las bases de datos LILACS, SCIELO y PUBMED. Este proceso se complementó con la revisión de guías sobre el tema^{3,27}; así como con la revisión de un formato previo elaborado por el grupo de Valdez *et al.*¹⁰. Se hizo un análisis sistémico de la literatura revisada en la base de datos construida para este propósito y se seleccionaron

los contenidos considerados pertinentes para cumplir con el objetivo del formato.

Construcción del instrumento

A partir del análisis de los hallazgos en la literatura, y con el propósito de definir los temas y contenidos, plantear las preguntas del instrumento, construir el cuestionario y elaborar el instructivo, se llevaron a cabo 22 reuniones de discusión y consenso de los investigadores. El contenido del instrumento se organizó en secuencia cronológica, de acuerdo con las etapas de la atención brindada a las gestantes, así: atención prenatal, preparación para el parto, trabajo de parto, parto y posparto.

Adaptación cultural del cuestionario

Teniendo en cuenta que pueden existir diferencias lingüísticas y culturales entre las diferentes regiones del país, el cuestionario fue sometido a una armonización lingüística y adaptación cultural. De cada una de las seis ciudades se convocaron mujeres, seleccionadas intencionalmente, que cumplieran con el criterio de haber tenido hijos en los últimos dos años y que aceptaran participar voluntariamente en una entrevista, donde se hizo la aplicación del formato para evaluar la adecuación del lenguaje, así como para verificar la claridad de las preguntas y el orden lógico de su ubicación en el cuestionario. Se buscó adecuar el formato al contexto cultural con el fin de garantizar la comprensión del instrumento.

Prueba de validez facial y de contenido con expertos

Para determinar si el instrumento medía correctamente los atributos del parto humanizado, se realizaron dos rondas de validación con expertos, usando la Técnica Delphi^{28,29}. Este proceso de validación se llevó a cabo mediante los siguientes pasos:

a. Búsqueda, selección y contacto de expertos: se realizó una búsqueda de profesionales de la salud mediante la técnica de bola de nieve³⁰. Los criterios de inclusión para los expertos fueron tener experiencia en el área de atención de mujeres en embarazo o parto; ser docente en el área de ginecología; tener publicaciones en el área de ginecología o haber participado en el diseño, implementación o evaluación de políticas públicas de humanización del cuidado integral de las gestantes; además de dar su consentimiento informado para participar en el estudio, revisar el

formato y emitir la correspondiente evaluación y calificación del mismo.

- b. Envío de documentos para realizar la validación:** una vez contactados los expertos y recibido su consentimiento para participar en el estudio, se hizo el envío por correo electrónico del instrumento, conformado por un total de 38 componentes (algunos estaban constituidos por más de una pregunta), junto con el instructivo de evaluación. La evaluación de la validez facial y de contenido de cada componente se hizo usando una escala Likert de 1 a 3 (1: si la pregunta no cumple criterio, 2: si hay bajo cumplimiento y 3: si se cumple totalmente). Para la validez facial fueron indagadas las propiedades de claridad y coherencia de cada componente, mientras que para la validez de contenido fueron evaluadas la pertinencia y relevancia de cada pregunta.
- c. Análisis de los resultados de la validación de expertos:** inicialmente, se evaluó el porcentaje de expertos que le dio una calificación de 3 a cada componente en cada una de las propiedades evaluadas: pertinencia, relevancia, comprensión y claridad. Dicho porcentaje fue considerado adecuado cuando fue mayor o igual a 80 %, siendo evaluado con un test binomial en donde la hipótesis nula fue que el porcentaje es igual a 80 % y la hipótesis alterna que el porcentaje de acuerdo fue menor de 80 %, usando un nivel de significancia de $p < 0,05$. Para determinar el índice de validez de contenido (IVC)³¹, se consideró como aceptable cuando su resultado estuvo por encima de 0,60; se descartaron las preguntas con IVC menor de 0,4, y se reevaluaron aquellas que tenían IVC mayor de 0,4 pero menor a 0,8. Además, se hizo una revisión cualitativa de los comentarios y sugerencias de los expertos, mediante los cuales justificaban su calificación. Adicionalmente, fue estimado un índice de validez facial (IVF), usando la misma fórmula del IVC. Estos índices fueron calculados para cada uno de los componentes en particular y para el instrumento en general.
- d. Ajustes al instrumento a partir de la validación de los expertos:** después de la primera ronda, se retiraron las preguntas que los expertos consideraron que no proporcionaban información sobre parto humanizado. Adicionalmente, se modificó la redacción de nueve preguntas, que fueron enviadas nuevamente a los expertos en la segunda ronda para su revisión y calificación.
- e. Segunda ronda de evaluación de las preguntas ajustadas con base en la primera validación:**

se invitó a los expertos que respondieron en la primera ronda para que realizaran evaluación de las preguntas que fueron ajustadas en su redacción, siguiendo las sugerencias realizadas por ellos.

- f. **Ajustes finales del cuestionario:** el cuestionario final fue ajustado a partir de la retroalimentación de los expertos después de las dos rondas de evaluación.
- g. **Sistematización de la información:** la información recolectada fue sistematizada en una base de datos de Excel, a la que se le hizo control de calidad. Esta base de datos fue exportada al programa Stata14, en el que se analizó la información obtenida, se calcularon las proporciones (%) de respuesta de cada componente, los valores de las probabilidades (p), y se calcularon los índices de validez facial (IVF) y de contenido (IVC).
- h. **Definición del cuestionario final:** se hicieron ajustes de redacción y organización en el cuestionario y se obtuvo la versión final del instrumento.

Consideraciones éticas

La presente investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Universidad El Bosque, entidad ejecutora del proyecto ante el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. En todo momento se respetaron los principios éticos de investigación científica que involucra seres humanos.

Resultados

Desarrollo del instrumento: una vez revisada y analizada la literatura, se logró construir un instrumento inicial, conformado por 38 componentes que indagaron por los atributos del parto humanizado, con énfasis en la percepción de buen trato y satisfacción ante la atención recibida.

Adaptación cultural del cuestionario: el formato se sometió a un proceso de armonización lingüística y adaptación cultural en el que participaron 16 mujeres, al menos 2 por cada ciudad participante, contactadas por las investigadoras, familiares o conocidas, quienes habían tenido hijos en los últimos 2 años, aceptaron participar voluntariamente y respondieron una entrevista siguiendo el formato de preguntas. Posteriormente, comunicaron sus percepciones e hicieron comentarios sobre claridad, pertinencia y extensión del cuestionario. Los comentarios fueron llevados a un análisis en plenaria del grupo investigador para adoptar por consenso los ajustes, en términos de redacción y organización del

formato, a partir de los resultados obtenidos. Este acercamiento también aportó información sobre el tiempo de duración de la aplicación del instrumento y la funcionalidad del instructivo.

Validez facial y de contenido por expertos: en la primera ronda se invitó a participar a 31 expertos, 24 nacionales y siete internacionales para la revisión del instrumento. Se recibieron 20 respuestas con los consentimientos para participar y los formatos diligenciados (64,5%). Respondieron 15 mujeres y 5 hombres, 3 de ellos (15%) residentes en otro país. Las edades estaban entre 38 y 65 años y, según profesiones, 11 eran médicos (4 especialistas y 7 subespecialistas), 6 enfermeras (1 enfermera sin estudios adicionales, 3 con especialización y 2 con maestría), 2 psicólogas y 1 socióloga.

Dichos expertos calificaron el cuestionario inicial de 38 componentes en la primera ronda y consideraron que 3 de estos no apuntaban a la presencia de parto humanizado, sino a características de la atención del parto. Estas preguntas obtuvieron pobres resultados de validez y son: “1) Desde que ingresó a la institución ¿Cuántas horas duró en trabajo de parto?” En este caso, los expertos consideraron que el tiempo de duración, en sí mismo, no implica falta de humanización, porque depende de otras circunstancias, como el momento de ingreso de la gestante, las condiciones de ingreso y la evolución particular de su trabajo de parto. “2) Además de los profesionales de salud ¿fue atendida por estudiantes?” Los expertos consideran que los residentes son estudiantes competentes para atender a las maternas, además, manifestaron que, a veces, las mujeres que son atendidas por estudiantes se sienten mejor atendidas, lo importante es que el estudiante esté acompañado o asesorado por el docente. “3) ¿Le realizaron revisión uterina?” Según los expertos, algunas mujeres no pueden saber si les realizaron ese procedimiento o no. Sostienen que, en el caso de los procedimientos especializados, lo más importante es que a la materna le expliquen el procedimiento, los objetivos, los riesgos y se obtenga su consentimiento para realizarlo.

Adicionalmente, nueve preguntas recibieron calificación de bajo cumplimiento en su redacción o forma de presentación. Sin embargo, los expertos las consideraron pertinentes y sugirieron que se ajustara su redacción para garantizar la claridad. Las preguntas modificadas fueron enviadas a los expertos para su revisión y calificación en segunda ronda. Para esa segunda ronda, de los 19 expertos convocados, se obtuvo respuesta de 8 (42,1%).

Con base en su validación, se ajustó el cuestionario a 35 componentes. En la **Tabla 1** se presentan los resultados de validez facial para cada ítem y el número de expertos que realizó observaciones. En la **Tabla 2** se muestran los resultados de la validez de contenido, junto con el porcentaje y número de expertos que no recomienda incluir el ítem. En la **Tabla 3** se muestran los componentes finales, válidos como producto del presente estudio.

El cuestionario final estuvo conformado por 35 ítems (ver **Tabla 3**), ordenados secuencialmente según las etapas de la atención, así: 3 ítems sobre la atención prenatal (ítems del 1 al 3), 14 ítems sobre el trabajo de parto (ítems del 4 al 17), 5 relacionados con el momento del parto (ítem del 18 al 22), 10 sobre la atención en el posparto (ítems 23 al 32), 2 sobre el egreso de la

materna (ítems 33 y 34) y el último ítem que engloba la percepción de la materna sobre la atención recibida durante todo el proceso. En cuanto al tipo de respuesta, 21 ítems cuentan con respuestas dicotómicas (sí/no/no sabe no responde (NS/NR)), estos son los ítems del 1 al 10, del 18 al 24, ítems 30, 31, 33 y 34. Mientras que 13 ítems tienen respuesta en escala tipo Likert, donde 1 (uno) se considera la peor calificación y 5 (cinco) la mejor; son estos los ítems del 11 al 17, del 25 al 29 y el ítem 32. El último ítem del formato, el 35, resume la percepción de la materna de toda la atención y está compuesto por seis preguntas de respuesta dicotómica que averiguan si la encuestada se sintió: bien atendida, valorada, considerada, humillada, descuidada o apenada. A mayor número de respuestas positivas, se considera que la atención del parto fue más humanizada.

Tabla 1. Respuestas al instrumento de validación facial, claridad y coherencia, por parte de los expertos (n=20).

Preguntas de validación*	Claridad % (n)	Coherencia % (n)	Observaciones % (n)	IVF
Componente 1	64,7 (11) p = 0,105	41,2 (7) p < 0,001	75,0 (15)	0,52
Componente 2	75,0 (15) p = 0,370	90,0 (18) p = 0,930	60,0 (12)	0,82
Componente 3	100 (20) p = 1,000	100 (20) p = 1,000	35,0 (7)	1,00
Componente 4	68,8 (11) p = 0,201	62,5 (10) p = 0,081	45,0 (9)	0,65
Componente 5	87,5 (14) p = 0,859	87,5 (14) p = 0,859	55,0 (11)	0,87
Componente 6	89,5 (17) p = 0,917	84,2 (16) p = 0,763	45,0 (9)	0,86
Componente 7	89,5 (17) p = 0,917	89,5 (17) p = 0,917	40,0 (8)	0,89
Componente 8	90,0 (18) p = 0,930	90,0 (18) p = 0,930	40,0 (8)	0,90
Componente 9	94,7 (18) p = 0,985	94,7 (18) p = 0,985	35,0 (7)	0,94
Componente 10	89,5 (17) p = 0,917	100 (19) p = 1,000	30,0 (6)	0,94
Componente 11	73,7 (14) p = 0,326	63,2 (12) p = 0,067	35,0 (7)	0,68
Componente 12	77,8 (14) p = 0,498	83,3 (15) p = 0,728	45,0 (9)	0,68
Componente 13	89,5 (17) p = 0,917	100 (19) p = 1,000	50,0 (10)	0,94
Componente 14	80,0 (12) p = 0,601	80,0 (12) p = 0,601	40,0 (8)	0,80
Componente 15	100 (19) p = 1,000	100 (19) p = 1,000	30,0 (6)	1,00
Componente 16	64,3 (9) p = 0,129	71,4 (10) p = 0,301	70,0 (14)	0,67

Validez facial y de contenido de un instrumento para identificar parto humanizado

Preguntas de validación*	Claridad % (n)	Coherencia % (n)	Observaciones % (n)	IVF
Componente 17	100 (13) p = 1,000	100 (13) p = 1,000	30,0 (6)	1,00
Componente 18	76,9 (10) p = 0,498	92,3 (12) p = 0,945	65,0 (13)	0,84
Componente 19	92,9 (13) p = 0,956	92,9 (13) p = 0,956	65,0 (13)	0,92
Componente 20	100 (13) p = 1,000	100 (13) p = 1,000	40,0 (8)	1,00
Componente 21	90,0 (18) p = 0,930	95,0 (19) p = 0,988	25,0 (5)	0,92
Componente 22	94,1 (16) p = 0,977	94,1 (16) p = 0,977	35,0 (7)	0,94
Componente 23	89,5 (17) p = 0,917	89,5 (17) p = 0,917	30,0 (6)	0,89
Componente 24	100 (16) p = 1,000	100 (16) p = 1,000	31,6 (6)	1,00
Componente 25	100 (20) p = 1,000	100 (20) p = 1,000	30,0 (6)	1,00
Componente 26	68,4 (13) p = 0,163	74,7 (14) p = 0,326	45,0 (9)	0,71
Componente 27	94,7 (18) p = 0,985	100 (19) p = 1,000	15,0 (3)	0,97
Componente 28	78,9 (15) p = 0,544	89,5 (17) p = 0,917	35,0 (7)	0,84
Componente 29	94,4 (17) p = 0,981	100 (18) p = 1,000	15,8 (3)	0,97
Componente 30	95,0 (19) p = 0,988	95,0 (19) p = 0,988	35,0 (7)	0,95
Componente 31	95,0 (19) p = 0,988	95,0 (19) p = 0,988	40,0 (8)	0,95
Componente 32	95,0 (19) p = 0,988	100 (20) p = 1,000	35,0 (7)	0,97
Componente 33	100 (18) p = 1,000	100 (18) p = 1,000	26,3 (5)	1,00
Componente 34	88,2 (15) p = 0,881	94,1 (16) p = 0,977	35,0 (7)	0,91
Componente 35	94,4 (17) p = 0,981	88,9 (16) p = 0,900	35,0 (7)	0,91
Componente 36	100 (17) p = 1,000	100 (17) p = 1,000	30,0 (6)	1,00
Componente 37	100 (19) p = 1,000	94,7 (18) p = 0,985	15,0 (3)	0,97
Componente 38	100 (12) p = 1,000	100 (12) p = 1,000	18,7 (3)	1,00
IVF Total				0,89

* = Para algunos ítems se tuvo una tasa de respuesta menor, rango entre X y 100 % de los expertos.

IVF: índice de validez facial.

p = test binomial.

Tabla 2. Respuestas al instrumento de validación de contenido, pertinencia y relevancia, por parte de los expertos (n=20).

Preguntas de validación*	Pertinencia % (n)	Relevancia % (n)	No incluir % (n)	IVC
Componente 1	41,2 (7) p < 0,001	47,1 (8) p = 0,002	55,0 (11)	0,44
Componente 2	95,0 (19) p = 0,988	90,0 (18) p = 0,930	5,0 (1)	0,92
Componente 3	100 (20) p = 1,000	100 (20) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 4	81,3 (13) p = 0,648	81,3 (13) p = 0,648	25,0 (5)	0,81
Componente 5	93,8 (15) p = 0,971	87,5 (14) p = 0,859	15,0 (3)	0,90
Componente 6	89,5 (17) p = 0,917	89,5 (17) = 0,917	0 (0)	0,89
Componente 7	89,5 (17) p = 0,917	89,5 (17) p = 0,917	0 (0)	0,89
Componente 8	90,0 (18) p = 0,930	90,0 (18) p = 0,930	0 (0)	0,90
Componente 9	94,7 (18) p = 0,985	94,7 (18) p = 0,985	0 (0)	0,94
Componente 10	100 (19) p = 1,000	100 (19) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 11	73,7 (14) p = 0,326	68,4 (13) p = 0,163	10,0 (2)	0,71
Componente 12	88,9 (16) p = 0,900	83,3 (15) p = 0,728	0 (0)	0,86
Componente 13	100 (19) p = 1,000	100 (19) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 14	86,7 (13) p = 0,832	86,7 (13) p = 0,832	10,0 (2)	0,86
Componente 15	100 (19) p = 1,000	100 (19) p = 1,000	5,0 (1)	1,00
Componente 16	78,6 (11) p = 0,551	78,6 (11) p = 0,551	25,0 (5)	0,7
Componente 17	100 (13) p = 1,000	100 (13) p = 1,000	10,0 (2)	1,00
Componente 18	92,3 (12) p = 0,945	92,3 (12) p = 0,945	26,3 (5)	0,92
Componente 19	92,9 (13) p = 0,956	92,9 (13) p = 0,956	15,8 (3)	0,92
Componente 20	100 (13) p = 1,000	100 (13) p = 1,000	11,8 (2)	1,00
Componente 21	95,0 (19) p = 0,988	95,0 (19) p = 0,988	0 (0)	0,95
Componente 22	100 (17) p = 1,000	94,1 (16) p = 0,977	0 (0)	0,97
Componente 23	89,5 (17) p = 0,917	89,5 (17) p = 0,917	5,0 (1)	0,89
Componente 24	100 (16) p = 1,000	100 (16) p = 1,000	0 (0)	1,00

Validez facial y de contenido de un instrumento para identificar parto humanizado

Preguntas de validación*	Pertinencia % (n)	Relevancia % (n)	No incluir % (n)	IVC
Componente 25	100 (20) p = 1,000	100 (20) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 26	74,7 (14) p = 0,326	74,7 (14) p = 0,326	0 (0)	0,73
Componente 27	100 (19) p = 1,000	100 (19) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 28	89,5 (17) p = 0,917	89,5 (17) p = 0,917	5,0 (1)	0,89
Componente 29	100 (18) p = 1,000	100 (18) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 30	95,0 (19) p = 0,988	95,0 (19) p = 0,988	0 (0)	0,95
Componente 31	95,0 (19) p = 0,988	95,0 (19) p = 0,988	0 (0)	0,95
Componente 32	100 (20) p = 1,000	100 (20) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 33	100 (18) p = 1,000	100 (18) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 34	94,1 (16) p = 0,977	88,2 (15) p = 0,881	5,0 (1)	0,91
Componente 35	100 (18) p = 1,000	100 (18) p = 1,000	0 (0)	1,00
Componente 36	94,1 (16) p = 0,981	100 (17) p = 1,000	10,0 (2)	0,97
Componente 37	100 (19) p = 1,000	94,7 (18) p = 0,985	5,0 (1)	0,97
Componente 38	100 (12) p = 1,000	100 (12) p = 1,000	6,25 (1)	1,00
IVC Total				0,91

* = Para algunos ítems se tuvo una tasa de respuesta menor, rango entre 60 y 100% de los expertos.

IVC: índice de validez de contenido.

p = test binomial.

Tabla 3. Ítems finales del instrumento

Atención prenatal

Para los procedimientos realizados en la atención prenatal:

¿Le explicaron en qué consistían?

¿Le pidieron permiso para hacerlos?

¿Sintió que podía preguntar sobre el procedimiento?

Durante el trabajo de parto

¿Le permitieron caminar?

¿Le permitieron cambiar de posición?

¿Le permitieron beber líquidos?

¿Estuvo acompañada por una persona de su preferencia?

¿Sintió que el equipo de salud mostró compasión ante su dolor?

¿Le informaron que tenía derecho a analgesia para controlar el dolor?

¿Le ofrecieron otras estrategias de control del dolor?

¿Cómo califica al personal que la atendió durante el trabajo de parto en cuanto a su actitud, respeto, amabilidad y la escucha?

¿Cómo califica la información dada sobre el progreso de su trabajo de parto?

¿Cómo califica la orientación sobre lo que tenía que hacer para tener un buen trabajo de parto?

¿Cómo califica el apoyo recibido durante el trabajo de parto?

¿Cómo califica las áreas locativas donde le atendieron el trabajo de parto, en cuanto a privacidad/comodidad?

¿Cómo califica el trato recibido por el personal de enfermería?

¿Cómo califica el trato recibido por el personal médico?

Durante el parto

¿Le colocaron analgesia?

¿Le explicaron el porqué de los procedimientos?

¿Le pidieron su consentimiento para hacer los procedimientos?

¿Sintió que podía preguntar sobre el procedimiento?

¿Durante el parto estuvo acompañada por una persona de su confianza?

Durante el posparto

¿Le permitieron el contacto piel a piel de inmediato con su bebé?

¿Le colocaron el bebé al seno en sala de partos/cirugía?

¿Cómo califica el interés mostrado por el personal en su expulsivo/cesárea?

¿Cómo califica la actitud del personal de salud durante su trabajo de parto (respeto, amabilidad y escucha)?

¿Cómo califica las explicaciones sobre lo que tenía que hacer para facilitar el expulsivo/cesárea?

¿Cómo califica el respeto por sus preferencias /creencias?

¿Cómo califica la privacidad de las instalaciones?

¿Le permitieron ingerir alimentos inmediatamente después del parto?

31 ¿Se sintió asesorada para dar seno al bebé?

32. ¿Se sintió bien tratada durante el posparto?

Al egreso de la institución

¿Le dieron educación sobre cuidados a tener con su salud y la del recién nacido?

¿Le dieron cita para el control posparto?

En general ¿Cómo se sintió usted con la atención recibida? bien atendida, valorada, considerada, humillada, descuidada, apenada.

Discusión

En este estudio se validó un instrumento para identificar parto humanizado, a partir de los hallazgos en la literatura, cuyas propiedades de validez facial y de contenido por expertos permiten recomendarlo para realizar futuras investigaciones que logren establecer la frecuencia de parto humanizado en instituciones de

salud donde se atienden mujeres gestantes, maternas en trabajo de parto, atención de parto o puerperio.

Para ello, se adoptó la conceptualización de parto humanizado como aquella atención que incorpora el trato digno, con calidad y calidez humana durante la atención prenatal, el trabajo de parto, el parto y el posparto¹⁻³. Incorporar las diferentes etapas que

conforman la maternidad, desde la atención prenatal hasta el posparto, permite visibilizar los distintos procesos que integran servicios, profesionales, recursos y procedimientos adecuados para dar atención de calidad durante las diferentes etapas de la maternidad. Estudios previos recomiendan que, independientemente de la definición que se use, se debe medir la frecuencia percibida y observada de parto humanizado en los diferentes establecimientos de salud⁷. De ahí la utilidad a futuro del instrumento aquí validado.

La mayoría de los formularios diseñados previamente, según Nilver²² y Beecher²⁶, presentan deficiencias en la validación, miden la experiencia del parto en países anglosajones y su objetivo va encaminado a evaluar la satisfacción de la madre respecto a la atención recibida durante el parto, pero no intencionalmente a medir la frecuencia de parto humanizado.

En este estudio, el instrumento tuvo una adaptación cultural y lingüística que garantiza su comprensión en las diferentes regiones del país, y obtuvo resultados adecuados en las pruebas de validez facial y de contenido. Los expertos coincidieron en que el formato estaba construido con los componentes esenciales para medir parto humanizado, por lo tanto, lo calificaron con un índice de validez facial total de 0,89 y validez de contenido de 0,92.

Con esta investigación, se pretende contribuir a la medición de la práctica del parto humanizado, tema que se ha estudiado muy poco en Colombia. Teniendo en cuenta los presentes hallazgos, se espera dar continuidad al proceso de validez y confiabilidad del instrumento haciendo el estudio de la validez de constructo. Es fundamental que se siga promoviendo la investigación sobre parto humanizado y que se continúen realizando más investigaciones en América Latina, no solo porque la región presenta desigualdades sociales y barreras de acceso en la atención de las mujeres, sino también porque el número de estudios asociados con violencia obstétrica y parto humanizado es reducido.

Entre las fortalezas del estudio, además de ser producto de la revisión bibliográfica y de haber sido sometido a adecuación cultural y lingüística, se cita la participación de un número importante de expertos nacionales e internacionales, lo cual permite darle una perspectiva más amplia en el ámbito nacional.

Como debilidad del estudio, participó un 64 % de los expertos invitados en la primera ronda y de estos el 42 % en la segunda ronda. Sin embargo, el instrumento

requirió pocos cambios entre la primera y la segunda ronda, la mayoría de estos relacionados con aspectos de forma o redacción. Las preguntas que no apuntaban a identificar atributos de parto humanizado fueron retiradas del cuestionario.

Conclusiones

Se elaboró y validó un formato de 35 componentes que obtuvo buenos índices de validez facial y de contenido para medir parto humanizado en la población colombiana. Este instrumento permite identificar la frecuencia con que las maternas fueron atendidas en las instituciones de salud, durante su gestación, parto y puerperio, siguiendo las pautas y recomendaciones disponibles en la literatura para un parto humanizado. El estudio responde a una necesidad sentida de contar con instrumentos válidos para aproximarse a la medición de la frecuencia con que ocurre atención humanizada de las mujeres gestantes en todas las etapas de su embarazo, parto y posparto.

Agradecimientos

Se agradece a la Dra. Adriana del Pilar Pacheco Coral por sus comentarios y sugerencias a la primera versión del manuscrito.

Al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, a través del contrato n.º 704 de 2018 de la convocatoria para proyectos de ciencia, tecnología e innovación en salud 2018 por la financiación de esta investigación, que fue realizada en el marco del proyecto: “Prevalencia y factores asociados al parto humanizado en siete ciudades de Colombia 2018”, código 130880763149.

Referencias

1. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62–66. <http://hdl.handle.net/2445/49091>
2. Organización Mundial de la salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra Suiza: OMS; 2018 [consultado 2021 Abr 18]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
3. Organización Mundial de la salud (OMS). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de

- salud. Ginebra Suiza: OMS;2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=931309C043DF3706515453DCCE476A8B?sequence=1
4. Flores-Mercado M, Olivares-Martos DM. Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Tesis 54 páginas. 2011 [consultado 2021 Abr 18]. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3022/Flores_mm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 5. Valdés L. V, Morlans H. X. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. Rev. Chil. Obstet Ginecol [Internet]. 2005 [consultado 2021 Abr 18]; 70(2): 108-112. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200010>
 6. Boldt-Veloso PA. Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del parto a usuarias atendidas en la maternidad del hospital de Paillaco, octubre y noviembre del año 2009: Paillaco, Chile: Universidad austral de Chile; 2009 [consultado 2021 Abr 18]. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmb687e/doc/fmb687e.pdf>
 7. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*. 2017; 14(1): 138. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
 8. Magnone-Alemán N. Entre lo formal y lo sustantivo: la calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. *Sex Salud Soc*. 2017; 27: 97-117. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>
 9. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México; 2015 [consultado 2021 Abr 18]. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf
 10. Valdez-Santiago R, Salazar-Altamirano Y, Rojas Carmona A, Arenas Monreal L. El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. *Rev CONAMED*. 2016; 21(S1): 42-47.
 11. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*. 2014; 19(1): 37-42.
 12. Arguedas-Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuad Intercambio Centroam Caribe*. 2014; 11(1): 145-169. doi: <https://doi.org/10.15517/C.A..V11I1.14238>
 13. Monroy-Muñoz SA. El continuo ginecobs-tétrico: experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012 [consultado 2021 Abr 18]. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10618/soniaandreamonroymu%C3%B1oz.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Vallana-Sala VV. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2016 [consultado 2021 Abr 18]. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19135>
 15. Rocha-Acero ML, Socarrás-Ronderos F, Rubio-León DC. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2019; 37(1): 53-65. doi: [10.17533/udea.rfnsp.v37n1a10](https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a10)
 16. Jiménez-Hernández GE, Peña Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud* 2018; 50(4): 320-327. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>
 17. D'Orsi E, Brüggemann OM, Grilo-Diniz CS, Marques-de-Aguiar J, Ranier-Gusman C, Alves-Torres A, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(S1): 54-68. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
 18. Cáceres-Manrique FM, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017; 68(2): 128-134. doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.3022>
 19. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Ley Nacional N° 25929. Parto Humanizado. Decreto 2035/2015. 2018 [consultado 2021 Abr 18]. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
 20. Perú. Comisión de Salud y Población del Congreso de la República. Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la salud de la Mujer Gestante y el recién nacido. 2015 [consultado 2021 Abr 18]. [https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/DictamenesFuturo/8046533BA9117DB905257E45006BEACF/\\$FILE/SALUD_1158-2011-CR_Txt.Fav.Sust.Unanimidad.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/DictamenesFuturo/8046533BA9117DB905257E45006BEACF/$FILE/SALUD_1158-2011-CR_Txt.Fav.Sust.Unanimidad.pdf)

21. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016 del 1 de marzo de 2017. Fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional. 2017 [consultado 2021 Abr 18]: 1-8. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.0016%202017.pdf
22. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 203. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>
23. Carquillat P, Vendittelli F, Perneger T, Guittier MJ. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 279. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1462-x>
24. Floris L, de Labrusse C. Cross-cultural validation and psychometrics' evaluation of women's experience of maternity care scale in French: the ESEM. *BMC Med Res Methodol*. 2020; 20(1): 188. doi: <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01052-5>
25. Uribe C, Contreras A, Villarroel L, Rivera S, Bravo P, Cornejo M. Bienestar Materno durante el proceso de Parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008; 73(1) :4–10. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000100002>
26. Beecher C, Greene R, O'Dwyer L, Ryan E, White M, Beattie M, et al. Measuring women's experiences of maternity care: A systematic review of self-report survey instruments. *Women Birth*. 2021; 34(3): 231-241. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.002>
27. Rubio-Romero JA, Ruiz-Parra AI, Martínez F, Muñoz Restrepo J, Muñoz LA, Arévalo-Rodríguez I, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013; 64(4): 379-424. doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.90>
28. Reguant-Álvarez M, Torrado-Fonseca M. El método Delphi. *REIRE Rev d'Innovació Rec Edu*. 2016; 9(1), 87-102. doi: <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>
29. López-Gómez E. El método Delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica *Educación XX1*, 2018; 21(1): 17-40. doi: <https://doi.org/10.5944/educXX1.15536>
30. Alloatti MN. Discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 27 al 29 de agosto de 2014, Heredia, Costa Rica. La investigación social ante desafíos transnacionales: procesos globales, problemáticas emergentes y perspectivas de integración regional. En Memoria Académica. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf.
31. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Av Medición*. 2008; 6: 37–48.