

Adaptación y validación del "Questionnaire for
Assessing the Childbirth Experience (QACE)" en
mujeres españolas

Pablo Rodríguez Coll

TESI DOCTORAL UPF / 2021

DIRECTORS DE LA TESI

Dr. Ramón Escuriet Peiró

(Servei Català De La Salut. Àrea Sanitària. Generalitat de Catalunya)

Dra. Rocío Casañas Sánchez

(Associació Centre Higiene Mental Les Corts Barcelona)

DEPARTAMENT DE CIÈNCIES EXPERIMENTALS I DE LA
SALUT



Dedicatoria

A mi familia por el apoyo, la fe y la fuerza que depositan en mí.

A mi padre,

por mostrar al mundo lo orgulloso que estaba de su hijo.

por inculcarme que pase lo que pase, hay que seguir adelante e intentar mejorar

y superarse cada día.

A mi hermano,

porque te fuiste demasiado pronto, muy injustamente, pero dejaste una gran

huella en mí; fuiste un luchador nato, luchaste por los derechos de los

trabajadores y compañeros, por tus hijos y por el amor verdadero.

Agradecimientos

Estos tres intensos años de la tesis doctoral han ejercido mucha influencia en mí y en todos aquellos que me rodean (familiares, amigos, compañer@s, parejas). A todos ellos quiero agradecer desde lo más profundo de mi corazón la paciencia y el apoyo brindado para poder haber llevado a cabo esta tesis. Sin vosotros no habría sido posible.

A Isabel Salgado, mi maestra y mi mentora de todo lo que prácticamente se y la impulsora de iniciar toda esta andadura ya que sin su propuesta de iniciar la tesis yo no me habría atrevido a llevarla a cabo.

A las matronas del Hospital de Mollet y del Hospital de Vall D'Hebron por su inestimable apoyo y cariño. Especialmente a Gladys Maldonado, Rosa Díaz, Anna Collado por nunca darme un no por respuesta y siempre estar dispuestas a echarme un cable en lo que hiciera falta.

Ramón, desde el primer momento que nos conocimos ya empezaste a proponerme cosas que yo he ido aceptando (asumiendo) de buena gana. Es un honor para mí que hayas confiado para ser mi codirector de tesis y poder empaparme de toda tu sabiduría en la investigación, optimismo y templanza. Muchas gracias por haber estado siempre ahí cuando te he necesitado y por todo el esfuerzo y ayuda.

A Rocío, quien desde el primer momento ha estado dándome consejos a la hora de organizarme para la tesis y quien siempre ha estado pendiente de la evolución de la tesis, apretándome cuando me tenía que apretar, y que sin su esfuerzo y constancia no habría sido capaz de acabarla. Millones de gracias.

A Floren, por tranquilizarme en los momentos de crisis de la tesis.

A Laura, mi co-R de tesina, que, a pesar de no ir en el mismo año, siempre me ha ayudado en las dudas que he tenido.

Al equipo de recerca del COIB, por el asesoramiento brindado con los análisis estadísticos.

Finalmente, de nuevo a familiares y/o amig@s porque siempre han tenido un TU PUEDES en la boca en mis momentos de flaqueza.

Millones de gracias por haber hecho esto posible.

Resumen

El "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" busca identificar mujeres con una experiencia negativa del parto y evitar que tenga repercusiones en siguientes embarazos o en su relación de pareja.

El objetivo de la tesis es adaptar y validar el QACE desde el inglés al castellano de España, así como describir los resultados obstétricos y el nivel de satisfacción en el parto de los dos hospitales participantes.

Este estudio concluye en tres principales resultados: a) el CEEP ha sido adaptado y traducido de forma metodológicamente correcta, tiene una buena consistencia interna ($\omega=0,818$) y es estable en el tiempo (CCI 0,94, $p <,00$); b) el análisis factorial confirmatorio mostró un ajuste adecuado/bueno con 20 ítems clasificados en cuatro factores que explicaban el 52,63% del total de la varianza; c) la satisfacción con el parto es similar en ambos hospitales, aunque el hospital de menor complejidad tiene mejores resultados obstétricos.

Abstract

The "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" seeks to detect those women who have had a negative experience in childbirth and avoid having repercussions in subsequent pregnancies or in their relationship.

The objective of the thesis is to obtain, adapt and validate the QACE from English to the Spanish version of Spain, as well as to describe the obstetrical results and the birth satisfaction level between the participant hospitals.

This study concludes in three main results: a) CEEP has been adapted and translated in a methodologically correct manner, internal consistency was assured ($\omega=0,818$) and is stable over time (ICC 0.94, $p <.00$); b) Confirmatory factor analysis was good/adequate with 20 items classified in four factors that explained 52.63% of the variance; c) in terms of birth satisfaction, similar results were obtained in both hospitals. However, there are better obstetrical outcomes in the hospital with less complexity.

Prefacio

En los últimos años se ha producido un cambio en el paradigma de la asistencia al parto donde se promueve un mayor respeto de la fisiología del parto y se busca un mayor empoderamiento de las gestantes y sus familias mediante la participación en la toma de decisiones y la vivencia de una experiencia positiva de su parto.

Los instrumentos de evaluación de la experiencia y la satisfacción de las mujeres con su proceso parto validados en la población española son escasos y muy desactualizados. Esta tesis nace de la necesidad de contar con la validación española de uno de los últimos cuestionarios desarrollados que realizan una valoración multidimensional de aspectos relevantes tales como la relación con el profesional sanitario, el estado emocional, los primeros momentos con el recién nacido y los sentimientos al mes del parto.

En el presente trabajo, Tesis Doctoral titulada: adaptación y validación del “Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)” en mujeres españolas” se adapta y se valida el QACE a la población española en la provincia de Barcelona entre 2018 y 2020. El trabajo está estructurado en 14 capítulos y siete anexos, que recogen las fases del trabajo llevado a cabo, así como nuevos proyectos generados del mismo. Se inicia esta memoria describiendo la situación de la atención materno-infantil en Cataluña en el momento de inicio de la tesis. A continuación, se describen los cuestionarios y herramientas que permiten la valoración de la experiencia en el parto y se describe la justificación de este trabajo. Posteriormente, se describe la hipótesis y los objetivos generales y específicos del estudio. Seguidamente se presentan los tres artículos constituyentes de la tesis. Los dos primeros artículos tratan del proceso de adaptación cultural y la validación de las características psicométricas del instrumento y el último artículo trata de un análisis comparativo de los resultados obstétricos y el nivel de satisfacción de los dos hospitales participantes en el estudio. En el apartado de discusión, se debaten los diferentes objetivos planteados a la vez que se describen las limitaciones y las fortalezas del estudio. Asimismo, se proponen nuevas líneas de investigación y propuestas dirigidas a seguir desarrollando herramientas que permitan detectar las causas

que originan una mala experiencia del parto en las mujeres y sus familias y que podemos hacer en las instituciones sanitarias para evitarlas.

Finalmente, se elaboran una serie de conclusiones relevantes del estudio llevado a cabo. Esta tesis contiene en la parte final una lista bibliográfica de los libros y artículos utilizados y una serie de anexos con información relevante que ha sido utilizada durante la tesis doctoral.

Los datos de este estudio demuestran que la versión española del QACE, llamada Cuestionario para la Evaluación de la Experiencia en el Parto (CEEP), es una herramienta fiable y válida para evaluar la experiencia de parto en la población española, convirtiéndose así en un trabajo de interés para investigadores, administradores de la salud, ginecólogos y matronas interesados en la evaluación de la experiencia de parto y/o la satisfacción de las mujeres. Es probable que esta investigación conduzca a una adaptación del cuidado de la mujer en trabajo de parto y a mejorar la atención de los servicios de maternidad y es aplicable en todo el mundo.

Lista de abreviaturas

ACL	Associació Catalana de Llevadores
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
CCI	Coefficiente de Correlación Intraclase
CEEP	Cuestionario Evaluación de la Experiencia en el Parto
CEQ	Childbirth Experience Questionnaire
CFI	Comparative Fit Index
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
EAV	Escala Analógica Visual
EPEN	El Parto es Nuestro
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FDA	Food and Drugs Administration
FIGO	Federation of Gynecology and Obstetrics
GFI	Goodness of Fit Index
IHI	Institute for HealthCare Improvement
IMBCO	International Mother Baby Childbirth Organization
INE	Instituto Nacional de Estadística
IVE	Interrupción Voluntaria de Embarazo
MCSRS	Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NFI	Normed Fit Index
NNFI	Non-Normed Fit Index
OMS	Organización Mundial de la Salud
PREM	Patient Reported Measures
PRO	Patient Reported Outcomes
QACE	Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RN	Recién Nacido
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual

Índice

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	v
Prefacio.....	vii
Resumen.....	ix
Abstract.....	ix
Lista de abreviaturas.....	xi
Lista de figuras.....	xv
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	5
2.1 La experiencia del paciente como indicador de calidad de la asistencia sanitaria.....	5
2.2 Adaptación de los PROM, CVRS y PREM.....	7
2.3 Los PROMS y los PREMS en la atención materno-infantil	10
2.4 La evolución de la asistencia al parto.....	11
2.5 La satisfacción y experiencia en la asistencia al parto.....	13
2.5.1 Nuevas políticas sanitarias de atención a la maternidad a nivel mundial	15
2.5.2 Valoración de la experiencia y satisfacción tras el parto. Instrumentos de evaluación.....	16
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.....	21
3.1 Desarrollo de Conceptos Fundamentales de la Investigación.....	21
CAPÍTULO IV. JUSTIFICACIÓN.....	29
CAPÍTULO V. HIPÓTESIS	33
5.1 Hipótesis general.....	33
5.2 Hipótesis Específicas	33
CAPÍTULO VI. OBJETIVOS	35
6.1 Objetivo General.....	35
6.2 Objetivos Específicos.....	35
CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA.....	37
CAPÍTULO VIII. RESULTADOS.....	49
8.1 Artículo 1.....	49

8.2	Artículo 2.....	68
8.3	Artículo 3.....	75
	CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN.....	87
9.1	Valor que aportan los resultados del estudio	92
	CAPÍTULO X. NUEVAS LÍNEAS DE ESTUDIO.....	95
	CAPÍTULO XI. CONCLUSIONES	97
	CAPÍTULO XII. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y RECOMENDACIONES.....	101
	CAPÍTULO XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	103
	CAPÍTULO XIV. ANEXOS	117
	Anexo I. Cuestionario original QACE “Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience.....	117
	Anexo II. Autorización CEIC estudio "Adaptación y validación del “Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) en mujeres españolas".....	121
	Anexo III. Documento de recogida de datos de variables sociodemográficas y clínicas.....	122
	Anexo IV. Hoja informativa del estudio.....	124
	Anexo V. Consentimiento informado.....	127
	Anexo VI. Cuestionario online.....	128
	Anexo VII. Versión española del QACE.....	129
	Anexo VIII. Otros resultados derivados del trabajo de tesis.....	132
	Anexo IX. Difusión de resultados.....	134

Lista de figuras

Figura 1: Diferentes elementos de un PRO.	10
Figura 2: Recursos esenciales para un cuidado de calidad durante el parto y el nacimiento.	15
Figura 3: Evolución del número de nacimientos primer semestre del año desde 2011 a 2019.	17

1. CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico que ha sufrido una gran evolución a lo largo de la historia, pasando de un ambiente tranquilo, familiar y relajado donde la mujer era la protagonista de ese proceso, a un ambiente desconocido y hospitalario donde la gestante pasa a estar relegada a las órdenes de los profesionales sanitarios¹. La disminución de la morbimortalidad materno-fetal fue el principal motivo de esta transición, sin embargo, este marcado intervencionismo obstétrico ha interferido en la capacidad fisiológica de la mujer de poder dar a luz, desempoderando a la mujer y su familia en este proceso y afectando a la vivencia del mismo².

En esta década, en línea con lo que promueven instituciones como la OMS³, la Confederación Internacional de Matronas⁴, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)⁵ y asociaciones nacionales e internacionales de mujeres, se inicia un movimiento que pretende iniciar un proceso de cambio en el paradigma de la asistencia al parto respetando la fisiología del parto, situando a la gestante y su familia en el centro de los cuidados. Las gestantes piden ser informadas, escuchadas y orientadas para tener el conocimiento suficiente que les permita tomar decisiones durante su trabajo de parto y vivir la experiencia de una maternidad respetada⁶.

Numerosos estudios⁷⁻⁹ demuestran que la satisfacción de las mujeres con su experiencia en el parto está relacionada con el cumplimiento de las expectativas de la gestante, la vivencia de partos anteriores, el apoyo del profesional sanitario y/o el acompañante o el control del dolor durante el parto entre otros. En nuestro país, los instrumentos validados y adaptados al español para evaluar la experiencia o la satisfacción durante el parto¹⁰⁻¹¹ son escasos y además cuentan con numerosas limitaciones.

Esta tesis desarrolla el trabajo de investigación que tiene como objetivo adaptar y validar un cuestionario multidimensional sobre la experiencia en el parto en la población española para así poder obtener datos relacionados con la satisfacción y la vivencia del proceso de parto en nuestro país. Estos registros exhaustivos integrarán la base de futuras

investigaciones para identificar las causas de insatisfacción de las gestantes y mejorar los aspectos organizativos y la calidad de la atención intraparto.

2. CAPÍTULO II: ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1 La experiencia del paciente como indicador de calidad de la asistencia sanitaria

En 1980, Avedis Donabedian¹² definió por primera vez la calidad de la asistencia sanitaria como

“el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial”.

Fue entonces cuando se inició un movimiento en las organizaciones de salud y las instituciones sanitarias por adaptar los servicios y garantizar la calidad global de la prestación de la atención sanitaria¹³.

Autores como Coulter¹⁴, consideraron que los procesos de atención se debían diseñar considerando la información que proporcionan los pacientes surgiendo el movimiento por una “atención centrada en el paciente”. Entre las dimensiones que engloban dicha calidad de la asistencia sanitaria se encuentran: la aceptabilidad, la adecuación, la satisfacción, la experiencia del paciente y la respuesta centrada en el paciente entre otros¹⁵. Sin embargo, en las últimas décadas los cuestionarios de satisfacción y experiencia del usuario se han multiplicado exponencialmente, ya que estos cuestionarios proporcionan información muy valiosa sobre la calidad de la asistencia sanitaria y establecen las bases para desarrollar nuevos indicadores de calidad. En esta misma línea surge el término Experience Based Design (Diseño Basado en la Experiencia), que consiste en un método de mejora y rediseño de los servicios sanitarios que incluye la opinión de profesionales sanitarios, cuidadores, pacientes y familiares¹⁶. Relacionado con este tema, el Institute for HealthCare Improvement (IHI)¹⁷, desarrolló la Triple Meta “better health, lower costs” que intenta mejorar los resultados de los sistemas sanitarios integrando los tres objetivos: la experiencia del paciente, la salud poblacional y la eficiencia. Asimismo, en 2001 apareció el término PRO (Patient Reported Outcomes Measure), que se define como

“PRO es término paraguas que incluye los resultados en salud reportados directamente por el paciente y es una fuente de datos que debe ser utilizada para describir el estado de salud del paciente y su respuesta al tratamiento”¹⁸.

Posteriormente, la Agencia Europea del Medicamento¹⁹ y la FDA²⁰ (Food and Drugs Administration) consideraron que el PROM (Patient Reported Outcomes Measure)

“es cualquier informe del estado de salud de un paciente, que proviene directamente del paciente, sin interpretación de la respuesta del paciente por parte de un médico o cualquier otra persona”.

Paralelamente a la aparición de los PRO, surgieron los PREM o (Patient Reported Measures) que consisten en la medición y seguimiento de las experiencias del paciente a su paso por la asistencia sanitaria o “patient journey”²¹. Existen varias instituciones centradas en el desarrollo de PREMs como el Picker Institute Europe, la Agency for Healthcare Research and Quality y a nivel nacional el Instituto de la Experiencia del Paciente. Aunque se trata de conceptos diferentes, deben usarse conjuntamente para presentar las percepciones del paciente durante su hospitalización y los resultados de su cuidado. Mientras que los PROM miden la percepción de los pacientes sobre su estado de salud, los PREM valoran cada uno de los procesos asociados a la intervención sanitaria o servicio sanitario. Autores como Black²², han demostrado que el uso conjunto de PROMs y PREMs en intervenciones quirúrgicas, favorece la comunicación con el paciente y la confianza en los profesionales y además los pacientes intervenidos presentaron un 30% menos de complicaciones post-operatorias gracias al uso conjunto de estas medidas.

Actualmente, estas herramientas sirven para medir²³:

- ✓ Evaluación (transversal) de la salud de la población general o de grupos específicos de población.
- ✓ Evaluación del impacto de intervenciones de salud y/o de políticas sanitarias.
- ✓ Monitorización (longitudinal) de la salud de la población general o de grupos específicos de población.
- ✓ Evaluación de la eficacia y efectividad de las intervenciones.

- ✓ Evaluación económica de las intervenciones sanitarias.
- ✓ Análisis de la calidad de las intervenciones sanitarias.
- ✓ Cribado de problemas de salud.
- ✓ Diagnóstico de problemas de salud.
- ✓ Monitorización del estado de salud individual.

Otro de los instrumentos principales de medida de la calidad de la asistencia sanitaria son los Cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), definidos por Shumaker y Naughton²⁴ como:

«...la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones más importantes que incluye la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional».

Estos instrumentos siguen un modelo psicométrico donde las preguntas o ítems miden dimensiones diferentes cuya puntuación define el perfil del estado de salud del individuo que contesta²⁵. Se suelen clasificar en generales o específicos, dependiendo si se usan para la población en general o si van destinados a medir el impacto que algunos problemas de salud tienen en una población específica²⁶.

2.2 Adaptación de los PROM, CVRS y PREM

La mayoría de los instrumentos PROM, CVRS y PREM han sido desarrollados en países de habla inglesa y es necesario realizar una adaptación transcultural a los diferentes contextos teniendo en cuenta las peculiaridades de cada país y población. Este tipo de adaptación precisa de una metodología sistemática e internacionalmente consensuada, para conseguir versiones del instrumento original equivalentes²⁷.

Los pasos a seguir para la obtención de instrumentos adaptados son: la solicitud de la autorización del autor original, la traducción y retrotraducción al idioma diana, la

revisión por un grupo de expertos y la validación en una muestra representativa de la población a la que va dirigido el cuestionario. Posteriormente al proceso de adaptación transcultural, se deben obtener las propiedades psicométricas del cuestionario traducido y adaptado. Entre ellas se encuentran: la fiabilidad o grado en que un instrumento proporciona la misma puntuación cada vez que se administra en las mismas condiciones y la validez o grado en el que una medida nos proporciona información del fenómeno estudiado y no de otro²⁸. Para medir la fiabilidad se utiliza la consistencia interna y/o la estabilidad test-retest²⁹⁻³². La consistencia interna se usa para obtener el grado en el que los ítems o las dimensiones de un cuestionario o instrumento miden el mismo concepto, para el cálculo de la consistencia interna se usa el coeficiente alfa de Cronbach³³. Por otro lado, estabilidad test-retest valora el grado de repetibilidad de las respuestas mantenido en el tiempo, siempre y cuando no se haya modificado el estado de salud que responde al cuestionario. Esta variable se obtiene mediante el coeficiente de correlación de Pearson. La validez³⁴ es otra de las propiedades que debemos obtener en el proceso de validación de un cuestionario. Existen varios tipos de validez, la validez de contenido hace referencia a la adecuación de los ítems o dimensiones del cuestionario gracias a la valoración de un grupo o comité de expertos. La validez de constructo convergente consiste en el grado de correlación con otro cuestionario cuyas variables están relacionadas y la validez divergente es el grado de no correlación de las variables de los diferentes cuestionarios que se comparan, en definitiva, la validez convergente evalúa la sensibilidad y la divergente la especificidad del instrumento. Ambas se miden con coeficientes de correlación de Pearson, se considera aceptable una correlación mayor de 0,60 (convergente), y una correlación menor al 0,20 para la validez divergente³⁵. La validez de constructo, comentada anteriormente, también se puede obtener realizando un análisis de la estructura interna del cuestionario, a través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

El análisis factorial³⁶⁻³⁸ consiste es un análisis multivariante de los ítems que componen el cuestionario para ver las correlaciones existentes entre ellos y reagruparlos en factores o dimensiones. Un ejemplo, si realizáramos un análisis factorial a un cuestionario que evalúa la calidad de vida, seguramente las variables se

reagruparían en dominios diferentes que evaluarán aspectos psicológicos, físicos o sociales. Hay dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio. Para obtener este análisis se usan el test de Bartlett, el índice de Kaiser Meyer Olkin y la rotación Promax, entre otros. Si se obtiene un nivel de significación menor del 0,05 en el test de Barlett, quiere decir que el análisis factorial tiene sentido. Asimismo, el cuestionario se considera factible si el grado de intercorrelación de las diferentes variables es mayor de 0,7. En la rotación Promax³⁹, se giran los ejes factoriales a diferentes grados manteniendo fijo el origen. Con esta medida se pretende conseguir minimizar al máximo las variables de cada uno de los factores, para obtener una mejor interpretación de los resultados. A nivel general, las cargas factoriales de los ítems del cuestionario, correlación entre cada ítem y factor, son óptimas si son iguales o mayores de 0,3. Otro de los aspectos importantes a valorar en la adaptación y validación de los cuestionarios es la factibilidad o la adecuación del cuestionario. Los aspectos que evalúa la factibilidad son: tiempo de cumplimentación, sencillez de respuesta, claridad en el formato y los enunciados de los ítems.

En la figura siguiente se puede ver un cuadro resumen de los diferentes elementos de un PRO.



Figura 1: Diferentes elementos de un PRO.

Obtenida de Identificación, captación y medición de la experiencia del paciente [internet]. [Consultado 2020 marzo 8]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhjornadas/74_08_identificacion_captacion_y_medicion_de_la_experiencia_del_paciente.pdf

2.3 Los PROMS y los PREMS en la atención materno-infantil

Ya hemos visto la importancia de desarrollar instrumentos adaptados y validados que sirvan como indicadores de calidad a las diferentes áreas y servicios sanitarios y que incluyan la perspectiva y experiencia del paciente⁴⁰. Sin embargo, en el campo del cuidado materno-infantil no existen instrumentos completos que evalúen las diversas áreas de la salud de la mujer: física, psicológica, emocional y social⁴¹. Por lo tanto, es imprescindible desarrollar herramientas e instrumentos adecuados y apropiados que sirvan para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria de los servicios de maternidad y sirvan de guía a profesionales y responsables de las políticas sanitarias.

2.4 La evolución de la asistencia al parto

La OMS⁴² definió en 1997 el parto normal como:

“un parto de comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”.

De los 140 millones de nacimientos anuales, la mayoría ocurren en mujeres sin factores de riesgo al inicio del proceso de parto. Sin embargo, se pueden presentar complicaciones a la hora del nacimiento que aumentarían considerablemente el riesgo de morbilidad materno-fetal⁴³. Con el objetivo de disminuir esta morbilidad materno-fetal, se produjo una migración de la asistencia al nacimiento pasando del parto en domicilio asistido por matronas a la medicalización del mismo en los hospitales en la segunda mitad del siglo XX. Esta imposición del modelo biomédico en la asistencia al nacimiento, supuso, si bien es cierto, una disminución de la mortalidad materno-fetal, pero también la transformación del parto en un acto médico que afectó a multitud de aspectos que se enumeran a continuación⁴⁴⁻⁴⁵:

- Trato despersonalizado, poco afectuoso y en ocasiones desvalorizante al considerar “enferma” a la gestante en trabajo de parto.
- Afectación del vínculo madre-hijo al separar los recién nacidos de sus madres.
- Interferencia en la lactancia materna como consecuencia de la administración de líquidos, sucedáneos en la alimentación del recién nacido y oxitocina sintética.
- Salas de parto consideradas como ambientes intimidantes donde se separaban a la gestante del resto de familiares.
- Falta de privatización al convertir el parto en un acto público con presencia de diferentes profesionales.
- Pérdida de la autonomía de la gestante y su familia en la toma de decisiones sobre su nacimiento e implementación de procedimientos

innecesarios y rutinarios como la episiotomía, el rasurado vulvar o la administración de enema.

En definitiva, el parto se convirtió en una enfermedad y las mujeres y sus familias aceptaron ser dominados por las instituciones y profesionales sanitarios, perdiendo la capacidad de autonomía y el empoderamiento en su proceso de nacimiento.

Afortunadamente, cada vez somos más conscientes de que el parto es un acontecimiento único e irrepetible en la vida de las mujeres y que la atención que se proporcione tendrá consecuencias importantes, tanto físicas como emocionales, en la salud de la madre y el bebé. En este sentido, con la declaración de Fortaleza⁴⁶, el Informe Changing Childbirth⁴⁷ o la Guía de Práctica Clínica de la OMS⁴⁸ o la Guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁴⁹ se comienza a desarrollar a nivel mundial un cambio paradigmático que considera el parto como un proceso fisiológico donde se debe ofrecer una atención respetuosa, personalizada e integral que contemple aspectos biológicos, emocionales y familiares, basándose en la evidencia científica.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad impulsó en el año 2007 la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)⁵⁰ cuyo objetivo era mejorar la calidad asistencial y los niveles de seguridad actuales mediante una práctica asistencial basada en la mejor evidencia científica. Y que los profesionales sanitarios implicados en la atención al parto promuevan un clima de confianza, seguridad e intimidad, fomenten la participación de la gestante y su familia en la toma de decisiones y respeten la confidencialidad, dignidad y privacidad de la gestante. Siguiendo esta misma línea, El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya elaboró el "Protocolo para la asistencia natural al parto normal"⁵¹ con el objetivo de mejorar las salas de partos, sensibilizar al equipo multidisciplinar e incluir a la gestante en la toma de decisiones sobre su parto. Estas iniciativas han sido adoptadas y promovidas por asociaciones como la Associació Catalana de Llevadores (ACL) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y colectivos como El parto es Nuestro (EPEN) o Dona Llum. Posteriormente a la EAPN, surgió un

informe⁵² que evaluaba la adecuación de las recomendaciones de la Estrategia y servía de guía para ver qué aspectos se pueden mejorar y donde es necesario incidir para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en nuestro medio.

Entre los resultados más importantes destacaban:

- Un 26% de las maternidades españolas tiene protocolos desactualizados en cuanto a las nuevas recomendaciones de la EAPN.
- A pesar de las recomendaciones de la OMS y la EAPN, la tasa de cesáreas es del 22%.
- Buenas prácticas como el manejo activo del alumbramiento, el cumplimiento del partograma, la prevalencia de un parto vaginal en una gestante con cesárea anterior o el contacto piel con piel alcanzaban cifras muy inferiores a las recomendadas.
- Por otro lado, prácticas innecesarias como la episiotomía selectiva, la amniotomía, el rasurado del periné o la maniobra de Kristeller se encontraron hasta el 50% en algunos casos, muy por encima de lo establecía la OMS.
- Finalmente, es importante hacer referencia a los indicadores relacionados con nuestra línea de investigación, este informe destaca la inexistencia de herramientas para valorar la experiencia y satisfacción en el parto y propone investigar para desarrollar una herramienta adecuada para obtener esta información que sirva de guía para profesionales sanitarios y mejora de los servicios

2.5 La satisfacción y experiencia en la asistencia al parto

Hoy en día, las instituciones sanitarias utilizan la satisfacción del paciente y su experiencia como indicadores de calidad⁵³. Autores como Díaz Muñoz⁵⁴, definen la calidad percibida como la evaluación que el paciente o usuario realiza de la calidad asistencial recibida en los servicios sanitarios a los que han acudido. Es el resultado de comparar lo que se espera recibir en la atención sanitaria y la percepción de lo que

se recibe. La calidad percibida será excelente si las percepciones superan las expectativas y deficiente si ocurre lo contrario. Por lo general, la satisfacción del paciente puede estar relacionada con las expectativas alcanzadas, la información que recibe el paciente, la competencia del profesional sanitario que le atiende, la infraestructura donde es atendido o la accesibilidad al servicio entre otras⁵⁵.

Por otro lado, la experiencia vivida durante el proceso del nacimiento tiene un efecto físico y emocional importante para la salud de la mujer y su bienestar⁵⁶. Muchas mujeres tienen miedo al parto, se muestran desconfiadas en su capacidad de dar a luz y/o tienen experiencias de partos anteriores que pueden condicionar su actitud ante el equipo multidisciplinar que la atiende⁵⁷. Es por ello, que los profesionales sanitarios implicados en el nacimiento deben prestar un adecuado acompañamiento para disminuir la ansiedad materna, aumentar la satisfacción, mejorar el vínculo madre-hijo consiguiendo altas tasas de lactancia materna que mejoran el desarrollo psicomotor y neurológico del recién nacido⁵⁸. Asimismo, una experiencia positiva del parto se ha relacionado con una buena comunicación con el profesional sanitario, el apoyo y respeto de las decisiones de la mujer y la sensación de control del dolor y de lo que ocurre durante el proceso. Por consiguiente, es necesario que existan prácticas basadas en la evidencia y que sean sostenibles, eficaces y asequibles para crear una experiencia positiva del nacimiento y minimizar los efectos adversos que pudieran afectar a la salud materno-infantil⁵⁹.

Tras todo lo comentado anteriormente, es necesario conocer el grado de satisfacción de las gestantes con su proceso de parto y la experiencia que han vivido, la opinión y el punto de vista de estas gestantes servirá, sin duda alguna, para ofrecer una asistencia al parto de calidad⁶⁰. Los servicios sanitarios miden la satisfacción de sus pacientes desde hace relativamente poco. En Cataluña, los centros públicos del Catesalut evalúan la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios con los diferentes servicios públicos desde el 2001 a través de la encuesta PLAENSA⁶¹. El sentirse en buenas manos durante el embarazo (95,8%), el trato personal de las matronas (94,4%), la información sobre el seguimiento de embarazo (93,7%) y las

explicaciones claras (92,9%) son los aspectos mejor valorados de esta encuesta, acorde con los resultados de otros estudios en cuanto a la satisfacción de las gestantes.

2.5.1 Nuevas políticas sanitarias de atención a la maternidad a nivel mundial

Como consecuencia de la reciente violencia obstétrica y sus implicaciones en la vivencia del nacimiento, la OMS ha elaborado recientemente un informe⁶² sobre el cuidado intraparto con el objetivo de asegurar que las mujeres puedan dar a luz en un entorno seguro donde sean partícipes en la toma de decisiones sobre su parto, reciban una atención de calidad, respetuosa y equitativa y se satisfagan sus necesidades psicológicas y emocionales. Todo esto tendrá un impacto muy positivo en la experiencia del parto y se asegurará un trato respetado durante el proceso de parto. A continuación, se muestra una imagen que resume los elementos esenciales para un cuidado de calidad durante el parto y el nacimiento.

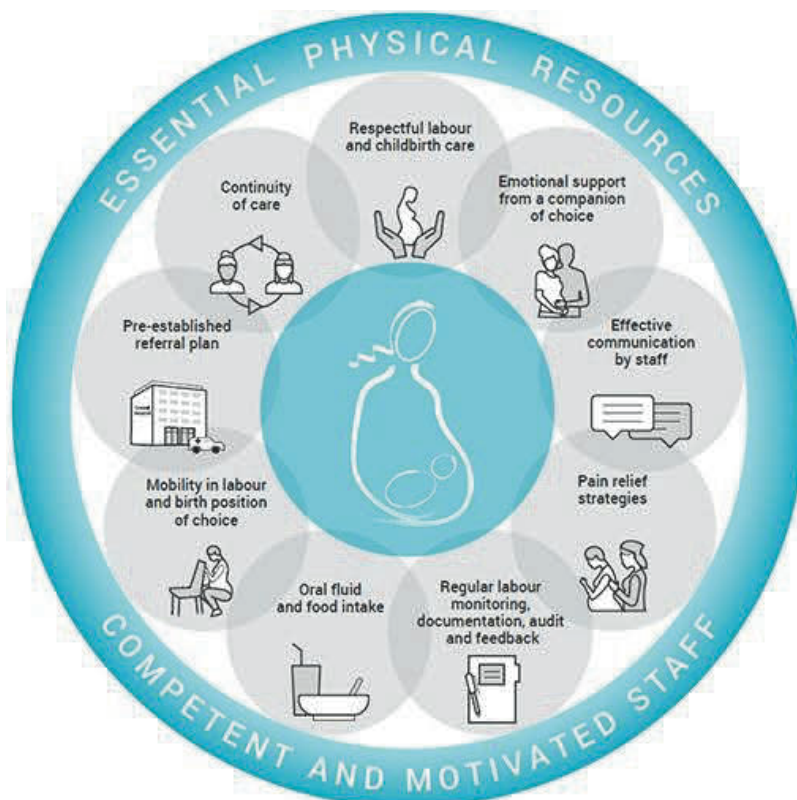


Figura 2: Recursos esenciales para un cuidado de calidad durante el parto y el nacimiento.

Obtenida de Intrapartum Care for A Positive Childbirth Experience⁶²

Otras instituciones como la Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)⁶³, The International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO) o la OMS con su estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016–2030)⁶⁴, se han unido en este cambio de paradigma y han desarrollado una nueva iniciativa que se centra en un modelo de atención madre-bebe-familia que pretende ofrecer una atención de calidad y respetuosa, que garanticen vidas saludables en todas las edades y mejore la salud materno-neonatal.

2.5.2 Valoración de la experiencia y satisfacción tras el parto. Instrumentos de evaluación

Tal como se ha descrito con anterioridad, diferentes autores coinciden que la satisfacción de la mujer con su proceso de parto está condicionada por las expectativas previas, y que estas expectativas están indudablemente ligadas al contexto social, es decir lo que se espera de un parto hoy en día no es lo que se esperaba hace diez años⁶⁵. Por consiguiente, es importante contar con la evaluación de las mujeres de la atención recibida e identificar aquellos aspectos valorados como poco satisfactorios o inadecuados y que son susceptibles de mejora⁶⁶.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁶⁷, el número de nacimientos en nuestro país ha descendido un 6,2% con respecto al 2018, en el primer semestre de 2019 con tan solo 170.00 nacimientos (figura 3), sin embargo, el parto es uno de los actos con mayor prevalencia en los hospitales de nuestro sistema sanitario.

Número de nacimientos durante el primer semestre de cada año

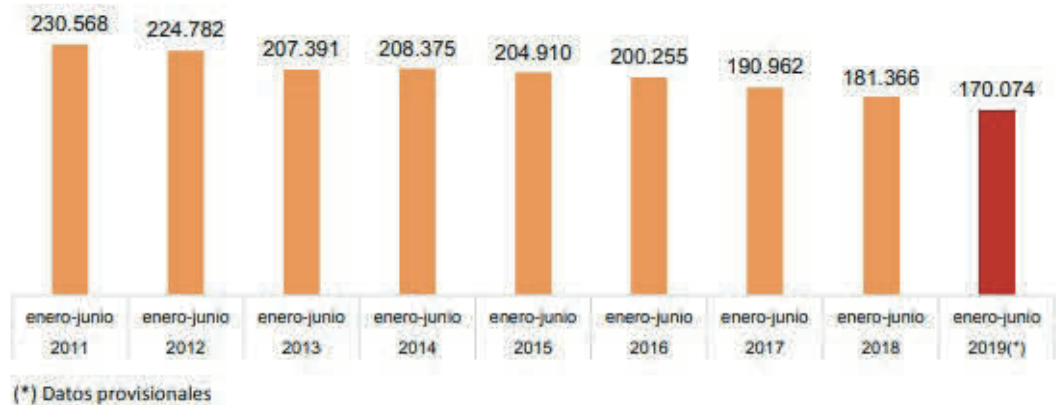


Figura 3: Evolución del número de nacimientos primer semestre del año desde 2011 a 2019.

Obtenida del INE⁶⁷

De modo que es necesario contar con cuestionarios validados que evalúen la experiencia y la satisfacción de las gestantes. En esta línea se están realizando interesantes estudios en nuestro país en relación a este tema.

En los años 90 se desarrollaron los primeros cuestionarios para evaluar la experiencia en el parto, el cuestionario Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ)⁶⁸ y el Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)⁶⁹. A pesar de ser instrumentos útiles, valoran aspectos aislados de la experiencia del parto. Posteriormente se validaron los cuestionarios Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ)⁷⁰ y el Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)⁷¹, estos cuestionarios evalúan la percepción de las gestantes de su parto, pero solo en madres primerizas. El CEQ fue adaptado y validado en la población española por Soriano Vidal⁷² en 2016 y es una de las herramientas que se usa actualmente en España para valorar la experiencia en el parto.

Otra escala validada en la población española por Mas-Pons⁷³, es la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale” (MCSS). Esta escala mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto respecto a cinco subescalas: la mujer, la pareja, el bebé, la matrona y el obstetra; pero se administra antes del alta hospitalaria y las respuestas de la púérpera pueden estar muy condicionadas por la experiencia que haya tenido. Recientemente se ha validado un cuestionario que evalúa la experiencia en el parto, el Questionnaire for Assessing Childbirth Experience (QACE)⁷⁴, sin embargo,

solo ha sido validado en inglés y francés. Es por ello, que esta tesis consiste en adaptar y validar este completo cuestionario multidimensional en la población española.

3. CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

En este apartado se analizan los conceptos fundamentales de la investigación, y sus variables involucradas en el desarrollo del tema objeto de investigación.

3.1 Desarrollo de Conceptos Fundamentales de la Investigación

3.1.1 El Parto

Como ya se comentó anteriormente, la OMS⁴² considera el parto normal como:

“un parto de comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”.

Se considera un parto a término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

3.1.2 Causas del parto

El parto se desencadena por diversos factores: uterinos, placentarios, amnióticos, maternos y fetales. En las últimas semanas se produce una liberación de prostaglandinas, un aumento de estrógenos, progesterona y receptores de oxitocina que afectan a la contractibilidad uterina y distienden el miometrio. Todo esto sumado a la dilatación del cuello del útero y el descenso y compresión de la presentación activan el reflejo de Ferguson o aumento de la secreción de oxitocina por la hipófisis⁷⁵.

3.1.3 Tipos de Inicio del parto

El parto puede iniciarse espontáneamente o inducirse, es decir, provocarse mediante la amniotomía, la maniobra de Hamilton o la administración de oxitocina sintética⁷⁶. Se considera que se inicia la fase activa de parto a partir de los cuatro centímetros de dilatación y existen contracciones uterinas regulares⁴⁵. El parto no sigue una progresión lineal y es diferente en cada mujer. Hay numerosos factores que influyen en la duración del parto como la paridad, la edad o la administración de la analgesia epidural entre otros. Por lo general en madres primerizas, la fase activa del parto dura un promedio de 8 horas y no suele durar más de 18 horas y en las gestantes multíparas el promedio es de cinco horas y no más de 12 horas.

3.1.4 Tipos de parto

Un parto puede acabar de forma normal o lo que se denomina parto eutócico y se produce la expulsión del feto de forma espontánea y sin ayuda o un parto distócico que requiere de instrumentos para poder extraer al feto. En el parto distócico, se necesitan instrumentos (fórceps / espátulas / ventosa) para la extracción fetal, o bien, se extrae al feto a través de la cesárea⁷⁷. Las indicaciones para realizar este tipo de partos son por ejemplo la mal posición de la cabeza fetal, la necesidad de acabar el parto por motivos maternos o fetales o la no evolución del parto. La ventosa es un elemento tractor y no rotador, el fórceps es tractor y rotador y las espátulas son un instrumento pulsor.

3.1.5 Episiotomía y lesiones perineales

Dependiendo de la evolución del parto y la protección del periné en el momento del expulsivo, se puede conseguir un periné íntegro o producirse un desgarro perineal. Según el Royal College of Obstetricians and Gynecologists, estos desgarros se clasifican en cuatro tipos según la afectación y extensión, pasando por la piel (primer grado), los músculos perineales (segundo grado), hasta las fibras del esfínter anal (tercer grado) o la mucosa rectal (cuarto grado)⁷⁸. Estos desgarros pueden tener un

efecto importante en la salud de las mujeres como dispareunia (dolor durante el coito), sangrado, infección y/o incontinencia urinaria y fecal⁷⁹.

Según la Real Academia Española⁸⁰ la episiotomía es

“la incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo”.

Esta práctica se realizaba de manera rutinaria en cada parto para reducir el riesgo de desgarros perineales y prevenir una posible incontinencia urinaria o fecal. Sin embargo, la última evidencia científica disponible⁸¹⁻⁸² se aconseja realizar la episiotomía si hay necesidad clínica como un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal.

3.1.6 Alivio del dolor durante el parto

El parto es un proceso doloroso que influenciará la vivencia del mismo según el umbral del dolor que tenga la gestante y las técnicas que utilice para mitigarlo⁸³. Aunque el uso de la analgesia epidural para aliviar el dolor del parto es la técnica más utilizada en nuestro entorno, relega a las mujeres a las órdenes del profesional sanitario, obliga a una vigilancia muy estricta y dificulta la movilidad y la percepción del pujo en el expulsivo. Las nuevas recomendaciones de las guías comentadas anteriormente aconsejan la implementación de otros métodos de alivio del dolor eficaces y seguros, que interfieren menos con la fisiología del parto y el protagonismo de las mujeres. La SEGO⁸⁴ clasifica los métodos de alivio del dolor en dos grupos:

✓ Métodos farmacológicos

- a. Bloqueo neuroaxial (epidural, intradural y epi-intradural).
- b. Analgesia caudal.
- c. Analgesia inhalatoria: Óxido Nitroso
- d. Analgesia parenteral (intramuscular o intravenosa).
- e. Bloqueo de nervios pudendos.
- f. Analgesia local.

✓ Métodos no farmacológicos

- a. Apoyo durante el parto.

- b. Inyección intradérmica de agua estéril.
- c. Inmersión en agua.
- d. Psicoprofilaxis.
- e. Hipnosis.
- f. Acupuntura.
- g. Movilidad durante el parto, Esferodinamia.
- h. Masaje.
- i. Musicoterapia.
- j. Aromaterapia. Reflexología.

A continuación, se describen algunos de estos métodos utilizados como variables en la investigación:

a) Apoyo durante el parto

Numerosos estudios afirman que el apoyo continuo durante el proceso de parto disminuye el dolor de la gestante y el uso de analgesia farmacológica e incrementa el número de partos vaginales espontáneos y la satisfacción materna⁸⁵.

Asimismo, siguiendo la línea del Reino Unido o Canadá, se está implementando en nuestro país el modelo de cuidado “one to one” o “una matrona para un parto” ya que se ha visto que mejora la satisfacción materna y los resultados perinatales⁸⁶. Sin embargo, debido al déficit de matronas es muy difícil contar con el personal suficiente para contar con esta ratio matrona: partera.

b) Inmersión en agua

La inmersión de la gestante en el agua durante el proceso de parto disminuye el dolor del mismo y produce una mayor relajación y satisfacción de la mujer y un menor trauma perineal⁸⁷.

c) La asistencia la educación maternal

Las clases de educación maternal se ofrecen a todas las gestantes y su pareja o acompañante a partir de la mitad de gestación. Consisten en una serie de charlas de

educación sanitaria específica donde se abordan aspectos relacionados con las modificaciones que se producen en la gestación, el proceso de parto, el cuidado del recién nacido y la lactancia entre otros. A pesar de que los estudios asocian la asistencia a estas clases de educación maternal tienen un efecto favorecedor sobre la toma de decisiones de la gestante en el proceso de parto, el inicio precoz y mantenimiento de la lactancia materna y la satisfacción materna⁸⁸, se necesita más investigación para ver los efectos de la asistencia maternal en otros aspectos como la participación del acompañante, los cuidados materno infantiles en el postparto o el mantenimiento de los ejercicios del suelo pélvico.

d) Libertad de movimientos

Numerosas guías como la Guía del Parto normal o la NICE aconsejan la libertad de movimientos, la deambulación y la adopción de posiciones verticales para acortar la duración de la primera fase del parto, aliviar el dolor y promover la sensación de protagonismo y control de la gestante. Asimismo, se aconseja el uso de pelotas de parto para favorecer el descenso de la presentación fetal y ofrecer una mayor comodidad a la gestante⁸⁹.

e) Masaje

El masaje en la zona lumbosacra por la persona acompañante reduce el dolor y la ansiedad de la gestante durante el parto y aumenta su satisfacción con el proceso⁹⁰.

f) Epidural o peridural lumbar

La administración de la analgesia epidural para aliviar el dolor del parto es la técnica más usada a nivel mundial. Consiste en la inyección de analgésicos de forma continua o intermitente en el espacio epidural. Entre sus ventajas se encuentran: el alivio del dolor de forma rápida y duradera, aumento del flujo útero-placentario y la posibilidad de controlar el expulsivo. Sin embargo, puede ocasionar hipotensión materna, fiebre, cefaleas por punción de la duramadre y lumbalgias entre otros efectos secundarios⁹¹.

3.1.7 Otras variables relacionadas con el tema de investigación

a) Restricción de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto

La OMS y otras guías comentadas anteriormente consideran que la restricción de líquidos y sólidos durante el parto es una práctica que no previene el riesgo de aspiración gástrica, por tanto, aconsejan ofrecer líquidos como las bebidas isotónicas durante el proceso de parto.

b) Contacto piel con piel

Numerosos estudios aconsejan el contacto piel con piel con el recién nacido lo antes posible tras el nacimiento porque mejora su termorregulación, favorece el inicio de la lactancia materna y aumenta la satisfacción materna⁹².

4. CAPÍTULO IV: JUSTIFICACIÓN

El proceso de parto representa un momento único y especial en la vida de una mujer y su familia, ya que se produce una transición hacia el nuevo rol de la maternidad⁹³. El apoyo del profesional sanitario y el acompañante, las experiencias de partos anteriores y el control del dolor durante el parto, son algunos de los factores que numerosos estudios han descrito como influyentes en la satisfacción de las mujeres respecto a su vivencia del parto⁹⁴⁻⁹⁵. Asimismo, ciertos estudios asocian la vivencia de una experiencia negativa del parto con el desempoderamiento de la mujer, sentimientos de baja autoestima, la depresión postparto e incluso el trastorno de estrés postraumático⁹⁶⁻⁹⁸. Estos problemas mentales pueden repercutir sobre embarazos posteriores y/o tener repercusiones en la relación de pareja⁹⁹.

Los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos¹⁰⁰⁻¹⁰¹, constatan que la satisfacción del usuario y una atención sanitaria centrada en la persona son indicadores de calidad del sistema sanitario. Por tanto, evaluar la satisfacción de las gestantes y la experiencia que estas y sus familias han tenido durante el trabajo de parto es esencial para adaptar los cuidados proporcionados a las necesidades de estas mujeres. Teniendo en cuenta las consecuencias descritas anteriormente sobre la repercusión de la experiencia en el parto y la falta de datos relacionados con la experiencia de las mujeres en su proceso de parto en nuestro país, se hace imprescindible disponer de instrumentos fiables y válidos que nos permitan valorar las percepciones de la gestante sobre su parto e identificar la existencia o no de experiencias negativas para implementar nuevas medidas para mejorar la calidad asistencial y ofrecer buenos resultados en salud. Aunque existen algunos cuestionarios⁶⁸⁻⁷³ diseñados de manera específica para describir la experiencia en el parto y validados al español, ninguno de ellos hace una valoración multidimensional como el reciente cuestionario QACE⁷⁴. La falta de datos relacionados con la experiencia de las mujeres en su proceso de parto en nuestro país, que se pueda hacer un diagnóstico que permita la implementación de nuevas medidas de mejora de la calidad asistencial y de los resultados en salud.

Por todo lo expuesto, esta investigación pretende realizar un estudio empírico sobre la adaptación transcultural y la obtención de las propiedades métricas de la versión española del QACE en la población española que sea una herramienta imprescindible para los profesionales sanitarios. También realizar un correcto análisis las causas de insatisfacción de las mujeres y sus familias durante el trabajo de parto y poder corregirlas para mejorar y orientar los servicios sanitarios hacia una mayor atención centrada en la persona.

5. CAPÍTULO V: HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis general

- El Cuestionario de Evaluación Experiencia en el Parto (CEEP) es equivalente conceptualmente a la versión original inglesa "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE).
- Las características psicométricas de fiabilidad y validez del CEEP son óptimas para poder usarla en el contexto español como una herramienta para identificar aquellas mujeres que han tenido una experiencia negativa en el parto e incidir sobre ella.

5.2 Hipótesis Específica

Existen una serie de variables sociodemográficas y obstétricas que pueden generar una experiencia positiva o negativa durante el proceso de parto.

6. CAPÍTULO VI: OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

El objetivo general consiste en adaptar y validar el Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) a la población española y obtener sus características psicométricas.

6.2 Objetivos Específicos

Los objetivos específicos fueron:

- ✓ Realizar el proceso de traducción y adaptación transcultural necesario para obtener un nuevo cuestionario que sea equivalente conceptualmente y semánticamente al original.
- ✓ Obtener la estructura factorial del nuevo cuestionario.
- ✓ Obtener la fiabilidad (consistencia interna) del nuevo cuestionario.
- ✓ Obtener la estabilidad temporal (test-retest) del nuevo cuestionario.
- ✓ Establecer relaciones de las puntuaciones del cuestionario con otras variables clínicas y/o sociodemográficas.
- ✓ Describir y comparar los resultados obstétricos y la satisfacción de las mujeres en el parto en los hospitales participantes.

7. CAPÍTULO VII: METODOLOGÍA

7.1 Metodología

7.1.1 Ámbito del estudio

El estudio se llevó a cabo en 2 maternidades en la provincia de Barcelona: Hospital de Mollet y Barcelona Hospital Campus Val D'Hebron. Ambos hospitales pertenecen al Sistema Catalán de Salud y a pesar de que han sido elegidos por conveniencia porque son los hospitales donde trabaja el investigador principal, son dos hospitales representativos de la provincia de Barcelona. El Barcelona Hospital Campus Val D'Hebron, denominado hospital A, es un hospital de tercer nivel con más de 2400 partos al año y clasificado por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁰² como un hospital de nivel 4 y el Hospital de Mollet, denominado hospital B, es un hospital de primer nivel con 600 partos al año y clasificado como nivel 2. A parte del número de partos, la principal diferencia entre los dos hospitales es la presencia de estudiantes de enfermería y medicina, por tanto, la mayoría de los partos en el hospital A son atendidos por residentes de matrona y residentes de ginecología, mientras que en el hospital B son atendidos por matronas profesionales. Ambos hospitales contienen salas de parto multifuncionales (donde se realiza la dilatación, parto y postparto) donde las mujeres y sus acompañantes tienen privacidad durante el proceso de parto y baño con ducha. En casi todas las salas de parto hay suficiente espacio para caminar y utilizar la pelota de parto. En los dos hospitales se usan métodos no farmacológicos de alivio del dolor como la musicoterapia, esferodinamia, técnicas de relajación, masaje en la zona lumbosacra, ducha o aplicación de compresas calientes. Sin embargo, el hospital A tiene protocolizada la administración de la walking peridural mientras que en el hospital B se puede parir en el agua, utilizar las cuerdas de partos o la aromaterapia.

7.1.2 Diseño

Se ha llevado a cabo la adaptación y validación al español del cuestionario QACE y un estudio transversal para obtener su fiabilidad y su estabilidad.

7.1.3 Cuestionario original

El QACE fue desarrollado por Guittier⁷⁴ en 2017 (Anexo I). Es un instrumento autoadministrable que realiza una valoración general de la experiencia en el parto y consta de dos versiones. La versión completa de 23 ítems es un índice que se usa para analizar cada ítem por sí mismo como una escala clinimétrica. El formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, que puntúan: (1) nada, (2) no mucho, (3) en parte y (4) totalmente, los ítems 1, 3, 14, 22, 23 y 24 se encuentran invertidos para su puntuación. La puntuación total oscila entre 23 y 94 puntos en la versión completa y entre 13 y 52 en la versión corta. Las puntuaciones superiores indican mejor experiencia en el parto. Aparte de estos 23 ítems, incluye dos preguntas cerradas, tres ítems de valoración de escala numérica y un ítem de respuesta abierta. La versión corta se divide en cuatro subescalas que valoran cuatro dimensiones: la relación con el profesional sanitario, el estado emocional, los primeros momentos con el recién nacido y los sentimientos al mes del parto.

7.1.4 Fase I: Proceso de adaptación transcultural

La metodología del proceso de adaptación transcultural se muestra también en el artículo 1. Para el proceso de adaptación cultural del QACE ha sido necesario obtener el permiso de la autora original Marie Julie-Guittier a través del e-mail. La autora dio su consentimiento y autorizó a adaptarlo y validarlo en la población española. Posteriormente, se utilizó la propuesta de Guillemin y cols²⁷ aceptada internacionalmente, y que consta de las siguientes fases:

7.1.4.1 Traducción al español

El QACE fue traducido de forma independiente por dos traductores bilingües de inglés-español con amplia experiencia en la traducción de textos médicos. Posteriormente estas dos traducciones fueron comparadas para detectar diferencias culturales o cambios en el significado de palabras o expresiones en una sola traducción consensuada. Se obtuvo la primera versión.

7.1.4.2 Validez de contenido

La validez de contenido se obtuvo mediante un grupo de expertos formado por matronas, ginecólogos y psicólogos atendiendo a la equivalencia semántica (mismo significado de las palabras y frases), conceptual (los conceptos existen en la cultura de destino) y normativa (la forma de expresión de los conceptos). Los ítems del cuestionario se clasificaron en categorías para valorar el grado de adecuación de la traducción. Las categorías fueron A (totalmente equivalentes), B (bastante equivalentes) y C (equivalencia dudosa). Se obtuvo la segunda versión.

7.1.4.3 Sondeo de comprensibilidad

Posteriormente se pasó la segunda versión a una submuestra aleatoria de 20-30 personas seleccionada por conveniencia entre profesionales a los que el investigador principal tenía acceso con el objetivo de analizar la factibilidad (claridad, formato, tiempo de cumplimentación, comprensión, relevancia y aceptabilidad).

7.1.4.4 Validez aparente

Por último, para conocer más a fondo el constructo que se está midiendo y detectar las potenciales fuentes de invalidez¹⁰³, se realizaron una serie de entrevistas cognitivas a dos grupos de 6 mujeres: aquellas que han tenido nada más un parto y otro grupo de mujeres que ha parido en más de una ocasión. Mediante la técnica del parafraseo, se revisó si las preguntas o palabras que se usan en el cuestionario podían

herir susceptibilidades o ser ofensivas y se verificó el significado de los términos y conceptos utilizados. El grupo de expertos revisó las sugerencias aportadas por las mujeres entrevistadas y creó la última versión del QACE que se llamaría Cuestionario para la Evaluación de la Experiencia en el Parto o CEEP.

7.1.4.5 Retrotraducción al inglés

La versión definitiva se envió a la autora original para confirmar que las modificaciones realizadas eran equivalentes a la versión original, fueron necesarias algunas modificaciones para crear la versión definitiva española del QACE.

7.1.5 Fase II: Proceso de validación

La metodología del proceso de validación se muestra también en el artículo 2.

7.1.5.1 Población

La población diana de nuestro estudio eran las mujeres que han dado a luz en los hospitales participantes en el estudio. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayor de edad (18 años), ser capaz de hablar y comprender español y tener un mínimo de conocimientos de informática para responder al cuestionario online. Las participantes que no comprendían español o que no tenían conocimientos básicos de informática, fueron excluidas.

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus y el Hospital de Mollet of Barcelona con los números de identificación: PR (AMI) 413/2018 aprobado el 19/11/2018 y PR 220/2018 aprobado el 01/12/2018 respectivamente. (Anexo II)

7.1.5.2 Cálculo de la muestra

Para obtener la muestra necesaria para realizar el análisis factorial, se siguieron las recomendaciones internacionales¹⁰⁴ y se consideró que el tamaño muestral debía ser diez veces el número de los ítems del cuestionario. El QACE tiene 23 ítems, por lo tanto, se necesitan 230 cuestionarios como mínimo. Considerando la dificultad de la tasa de respuesta en las puérperas recientes, se determinó un porcentaje de pérdidas del 10%, por lo que el tamaño muestral final es de 253 participantes.

7.1.5.3 Cálculo del análisis exploratorio factorial (Validez de constructo)

La validez del constructo consiste en el grado de correspondencia entre las variables observadas y el constructo teórico que se pretende medir. Para obtener esta validez, se usan el análisis factorial exploratorio, el análisis factorial confirmatorio y la validez convergente o divergente.

7.1.5.4 Cálculo del análisis factorial exploratorio

El análisis factorial exploratorio se necesita para validar cuestionarios de salud en diferentes culturas y poblaciones: Siguiendo las recomendaciones de Polit y Lakelt¹⁰⁵, se aplicó el análisis factorial con rotación Promax para identificar los factores y el test de esfericidad de Barlett junto al test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para analizar la matriz de correlaciones, el número de factores y la adecuación de la muestra. Para incluir los ítems en los factores extraídos, se necesita un factor de carga como mínimo de 0,4. Si se obtiene un valor KMO superior a 0,80 y el test de Barlett es estadísticamente significativo (menor de 0,5), sería apropiado realizar el análisis factorial a la matriz de datos a estudio.

7.1.5.5 Cálculo del análisis factorial confirmatorio

El AFC se realizó mediante la utilización del software AMOS 21.0. Se utilizó el método robusto de estimación con máxima verosimilitud¹⁰⁶. Los índices de ajuste utilizados para comprobar el ajuste del modelo fueron: relación entre el chi-cuadrado y los grados de libertad ($X^2/g.l$); Goodness-of-Fit Index (GFI), Normed Fit index (NFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), Comparative Fit index (CFI) y Tucker-Lewis index (TLI) o Bentler-Bonett-Non-Normed Fit Index (NNFI)¹⁰⁷. Estos índices pueden ser clasificados en índices absolutos e índices relativos. Los Índices Absolutos evalúan la calidad del modelo, sin comparación con otros modelos. Entre ellos se encuentra el $X^2/g.l$, el ajuste es perfecto si $X^2/g.l=1$ y bueno si $X^2/g.l$ es inferior a 2. El SRMR se determina dividiendo la raíz cuadrada de la matriz de los errores, entre los grados de libertad; valores de SRMR por debajo de 0,08 indican un ajuste adecuado, mientras que un ajuste bueno se considera con valores por debajo de 0,05. En cuanto al RMSEA, valores por debajo de 0,6 indican un ajuste adecuado. El GFI explica la proporción de la covarianza observada entre las variables presentes, explicadas por los modelos ajustados. De forma general, se considera que GFI menor de 0,8 indica modelos mal ajustados a los datos; GFI entre 0,8 y 0,9 indica un ajuste adecuado, entre 0,9 y 0,95 un buen ajuste y superior a 0,95 indica ajuste muy bueno. Los Índices Relativos evalúan la calidad del modelo en test, en relación al modelo con menor ajuste posible y/o al modelo con el mejor ajuste posible. El NFI evalúa la disminución del (X^2) del modelo adoptado en relación al modelo base y sus valores son iguales al GFI. El CFI compara el ajuste del modelo en estudio (X^2) con los Grados de libertad ($g.l$), con el ajuste del modelo basal con los grados de libertad. Los valores del TLI varían entre 0 y 1. Tanto para CFI como para NNFI los valores por encima de 0,90 indican un ajuste bueno del modelo y por debajo de 0,90 un ajuste pobre.

7.1.5.6 Cálculo de la validez convergente/discriminante

La validez convergente indica las correlaciones positivas con otros cuestionarios que miden lo mismo y la validez divergente indica que el instrumento no se correlaciona

con otros cuestionarios. Para obtener la validez convergente, se analizó la relación del CEEP con el cuestionario validado Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) en su versión en español ya que ambos cuestionarios valoran la experiencia en el parto. 268 participantes rellenaron ambos cuestionarios y se utilizó el test de Spearman para evaluar la correlación entre las puntuaciones de ambos dos. En este análisis se planteó la hipótesis de que las puntuaciones obtenidas en el CEEP estarían positivamente correlacionadas con las puntuaciones del CEQ-E.

El CEQ fue desarrollado en Suecia en 2010 por Dencker⁷¹ y validado a la población española en 2016¹². Consta de 22 ítems que se dividen en cuatro dominios relacionados con la experiencia del proceso de parto: la propia capacidad, el apoyo del profesional, la seguridad percibida y la participación. 19 ítems del cuestionario usan una escala Likert de cuatro puntos que va desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, y los otros tres ítems son una Escala Analógica Visual (EAV) con valores del 0 al 10. Las puntuaciones altas indican una mejor experiencia del parto. Las puntuaciones de los ítems 3,4, 9 y 11 fueron invertidas ya que se trataban de ítems negativos. En cuanto a los ítems de EAV, el ítem 10 (dolor) se codificó de la siguiente manera: del 0 al 2 equivale a 4 puntos, 3 y 4 equivale a 3 puntos, del 5 al 7 equivale a dos puntos y del 8 al 10 equivale a 1 punto. Por otro lado, los ítems 22 y 23 (control y seguridad) se codificaron de forma invertida al de dolor.

En el caso de la validez divergente se utilizó el Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)¹¹ en su versión validada al español. Este cuestionario se usa para medir la satisfacción del parto y consta de 34 ítems agrupados en cinco subescalas: la mujer, el recién nacido, el acompañante o pareja, la matrona y el obstetra. Además, incorpora una subescala para valorar de forma global la experiencia del parto. El formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos desde muy insatisfecho a muy satisfecho. Para que la estructura de respuesta fuese similar a la del CEEP, se codificó de la siguiente manera: Muy satisfecha equivale a 4 puntos, satisfecha a 3 puntos, ni satisfecha, ni insatisfecha equivale a 2 puntos e insatisfecha o muy insatisfecha equivale a 1 punto. Las puntuaciones altas indican mayor satisfacción en el parto. La versión española añadió diez ejemplos en los ítems para una mejor comprensión. La

relación de las puntuaciones entre los cuestionarios se evaluó con el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró una fuerza débil ($\leq 0,29$), baja (0,30-0,49), moderada (0,50- 0,69), fuerte (0,70-0,89) y muy fuerte (0,90-1,00)¹⁰⁸.

7.1.5.7 Fiabilidad del instrumento

La fiabilidad del instrumento es la capacidad de mantenerse en el tiempo manteniendo las mismas condiciones de la unidad de estudio. Se puede calcular mediante la consistencia interna, el coeficiente de correlación de correlación lineal de Pearson y/o la estabilidad test-retest¹⁰⁹.

7.1.5.8 Consistencia interna

El coeficiente de consistencia interna nos informa sobre el grado en el que los ítems del cuestionario miden un mismo constructo¹¹⁰. Sus valores oscilan entre 0 y 1 y se considera como óptimo si es superior a 0,7. Para calcularlo se utiliza el coeficiente omega de McDonal's.

7.1.5.9 Estabilidad temporal

Se consideró una muestra de 50 participantes para medir la estabilidad temporal del instrumento con un intervalo de tiempo mínimo de 20 días entre la primera y la segunda administración del CEEP. Para calcularlo, se usó el coeficiente de correlación intraclase (CCI), siendo este óptimo si alcanzaba valores por encima de 0,70 entre las dos administraciones¹¹¹.

7.1.5.10 Descripciones variables principales

Se elaboró un cuestionario *AD hoc* al principio del cuestionario online donde se recogían variables sociodemográficas y clínicas de la madre, variables de los

resultados del proceso del parto (Anexo III). Este formulario recogía las siguientes variables:

- ✓ Edad
- ✓ Nacionalidad
- ✓ Estado civil
- ✓ Nivel de estudios
- ✓ Situación laboral

Además, se formularon una serie de preguntas de carácter clínico:

- ✓ Planificación del embarazo
- ✓ Asistencia a las clases de educación maternal
- ✓ Bebida y alimentación durante el trabajo de parto
- ✓ Métodos de alivio del dolor utilizados durante el parto
- ✓ Presencia o no de acompañante
- ✓ Si hubo lesiones perineales o no
- ✓ Mismo profesional durante todo el proceso
- ✓ Si se permitió el contacto piel con piel con el recién nacido
- ✓ Tipo de lactancia elegida e inicio de la misma

Asimismo, se recogieron los siguientes datos de la Historia Clínica:

- ✓ Paridad
- ✓ Número de interrupciones voluntarias de embarazo
- ✓ Edad gestacional
- ✓ Inicio del parto
- ✓ Tipo de parto
- ✓ Duración del parto

7.1.6 Fase III: Análisis de la satisfacción en el parto y resultados obstétricos

Para evaluar el nivel de satisfacción de las mujeres con su proceso de parto se utilizaron los cuestionarios mencionados anteriormente: el Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRSS)¹¹ y el Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E)¹². Posteriormente,

se realizó un análisis comparativo de los resultados obstétricos de las variables descritas en el apartado 7.1.5.10.

7.1.7 Identificación del caso

A cada caso se le asignó un código que se implementó a través de un registro de datos y se almacenó en una base de datos ubicada en el sistema operativo del ordenador del hospital y protegida contra posibles copias. Cada código se asoció al e-mail del participante ya que a la hora de rellenar el cuestionario online se exigía el correo electrónico para identificar el caso con el participante, asimismo para poder comprobar los datos cuando sea necesario, se asoció también el código al número de historia clínica (NHC) del hospital. Una vez identificados todos los casos, se procedió a eliminar el e-mail y dejar tan solo el NHC.

7.1.8 Recogida de datos

El reclutamiento de la muestra fue continuo todos los días de la semana durante el periodo de abril del 2019 a agosto de 2019 por el investigador principal y las investigadoras colaboradoras de ambos hospitales que eran responsables de la captación, registro en la base de datos y seguimiento de las participantes reclutadas. Los participantes eran informados del estudio desde las consultas de obstetricia, la sala de partos o la planta de hospitalización y se aseguraba la confidencialidad de sus datos personales. Los sujetos firmaron el consentimiento informado (Anexo IV) y se les entregaba la hoja informativa del estudio (Anexo V). Al mes del parto, se enviaba la versión española del QACE (CEEP) vía online (Anexo VI) a los participantes junto con un cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas, además de los otros dos cuestionarios validados. Si los participantes no rellenaban el cuestionario, los investigadores contactaron con ellos para recordárselo.

7.1.9 Análisis estadísticos

Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos IBM SPSS Statistics 21.0¹¹². Asimismo, el nivel de significación aceptado fue de alfa 0,05. En primer lugar, se recodificaron los ítems inversos. Las respuestas fueron tratadas como una escala de cuatro puntos, asignando el valor uno a la puntuación más baja y el cuatro a la más alta. Las puntuaciones altas indican una mejor experiencia en el parto (puntuación máxima 94) y una baja puntuación indica una peor experiencia del parto (mínima de 23). Se calcularon los índices estadísticos de tendencia central y de dispersión de cada ítem, así como el patrón de datos. Se utilizó el análisis factorial con rotación promax para identificar los factores y el test de esfericidad de Barlett junto al test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), para analizar la matriz de correlaciones, el número de factores y la adecuación de la muestra. Para el cálculo del análisis factorial confirmatorio se utilizó el programa IBM SPSS AMOS 26.0¹¹³. Para el cálculo de la validez convergente-discriminante se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. En cuanto a la consistencia interna, se analizó el coeficiente omega de McDonal's, el coeficiente de correlación lineal de Pearson y el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para la estabilidad test-retest. La t de Student se usó para comparar las medias de los cuestionarios. La asociación de variables se analizó mediante tablas de contingencia y la función χ^2 . Se requirió un valor p de $< 0,05$ para la significación estadística. Se realizó un análisis discriminante (DA) para evaluar qué variables contribuyeron más a la discriminación de ambos hospitales.

8 CAPÍTULO VIII: RESULTADOS

8.1 Artículo 1

Rodríguez Coll P, Casañas Sánchez R, Collado Palomares A, Maldonado Aubián G, Vicente García M, Escuriet Peiro R. [Proceso de adaptación cultural del “Questionnaire for Assesing the Childbirth Experience \(QACE\)”](#). Enfermería Global. 2020; 19 (4): 289-321.
DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.402271>.



ORIGINALES

Spanish Cultural Adaptation of the Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)

Proceso de adaptación cultural del "Questionnaire for Assesing the Childbirth Experience (QACE)"

P. Rodríguez Coll¹
R. Casañas²
A. Collado Palomares³
G. Maldonado Aubian⁴
M. Vicente Garcia⁵
R. Escuriet Peiro⁶

¹ Midwives' Supervisor, Fundació Sanitària Mollet, Barcelona, Spain. pa.rodriquez@fsm.cat

² PhD Psychologist, Research Department Centre d'Higiene Mental Les Corts, Barcelona, Spain.

³ Midwife, Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus, Barcelona, Spain.

⁴ Midwife, Fundació Sanitària Mollet, Barcelona, Spain.

⁵ Nursing Director, Fundació Sanitària Mollet, Barcelona, Spain.

⁶ PhD Midwife, Health and Integrated Care division. Catalan Health Service, Barcelona, Spain.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.402271>

Received: 7/11/2019

Accepted: 12/04/2020

ABSTRACT:

Background: Negative experiences during delivery are associated with women disempowerment, postpartum depression, post-traumatic stress disorder, and low breastfeeding rates. The Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) is a 23-item screening tool useful for discovering women with a negative experience in their birth process and avoids future complications in following pregnancies or couple's relationships.

Objective: The general objective is to adapt the Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) to the Spanish population and to obtain its psychometric characteristics.

Methodology: The cultural adaptation process consisted of forwarding translation and back translation into Spanish, conceptual equivalence evaluation by a committee of judges, comprehensibility evaluation and cognitive interview to a postpartum group. Psychometric characteristics were obtained throughout the factorial analysis, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's test of sphericity and Cronbach alpha level.

Results: After complete the adaptation process, the committee of judges made several adjustments to achieve a better comprehension in the Spanish population, avoid misunderstandings or offensive words in the target language. 138 participants were needed to calculate factor analysis. The KMO (0.838) and Bartlett test ($p < 0.001$) confirmed the adequacy of factor analysis and the Scree plot showed 6 factors with the predictive power of 73.75% supported total variance. Internal consistency was assured using a Cronbach α of 0.896.

Conclusions: Data from this study demonstrate that the Spanish version of QACE is a valid and reliable measure of childbirth experience in the Spanish population.

Keywords: Screening, cultural adaptation, childbirth, women, questionnaire.

RESUMEN:

Introducción: Las experiencias negativas durante el parto se han asociado con desempoderamiento de la mujer, depresión postparto, trastorno por estrés postraumático y bajas tasas de lactancia materna, entre otros. El Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) es una herramienta de 23 ítems útil para identificar mujeres que han tenido una mala experiencia en su proceso de parto y evitar así futuras complicaciones en embarazos posteriores o en la relación de pareja.

Objetivo: El objetivo general consiste en adaptar el Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) a la población española y obtener sus características psicométricas.

Metodología: El proceso de adaptación cultural ha consistido en la traducción y retro traducción al español, evaluación de la equivalencia conceptual por un comité de jueces, evaluación de la comprensibilidad y una entrevista cognitiva a un grupo de mujeres puérperas. Las características psicométricas se han obtenido mediante el análisis factorial, los test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett y el alfa de Cronbach.

Resultados: Tras el proceso de adaptación transcultural, el grupo de expertos realizó las modificaciones necesarias para conseguir una mayor comprensión del cuestionario en la población española, evitar malentendidos y palabras ofensivas en la lengua de destino. Se necesitaron 138 participantes para obtener el análisis factorial. El KMO (0,838) y el test de Bartlett ($p < 0,001$) confirmaron la adecuación del análisis factorial y el gráfico de sedimentación mostró 6 factores con un poder predictivo del 73,75% del total de la varianza. La consistencia interna se obtuvo mediante un alfa de Cronbach de 0,896.

Conclusiones: Los datos obtenidos en este estudio demuestran que la versión española del QACE es una herramienta válida y fiable para medir la experiencia en el nacimiento en la población española.

Palabras clave: Evaluación, adaptación cultural, nacimiento, mujer, cuestionario.

BACKGROUND

The World Health Organization in its last inform ⁽¹⁾ recognizes “a positive childbirth experience” as a very important moment for all women in labour.

Several studies ^(2,3) have described influence factors related to improving the maternal experience of childbirth, such as pregnant personal expectations, safe environment, family, couple and health professional support she receives, health professionals' relationship quality, birth preparedness or births lived as a companion and relaxation and pain management during birth. Therefore, it is necessary to provide good advice on health professionals' behalf to remove fears or doubts and ensuring pregnant security.

Related to the mental health of women who have given birth, some investigations ^(4,5) shown that mothers with a positive experience of their birth had a great sense of accomplishment, self-esteem, and self-confidence. However, other studies associate a negative birth experience with post-partum depression and post-traumatic stress disorder (PTSD) ^(6,7). Related evidence shows that these mental health problems could have implications in following pregnancies and mother-infant interaction ^(8,9).

Taking into account the consequences of birth experience impact described above, it is necessary to count on tools that allow evaluating pregnant perceptions about their birth and to identify if there are birth negative experiences or not.

First questionnaires for assessing birth experiences like Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) or the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)

are useful instruments for measuring isolated childbirth aspects ^(10,11). A multidimensional full questionnaire has been developed recently; Questionnaire for Assessing Childbirth Experience (QACE) ⁽¹²⁾, assesses four important aspects related to childbirth experience, but at present is only available in English and French. For this reason, we have chosen it for adapting and validating into the Spanish population.

QACE is used to measure the general assessment of the childbirth experience and it has two versions. The full version (23 items) is an index used to analyze each item by itself as a clinimetric scale. It is scored on a 4-point Likert scale ranging from "Totally", "In part", "Not so much", to "Not at all".

It assesses a total of 4 sub-scales to measure the general assessment of the childbirth experience with higher scores per dimension. The four subscales are the following ones: relationship with staff, emotional status, first moments with the newborn and feelings at one month postpartum

To analyze the score data, the answer format of the 4-point Likert scale was coded as follows: 1 (totally), 2 (in part), 3 (not so much), and 4 (not at all). The ratings of negatively worded statements were reverse-scored (items 1, 3, 14, 22, 23 and 24) so that the higher scores more reflected a negative childbirth experience.

In the short version, scores for each of the four dimensions are computed as the mean of the ratings of the included items.

Although there are already different questionnaires specifically designed for describing a birth experience, any of them have a multidimensional assessment like the recently validated QACE questionnaire.

The objective of this paper is to adapt QACE to the Spanish population and to obtain its psychometric characteristics. With a valid and reliable instrument like this one, health professionals could identify women who had a negative birth experience.

METHODOLOGY

Adaptation process

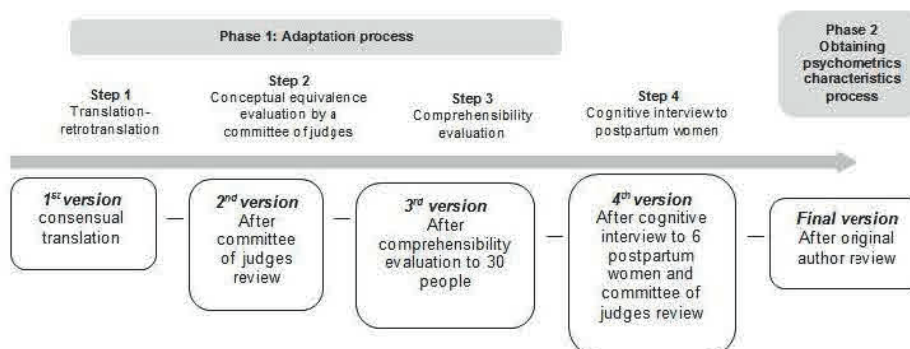
First of all, a literature review was carried out to check if there was a Spanish version of the QACE. Subsequently, one of the authors of the questionnaire (PhD M.J. Guttier) was contacted to ask permission for translating, adapting and validating QACE in the Spanish context.

To develop QACE Spanish version, it was followed by International guidelines proposed by Guillemin and cols ⁽¹³⁾, which consists of translation-retro translation of the QACE into Spanish by two English-Spanish bilingual translators. The first Spanish QACE version was created. Conceptual equivalence evaluation of the first Spanish translation by a committee of judges. The second Spanish QACE version was created. Comprehensibility evaluation of the second Spanish translation by a group of 30 persons. The third Spanish QACE version was created. Cognitive interview with a postpartum group to test comprehensibility and legibility of the third Spanish QACE

version and analysis and discussion of the results. A final version of 23 items was developed.

The different steps for the QACE Spanish version development are summarized in Figure 1.

Figure 1: QACE Spanish version development process



Obtaining psychometric characteristics

To obtain questionnaire factorial analysis, it is needed a sample size enough to achieve precise estimations, so between 5 and 10 participants per questionnaire item. QACE has 23 items and considering a loss percentage of 10%, a minimum sample of 138 participants was needed.

The study sample was recruited in the Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus and the Hospital de Mollet of Barcelona, Spain. Recruitment was continuous throughout different time periods on all days of the week during the period April 2019 to August 2019 by the main investigator and collaborating researchers from both hospitals who were responsible for the recruitment, registration in the database and follow-up of the recruited participants. The inclusion criteria for this study were the following ones: a) legal age women (>18 years old); b) women with no Spanish language barrier and considered literate and c) women with a computer minimum knowledge to answer an online questionnaire.

Participants were informed of the nature of the study and assured that the confidentiality of their personal data would be maintained and recruited in the obstetric consultant, delivery room or hospitalization ward. All subjects gave their written informed consent.

Ethics committees of both hospitals reviewed and approved the study, identification numbers: PR (AMI) 413/2018 approved 19/11/2018 and PR 220/2018 approved 01/12/2018 respectively.

Statistics and data analysis

QACE construct validity was studied by a factorial analysis to extract the main components. The Orthogonal (varimax) rotation was conducted. Factors higher than

one were rotated. Factorial analysis relevance was evaluated with Kaiser-Meyer-Olkin proof and Bartle sphericity proof.

The reliability of the QACE Spanish version (CEEP) was evaluated by estimating the Cronbach alpha level (internal consistency). If the Cronbach alpha level were bigger than 0.07, It was considered good reliability.

Statistical analyses were conducted using SPSS V.21.0 for MAC.

RESULTS

Phase 1: Adaptation process

Step 1: Translation- retrotraslation process

Two English-Spanish bilingual translators separately translated the original 23-item-questionnaire into Spanish. Later, these two translations were unified in one only consensual translation. This version was translated back into English and was also reviewed by the author to confirm equivalence with the original English text.

After the original author comments, some translated items were changed for better comprehension.

Step 2: Committee of judges

In the next step, it was created an expert group formed by 6 midwives, 4 gynecologists and 1 psychologist; they evaluated the conceptual equivalence of the Spanish translation.

The average age of the committee of judges was 50 years old (range 34-70y; SD \pm 12.82), and 80% of participants were women. Related to years of experience: 45.5% committee of judges' members have more than 20 years of working experience, 45.5% have between 10 and 15 years of experience and 9% have between 5 and 10 years.

According to the committee of judges, 70.38 % of the items were classified as type A (fully equivalent), 24.23% as type B (contains questionable wording) and only 3.46 % as type C (Doubts about the equivalence). The items in categories B and C were re-examined by the expert group and 5 items from the QACE were changed to achieve a better comprehension in the Spanish population. In Table 1 are described items classified as type C with first translator proposals and definitive proposals after the committee of judges' reunion.

Table 1: Items classified as type C

Item	Original Version	Translation into Spanish	Definitive translation
2	I felt secure	Me sentí segura	Me sentí en buenas manos
8	I felt I could express myself and give my opinion about decisions about me	Sentí que podía expresarme y dar mi opinión sobre las decisiones que me afectaban.	Sentí que podía expresar y opinar sobre las decisiones referentes a mi persona

4	I felt confident	Me sentí segura	Me sentí segura de mí misma
12	My pain was relieved when I asked for it to be	Se alivió mi dolor cuando lo pedí	Me calmaron el dolor cuando lo pedí
16	I was able to see my baby for the first time in a satisfactory way	Pude ver a mi bebé por primera vez de forma satisfactoria	Pude ver a mi bebé por primera vez de manera satisfactoria

The mean difficulty translating of the original questionnaire items into Spanish was with item 2 (“I felt secure”) and item 4 (“I felt confident”) because the Spanish meaning was very similar, so it was decided to use 2 adjectival phrases (“en buenas manos” and “segura de mí misma”, respectively) to maintain greater accuracy with the original questionnaire and in line with some authors have carried out when developing some Spanish questionnaires ⁽¹⁴⁾.

The English expression “decisions about me” in item 8 was translated as “referentes a mi persona” adding some explanation to about misunderstandings.

In item 12, the expression “my pain was relieved when I asked for it to be” was translated as “me calmaron el dolor cuando lo pedí” since literally translation “se alivió mi dolor cuando pedí que así fuese” sounded very unnatural in the Spanish language. Finally, in item 17 “satisfactory way” was translated as “manera satisfactoria” instead of “forma satisfactoria” for stylistic reasons, i.e., to avoid translating repetitions.

The rest of the translated items were very similar to the original, conceptually and semantically, so the committee of judges decided to maintain reviewed first translation.

Step 3: Comprehensibility evaluation

The definitive Spanish version was then tested for comprehensibility and interpretation in a group of 30 persons.

The average age of participants was 40.76 years old (range, 20-60 y; SD ± 8,40) and 86.6% of participants were women. Concerning education level, 77% have a university education, 16.6% have secondary education and 10% of participants were doctorates.

In terms of font size and type, 20% considered font size and was too little for reading it, so after the committee of judges’ review, it was decided to increase font size by 1 point, from 11 to 12 and maintain Times New Roman font type. About general presentation, only 10% considered not adequate, so the committee of judges did not change anything.

Related to comprehensibility, 97% of persons understood easily questionnaire items and for 93.4% of participants, questionnaire items have been easy to answer. On the other hand, only a 13.3% considered items were not well explained, especially in a part of item 15, which was changed by expert group modifying negative sentences into positive ones for better comprehension. The third Spanish QACE version was created. Changes in item 15 are shown in Table 2.

Table 2: Changes realized in a part of item 15

Item	Original Version	Translation into Spanish	Definitive translation
15	A) My partner was not present during labor	A) Mi pareja no estuvo presente durante el trabajo de parto	A) Mi pareja estuvo presente durante el trabajo de parto
	B) My partner was not present during delivery	B) Mi pareja no estuvo presente durante el expulsivo	B) Mi pareja estuvo presente durante el expulsivo

Step 4: Cognitive interview

Finally, to know more deeply construct is being measured and to identify possible invalidity aspects a cognitive interview was conducted with 6 postpartum women to test comprehensibility and legibility of the third Spanish version. Throughout the paraphrasing technique questionnaire words and phrases were reviewed to see if they were understandable and also if they were not offensive to questionnaires target people. The group consisted of three primiparous women and three multiparous women with an average age of 43 years old; SD \pm 11,36. All women had a low or middle socioeconomic level. They understood all questionnaire items easily and no one found any item offensive. Furthermore, one of the women interviewed suggested changing 15-item-word 'partner' by 'companion' due to most pregnant women are single mothers or they just preferred to be accompanied by someone different from her couple, someone who gives them more security and peace. The women were also asked to underline words they did not understand or caused them to hesitate. There were no words underlined.

The feedback received was used for the committee of judges to create a definitive version of the questionnaire.

The English version, first translations, and definitive Spanish QACE version are shown in Table 3.

Table 3: English version, first translations, and definitive Spanish QACE version

Item	Original Version	First translations	Definitive translation
1	I felt worried	Me sentí preocupada	Me sentí preocupada
2	I felt secure	Me sentí segura	Me sentí en buenas manos
3	I felt strange sensations	Tuve sensaciones extrañas	Tuve sensaciones extrañas
4	I felt confident	Me sentí segura	Me sentí segura de mí misma
5	The staff understood and fulfilled my wishes in a satisfactory manner	El personal entendió y atendió mis deseos de una forma satisfactoria	El personal entendió y atendió mis deseos de una forma satisfactoria
6	I felt emotionally supported by the staff who took care of me	Me sentí emocionalmente apoyada por el personal que me cuidó	Me sentí emocionalmente apoyada por el personal que cuidó de mí

7	The staff kept me informed of what was happening	El personal me mantuvo informada de lo que estaba pasando	El personal me mantuvo informada de lo que estaba pasando
8	I felt I could express myself and give my opinion about decisions about me	Sentí que podía expresarme y dar mi opinión sobre las decisiones que me afectaban	Sentí que podía expresar y opinar sobre las decisiones referentes a mi persona
9	I am satisfied with the way the events unfolded	Estoy satisfecha por la forma en la que se desarrollaron los hechos	Estoy satisfecha por la forma en la que se desarrollaron las cosas
10	I managed to successfully use relaxation techniques to help me during womb contractions	Pude utilizar con éxito las técnicas de relajación que me ayudaron durante las contracciones uterinas	Pude utilizar con éxito las técnicas de relajación que me ayudaron durante las contracciones de parto
11	I managed to successfully move or choose my posture freely	Pude moverme con libertad o elegir mi postura libremente	Pude moverme con libertad o elegir mi postura libremente
12	My pain was relieved when I asked for it to be	Se alivió mi dolor cuando lo pedí	Me calmaron el dolor cuando lo pedí
13	Every event unfolded as I had imagined it	Todo ocurrió como había imaginado	Todo ocurrió como había imaginado
14	I felt like I was losing control	Sentí que estaba perdiendo el control	Sentí que estaba perdiendo el control
15	The support of my partner helped me	El apoyo de mi pareja me ayudó	El apoyo de mi acompañante me ayudó
16	I was able to see my baby for the first time in a satisfactory manner	Pude ver a mi bebé por primera vez de forma satisfactoria	Pude ver a mi bebé por primera vez de manera satisfactoria
17	I held my baby for the first time when I felt like it	Puede coger a mi bebé por primera vez cuando quise	Puede coger a mi bebé por primera vez cuando quise
18	The first moments with my baby corresponded with what I had imagined prior to giving birth	Los primeros momentos con mi bebé fueron como lo había imaginado antes de dar a luz	Los primeros momentos con mi bebé fueron como lo había imaginado antes de dar a luz
19	I understood everything that happened during childbirth	Entendí todo lo que ocurrió durante el parto	Entendí todo lo que pasó durante el parto
20	I am proud of myself	Estoy orgullosa de mí misma	Estoy orgullosa de mí misma
21	I feel regret	Estoy arrepentida	Estoy arrepentida
22	I have a feeling of failure	Siento que he fracasado	Siento que he fracasado
23	Imagine a subsequent delivery scares me	La idea de otro parto me asusta	La idea de otro parto me asusta

Phase 2: Obtaining psychometrics characteristics

Descriptive Statistics of the sample

Participants were recruited from 2 different hospitals in the region of Barcelona in 2019. All participants were aged over 18 years old and were able to read and write in Spanish.

Of the 160 eligible women that met the inclusion criteria and signed consent inform, 138 (80%) completed Spanish QACE version via online between 1 and 3 months postpartum.

The average age of participants was 32.74 (SD \pm 4.80). Almost 80% of participants were Spanish women. The predominant marital status was single (53.6 %). Planned pregnancies accounted for 77.5 % of cases, and 50.7 % of participants were multiparous. Around 20% of the sample had one or more abortions in their reproductive age. Only 45.7% of the participants had attended maternal education. 80.4% of participants gave birth between 37 and 41 pregnancy weeks. Nearly all participants (98.6 %) were accompanied during birth. In 57.2 % of cases, the onset of labor was spontaneous, followed by induction in 37.7% of the sample. 77.7 % were attended by the same midwife in their birth process. Epidural analgesia was the most commonly used pain relief method (72.5%).

The termination mode of delivery in the sample was: 60.1% eutocic, 31.9% cesarean, and 8% instrumental delivery 8 %. Related to birth duration, 40.6% of participants were between 0 and 5 hours of delivery, followed by 24.6% of the sample who finished birth between 5 and 10 hours.

Concerning perineum, 16.6% of participants had an episiotomy and 55.8% had entire perineum after birth.

A great number of participants (87%) decided breastfeeding as their baby feeding method. Furthermore, 80.4% of the sample initiated skin-to-skin contact in the delivery room.

Statistical results

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's test of sphericity were used to analyze the sampling adequacy, the magnitude of intercorrelation and the number of factors. According to Pallant ⁽¹⁵⁾, values higher than 0.6 confirm the adequacy of the exploratory factor analysis. Moreover, the Eigenvalues and Scree Plot were used to determine the number of tool factors.

The factor analysis was calculated with 138 participants; thus, the selected sample size was enough for performing factor analysis. The KMO (0.838) and Bartlett test ($p < 0.001$) confirmed the adequacy of factor analysis. All items had factor loadings of higher than 0.4 and therefore they remained unchanged (Table 4).

Scree plot (Figure 2) showed that 6 factors with the predictive power of 73.75% supported the total variance of childbirth experience (Table 4). The 0.4 was considered the least factor loading to keep the items. A total of 23 items in the form of 6 factors were found for the 23-item questionnaire (Table 5). Internal consistency was assured using Cronbach α of 0.896 for the questionnaire.

Table 4: Varimax Factor Loading of Items of Spanish QACE version Using Principal Components and Varimax Analysis Methods

Item Number	Factor					
	1	2	3	4	5	6
6. I felt emotionally supported by the staff who took care of me	0.890					
5. The staff understood and fulfilled my wishes in a satisfactory manner	0.875					
9. I am satisfied with the way the events unfolded	0.822					
2. I felt secure (buenas manos)	0.803					
8. I felt I could express myself and give my opinion about decisions about me	0.784					
7. The staff kept me informed of what was happening	0.765					
10. I managed to successfully use relaxation techniques to help me during womb contractions		0.850				
12. My pain was relieved when I asked for it to be		0.836				
13. Every event unfolded as I had imagined it		0.826				
15. The support of my partner helped me		0.803				
11. I managed to successfully move or choose my posture freely		0.773				
14. I felt like I was losing control		0.511				
16. I was able to see my baby for the first time in a satisfactory manner			0.893			
18. The first moments with my baby corresponded with what I had imagined prior to giving birth			0.866			
17. I held my baby for the first time when I felt like it			0.854			
1. I felt worried				0.771		
3. I felt strange sensations				0.766		

23. Imagine a subsequent delivery scares me				0.634		
22. I have a feeling of failure					0.931	
21. I feel regret					0.837	
20. I am proud of myself					0.490	
4. I felt confident						0.741
19. I understood everything that happened during childbirth	0.469					

Figure 2: Scree Plot of Factors explaining Factor Construct of Spanish QACE version

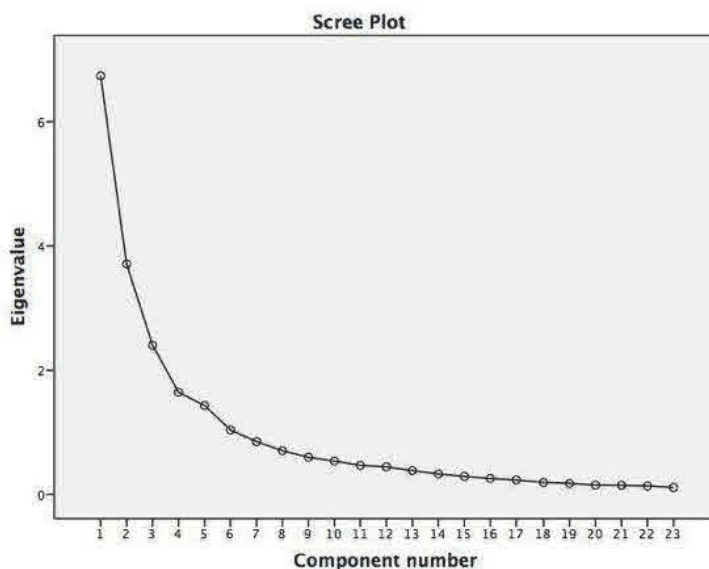


Table 5: Percentage of Variance of the First 6 Factors of Spanish QACE version

Factor	Percentage Variance of Factor	Accumulative Percentage of Overall Variance
1	29.28	29.28
2	16.12	45.41
3	10.44	55.85
4	7.15	63

5	6.22	69.23
6	4.51	73.75

DISCUSSION

The present article describes QACE Spanish cultural adaptation, where a Spanish analogous version to the English one has been obtained.

International guidelines followed in this article, not only ensure to the target population that this is not a literal translation but also takes into account cultural aspects of every questionnaire item to avoid misunderstandings.

Scientific literature in validating measuring instruments is rich and varied ⁽¹⁶⁾, but all guidelines share a point in common: translation, retro-translation and comprehensibility evaluation should be necessary included. Furthermore, some authors like Sousa ⁽¹⁷⁾ demonstrate that mixing quantitative and qualitative methodologies in adapting questionnaires provides satisfactory results. For this reason, in this article, we have conducted a cognitive interview with postpartum women to know if they understood what the questionnaire was asking for. As a result, we change a word that could be offensive to some women for another more appropriate, providing us with a new outlook of the questionnaire.

It should be announced that questionnaire items of the Spanish QACE version have been not difficult to adapt and the target population easily understood most of them. However, some changes commented before have been conducted for achieving better comprehension and avoiding offensive words. With all these procedures performed it has also been improved the naturalness and correctness of the Spanish translation.

For a correct cultural adaptation of questionnaires ⁽¹⁸⁾, original authors should be contacted to obtain adaptation and validation permission of the instrument and to solve doubts what can result in wrong interpretations of important nuances. In our case, we request permission for adapting and validating QACE into the Spanish population and we sent the definitive Spanish version to the author to be reviewed. After the authors' commentaries, Spanish definitive version was created. This version has been called CEEP (Cuestionario de la Evaluación de la Experiencia en el Parto).

Despite the inconveniences of using an online questionnaire, it was achieved a final sample size of 138 women, with a response rate of 80%.

In the original article, the full QACE version was developed following a strict protocol⁽¹⁹⁾, however, the factor analysis was not satisfactory due to identified incompatibilities and some factors were excluded reducing questionnaire to the short version of 13 items commented above.

In our study, factor analysis structure differs from the original one moderately. From the six factors identified, only one subscale, "first moments with the newborn" was identified in the original scale. Nevertheless, other original QACE subscales are very similar in our study but considering some modifications.

Our findings show that the first identified factor or subscale includes items 5,6,7,8 that compose the original QACE “relationship with staff” subscale, however, it is also included items 2, 9 and 19 in our first factor identified. It could be explained because the Spanish translation of item 2 (I felt secure) as “me sentí en buenas manos” unavoidably implies health professionals in Spanish culture. Same occurs with item 9 (I am satisfied with the way the events unfolded) translation into “Estoy satisfecha por la forma en la que se desarrollaron las cosas” and item 19 (I understood everything that happened during childbirth) translation into “Entendí todo lo que pasó durante el parto”. In those cases, when responding to these questionnaire items, you have to remember how did healthcare professionals treat you during childbirth. Some studies revealed that the fear of childbirth, the sense of control and the pain-reducing techniques during childbirth are usually described as very important in the childbirth process, which is in line with the data obtained in our research ⁽²⁰⁻²²⁾.

Secondly, items 10 to 15 composed factor 2 in our factor analysis. All these items show situations related to the birth process in which pregnant women are involved in the decision making process. Therefore, this factor was named “mother’s empowerment in the birth process”. Studies have shown that involving mothers and families in decision making progress about their birth, provide emotional support and give clear and comprehensible information are aspects positively assessed by pregnant women ^(23,24), which is in line with our study results. Original QACE factor analysis did not include these items. In our study, the factors one “relationship with staff” and two “mother’s empowerment in the birth process” accounted for 55.85% of the whole questionnaire variance

Factors four and five have been named as the original QACE subscales “emotional status” and “feelings at one month postpartum” respectively, however, in our study, they have a different composition.

After our group of expert’s factor analysis review, it was decided to compose the subscale “emotional status” by items 1,3,4, and 23. The decision to reunite all these items in one subscale was made due to all these items are related to feelings during the birth process. Thus, it was needed to restructure the factor’s composition and reduce the Spanish QACE structure from six to five factors. This study used exploratory analysis to examine the structure of the questionnaire in accordance with results obtained in measuring instrument fields ⁽²⁵⁾.

Finally, the last factor obtained was named the same as the original QACE questionnaire “feelings at one month postpartum” which contains items 20,21,22. According to our results, item 20 (I am proud of myself) belongs to this subscale and therefore should not be excluded as happened in the originals authors’ results.

Although data obtained in this study shows that the QACE Spanish version (CEEP) could be used as a reliable tool to identify women with negative childbirth experience, some limitations have to be mentioned.

Despite following a correct methodology for adapting and validating this questionnaire, further research is required to re-evaluate the psychometric properties of the CEEP including test-retest reliability and convergent validity. Another limiting factor is the method used for data collection, as this questionnaire was sent via email after a minimum of one month postpartum, in some participants, it was needed more than two recalls to include them in our research. Some authors stated that time lapses between

birth and study survey could have a negative influence on the results obtained ⁽²⁶⁾, as happens in some other validation of health questionnaires study ⁽²⁷⁾.

In 2018, 369,302 births were recorded in Spain, according to the Spanish National Statistics Institute (INE) ⁽²⁸⁾, 3,516 of those births were attended in the hospitals' participants in this paper ⁽²⁹⁾, but there is no information related to postpartum women's satisfaction or their birth experience in both hospitals. To address accurately this phenomenon, it is necessary to count on measuring instruments like QACE to allow health professionals to identify women with negative birth experience and thus adapting care provided to these women according to their circumstances and needs.

CONCLUSION

Data from this study demonstrate that Cuestionario para la Evaluación de la Experiencia en el Parto (CEEP) is a valid and reliable measure of childbirth experience in the Spanish population.

REFERENCES

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization [Internet]. 2019 Oct [consultado 2020 Mar 22]; Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
2. Aune I, Marit Torvik H, Selboe S-T, Skogås A-K, Persen J, Dahlberg U. Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. *Midwifery* [Internet]. 2015 Jul [consultado 2020 Mar 19];31(7):721–7. Disponible en: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(15\)00112-6/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(15)00112-6/fulltext)
3. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafriz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health* [Internet]. 2018 May 2 [consultado 2020 Mar 20];15(1). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-018-0511-x>
4. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1995 Jan; 39(1): 60-6.
5. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth Berkeley Calif*. 2004;31(1):17–27.
6. Tissot H. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr Enf*. 2011;54(2):611–37.
7. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol* 2015; 33:21937.doi:10.1080/02646838.2015.1031646
8. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta*

- clinica Croatica [Internet]. 2018 [consultado 2019 Nov 18];57(1):39–51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30256010>
9. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):318–24.
 10. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84–97.
 11. Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in nursing & health* 1993, 16(2):141-149.
 12. Carquillat P, Vendittelli F, Guittier MJ. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17:279. 10.1186/s12884-017-1462-x.
 13. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of Health Status Measures. *Scan J Rheumatol*. 1995; 24:61-3.
 14. Enquesta de Satisfacció dels Assegurats del CatSalut 2016 [Internet]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/enquestes_satisfaccio/atencio_embaras_part_puerperi/2016/fitxa_tecnica_EPP_2016_cat.pdf
 15. Pallant JF. *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows Version 15* [Internet]. ResearchGate. ResearchGate; 2007 [consultado 2020 Feb 18]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/234812476_SPSS_Survival_Manual_A_Step_by_Step_Guide_to_Data_Analysis_Using_SPSS_for_Windows_Version_15
 16. Vallejo-Medina P et al. Developing Guidelines for Adapting Questionnaires into the Same Language in Another Culture. *Ter Psicol* [online]. 2017, vol.35, n.2, pp.159-172. [consultado 2019 Jun 14]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082017000200159&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082017000200159>.
 17. Vanessa E, Sousa V, Matson J, Dunn Lopez K. Questionnaire Adapting: Little Changes Mean a Lot. First Published November 1, 2016 Research Article <https://doi.org/10.1177/0193945916678212>. Volume: 39 issue: 9, page(s): 1289-1300
 18. Streiner DL, Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of advanced nursing* [Internet]. 2014 [consultado 2020 Jan 18];70(9):1970–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24684713>
 19. Streiner DL, Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of advanced nursing* [Internet]. 2014 [consultado 2020 Ene 18];70(9):1970–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24684713>
 20. Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*. 2012;28(1):39–44.
 21. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Meedy S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Mohammadi E, et al. Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019 May 22 [consultado 2020 Mar 20];19(1). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-019-2333->

22. Jones L, Whitburn L, Davey M, Small R. Assessment of pain associated with childbirth: Women's perspectives, preferences and solutions. *Midwifery*. 2015;31:708–12.
23. Stevens NR, Wallston KA, Hamilton NA. Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: a measure development study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012;33(1):15–24.
24. Cook K, Loomis C. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education* [Internet]. 2012 [consultado 2020 Jan 21];21(3):158–68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392605/>
25. Swisher LL, Beckstead JW, Bebeau MJ. Factor Analysis as a Tool for Survey Analysis Using a Professional Role Orientation Inventory as an Example. *Physical Therapy* [Internet]. 2004 Sep 1 [consultado 2020 Jan 21];84(9):784–99. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/84/9/784/2857540>
26. Waldenström U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth* (Berkeley, Calif) [Internet]. 2004 [consultado 2020 Feb 6];31(2):102–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15153129>
27. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2016 Nov 24 [consultado 2020 Mar 20];16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123212/>
28. Instituto Nacional de Estadística. Nacimientos ocurridos en España en el año 2018. [consultado 2019 Feb 02]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002.
29. Source: SAP software from Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus and Hospital de Mollet Database. [consultado 2019 March 02 datos actualizados].

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia

Artículo 2

Rodríguez Coll P, Casañas Sánchez R, Collado Palomares A, Maldonado Aubián G, Salgado Poveda MI, Espada-TresPalacios X, Vicente García M, Escuriet Peiro R. [Validation and psychometric properties of the Spanish version of the questionnaire for assessing the childbirth experience \(QACE\)](#). Sexual and Reproductive Healthcare. 2021; 27 (2):100584. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100584>



Contents lists available at ScienceDirect

Sexual & Reproductive Healthcare

journal homepage: www.elsevier.com/locate/srhc

Validation and psychometric properties of the Spanish version of the questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE)

Pablo Rodríguez Coll^{a,*}, Rocío Casañas^b, Anna Collado Palomares^c,
Gladys Maldonado Aubian^a, María Isabel Salgado Poveda^c, Xavier Espada-TresPalacios^d,
Mireia Vicente García^a, Ramón Escuriet Peiro^e

^a Fundació Sanitària Mollet, Ronda Pinetons 6, Mollet del Vallés, 08100 Barcelona, Spain

^b Research Department Centre d'Higiene Mental Les Corts, c/Numància, 103-105 Bajos, 08029 Barcelona, Spain

^c Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus, Passeig de la Vall d'Hebron, 119, 08035 Barcelona, Spain

^d Fundació Hospital Asil de Granollers, Carrer de Francesc Ribas, s/n, 08402 Granollers, Spain

^e Health and Integrated Care Division, Catalan Health Service, Travessera de les Corts, 131, 159, 08028 Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:
Validity
Psychometric properties
Childbirth
Women
Questionnaire
Spanish

ABSTRACT

Objective: When evaluating childbirth experience, some of the factors considered by women include their previous births experience, pain management during birth, and companion and healthcare professional support received. The objective of this paper is to validate the Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) into the Spanish population by assessing its psychometric properties.

Methods: Due to the differences between the Spanish and English languages, a careful translation process was the first step to making the QACE useable to Spanish speaking cohorts, once thoroughly translated their conceptual equivalence was evaluated by a group of experts and tested later via interviews with postpartum women for comprehensibility evaluation.

Secondly, the validation process was obtained throughout the factorial analysis, internal consistency, test-retest evaluation and convergent and discriminant validity.

Results: A total of 268 postpartum women participated in the validity study. The KMO (0.84) and Bartlett test ($p < 0.001$) confirmed the adequacy of factor analysis and the Screen plot showed four factors with the predictive power of 52.63%, which supported total variance. Confirmatory factor analysis indicated an adequate/good fitness for the new model ($\chi^2/df = 1.47$, GFI = 0.979, RMSEA = 0.052, CFI = 0.889, NFI = 0.727, NNFI = 0.873, and SRMR = 0.155). Internal consistency was confirmed with McDonald's Omega level of 0.818. Test-retest evaluation supported test stability ($r = 0.79$, $p < 0.01$). Convergent and discriminant validity were obtained with 0.803 and 0.475 Pearson coefficients respectively.

Conclusions: The Spanish version of QACE is a relevant tool for measuring childbirth experience into the Spanish context with acceptable validity and stability.

Introduction

Patient satisfaction serves as a quality indicator in healthcare systems worldwide and provides crucial information about nursing care standards [1]. It is usually used to increase an individual's involvement and/or empowerment as well as competitiveness in the healthcare sector. However, it is an indicator very difficult to measure due to the

lack of specific instruments that offer a multidimensional approach.

Childbirth is considered one of the most important moments in the lives of women and having a poor birth experience could provoke a negative effect on the couple's relationship and of course on the patient's satisfaction [2]. Some investigations [3–5] have described a great number of influence factors related to birth satisfaction, such as privacy during the hospital stay, the information provided, their pregnant

* Corresponding author at: Fundació Sanitaria Mollet, 08100 Ronda Pinetons 6, Mollet del Vallés, Barcelona, Spain.

E-mail addresses: pa.rodriguez@fsm.cat (P. Rodríguez Coll), rocio.casanas@chmcorts.com (R. Casañas), a.collado@vhebron.net (A. Collado Palomares), m.vicente@fsm.cat (G. Maldonado Aubian), m.salgado@vhebron.net (M.I. Salgado Poveda), xespada@fphag.org (X. Espada-TresPalacios), g.maldonado@fsm.cat (M. Vicente García), rescuriet@gencat.cat (R. Escuriet Peiro).

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100584>

Received 5 May 2020; Received in revised form 22 November 2020; Accepted 1 December 2020

Available online 23 December 2020

1877-5756/© 2020 Elsevier B.V. All rights reserved.

personal expectations, family, couple and healthcare professional support they receive, interpersonal interaction with care providers, previous births experiences or births lived as a companion, midwife-led integrated pre-birth training or pain management and perception during birth. These previous studies revealed the importance of a good relationship between pregnant women's expectations and birth as a satisfactory event [6], thus, it is necessary to provide clear and concise information on health professionals' behalf to remove fears and doubts. Related to the mental health of women who have given birth, some authors like Bell [7] have shown that a positive childbirth experience generally provides women with a great sense of accomplishment, heightened self-esteem, and self-confidence. On the other hand, postpartum depression, panic attacks, disempowerment and Post Traumatic-Stress Disorder (PTSD) have been associated with negative childbirth experiences [8]. Aiming to achieve female empowerment through the maintenance of dignity, privacy and confidentiality during childbirth [9], it is necessary to count on accurate tools that allow healthcare professionals to evaluate women's pregnancy perceptions about their birth and identify, in a multidimensional approach, negative childbirth experiences and how to deal with the consequences.

The first questionnaires developed for assessing childbirth experience were developed in the 90s; some of them such as the Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) or the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) were useful instruments but only for measuring isolated childbirth aspects [10–11]. In 2018, a multidimensional questionnaire: the Questionnaire for Assessing Childbirth Experience (QACE) [12] was created to assess four important aspects related to childbirth experience (relationship with staff, emotional status, first moments with the baby and feelings after one month birth), but at present, it is only available in English and French.

QACE cultural adaptation to the Spanish population [13] consisted of forwarding translation and back translation into Spanish, a conceptual equivalence evaluation by a committee of judges, a comprehensibility evaluation and a cognitive interview to a postpartum group. In the translation-retranslation process, two English-Spanish bilingual translators separately translated the original 23-item questionnaire into Spanish. Later, these two translations were amalgamated into one approved translation. In the next step, it was created an expert group formed by midwives, gynaecologists and psychologist with great collective experience in the childbirth process and the constructs measured; they evaluated the conceptual equivalence of the Spanish translation. Some changes were needed for achieving a better comprehension and avoiding offensive words. With all of these procedures performed, the effectiveness of the Spanish translation has been vastly improved. The definitive Spanish version was then tested for comprehensibility and interpretation in a group of 30 people. The majority of the participants easily understood the questionnaire. However, several participants voiced the opinion that some aspects were not well explained; especially item 15, which negative sentences were modified into positive ones for better understanding. Finally, a cognitive interview was conducted with postpartum women to evaluate whether they understood what the questionnaire was asking for. As a result, edits were made to exclude words that could potentially be offensive to some participants, thus providing assessors with a new perspective of the questionnaire.

Taking into account that this is the last questionnaire, which has a complete and multidimensional assessment, the main objective of this paper is to validate QACE to Spanish population to obtain a valid and reliable instrument, which allows health professionals to identify women with a negative birth experience and acting accordingly.

Methods

Participants and setting

The study sample was recruited in the Barcelona Hospital Campus Vall D'Hebron and the Hospital de Mollet; both hospitals are located in

the Barcelona region and belong to the Catalan Health Service. Participants were informed of the nature of the study and recruited before birth from the obstetric consultancy, during the birth process in the birth room or after birth in the hospitalization ward. Participants' recruitment consisted on informed consent signature and email and phone number solicitation; it was explained that the link of the Spanish QACE version would be sent to them via email between one and three months postpartum together with a questionnaire on sociodemographic and clinical variables, which took only 15 min to answer. If the questionnaire were not completed, researchers would contact participants to remind them to complete said paperwork. Recruitment was continuous throughout all days of the week from April 2019 to August 2019. The inclusion criteria for this study were: a) participants with a gestational age higher than 35 pregnancy weeks (late preterm births: 35 to 37 gestational weeks); b) being older than 18 years; c) being able to understand Spanish; d) have basic computer's skills, plus Internet access to answer the online questionnaire. Participants attended by researchers and those who did not sign informed consent were excluded.

To assure the quality of care and avoid coercion, researchers only gathered informed consent when conducting the study. Midwives were the only members of staff in charge of the women who participated in this study.

Main validity measures

Questionnaire for Assessing Childbirth Experience (QACE) [12] is a questionnaire used to measure the general assessment of the childbirth experience and it has two versions. The full version (23 items) is an index used to analyze each item by itself as a scale. It is evaluated on a four-point Likert scale ranging from "Totally", "In part", "not so much", to "not at all". It uses four sub-scales to measure the general assessment of the childbirth experience with higher scores per dimension.

The four sub-scales are the following ones: relationship with staff, emotional status, first moments with the new-born and feelings at one month postpartum. To analyze the score data, the answer format of the four-point Likert scale was coded as follows: 1 (totally), 2 (in part), 3 (not so much), and 4 (not at all). The ratings of negatively worded statements were reverse-scored (items 1, 3, 14, 21, 22 and 23) so that the higher scores more reflected a negative experience. Scores for each of the four dimensions are computed as the mean of the ratings of the included items. A total score may not be calculated.

The questionnaire was sent to participants via email and also could be sent by post if participants wanted it. However, the online questionnaire procedure had several advantages: easier for gathering data, minimal cost, fewer data errors with responses automatically stored in a database, and ensured the women's privacy.

Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) [14] is a questionnaire to assess birth satisfaction of women in different aspects of their first labour and birth. 19 items of the CEQ-E questionnaire use a four-point Likert Scale and are divided into four main domains related to childbirth experience: own capacity, professional support, perceived safety, and participation, the other three items are a visual analog scale (VAS). Higher scores indicate a better childbirth experience. To analyze the score data, the answer format of the four-point Likert scale was coded as follows: 1 (totally disagree), 2 (mostly disagree), 3 (mostly agree), and 4 (totally agree). Negatively worded item scores (items 3, 4, 9 and 11) are reversed.

The VAS-scale scores are transformed to categorical values; 0–3 = 1, 4–6 = 2, 7–8 = 3 and 9–10 = 4. Negative Item 10 scores were transformed to the following categorical values; 0–2 = 4, 3–4 = 3, 5–7 = 3 and 8–10 = 1. This instrument was chosen to obtain convergent validity of the QACE Spanish version.

Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Spanish (MCSRSS) [15] is a questionnaire used to evaluate childbirth satisfaction, consists of 34 items questionnaire grouped into 6 sub-scales: labour, birth, new-born, companion and comfort, midwife, and obstetrician. Items use a five-

point Likert scale ranges from “very dissatisfied” to “very satisfied”. However, the answer format was adapted to a four-point Likert scale and coded as follows: 1 (very dissatisfied or dissatisfied), 2 (not satisfied, nor dissatisfied), 3 (satisfied), and 4 (very satisfied). Higher points indicate better childbirth satisfaction. This instrument was chosen to obtain the divergent validity of the QACE Spanish version.

Criterion validity was obtained throughout convergent validity with the *Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ-E) and divergent validity with the *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS) Spanish.

Statistics and data analysis

To obtain questionnaire factorial analysis, a sample audience of 10 times the number of items was needed [16]. QACE instrument has 23 items; therefore 230 participants are required, at least. If we consider a percentage loss of 10%, so a minimum sample of 253 completed questionnaires is needed.

Exploratory Factor Analysis (EFA) is needed when validating health questionnaires in different cultures and populations. According to what Polit and Lakerl state about factor analysis [17], it was applied principal component factor analysis with Promax rotation to identify the factors, Bartlett’s test of sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test to analyze the magnitude of intercorrelations, number of factors and sampling adequacy.

Confirmatory Factor Analysis (CFA) was applied to extract the factors, while CFA was used to indicate the fitness of the extracted model in this study [18]. It has been applied several goodness-of-fit indicators including relative/normed Chi-square (χ^2/df), Goodness of fit index (GFI), Normed fit index (NFI), non-normed fit index (NNFI), root mean square error of approximation (RMSEA), comparative fit index (CFI), and standardized root mean square residual (SRMR). There is a good fit of the model for χ^2/df values below 3.0. Related to GFI, NNFI and NFI, values above 0.80 indicate a good fit of the model [19]. CFI values above 0.80 indicate an adequate fit, and above 0.90 indicate a good fit, while values below 0.80 represent a poor fit of the model. RMSEA values in the range of 0.05 to 0.10 indicate an adequate fit of the model; however, values above 1.0 should be rejected. Lastly, SRMR values below 0.08 indicate an adequate fit, whereas it is obtained a good fit of the model with values below 0.05 [20].

Convergent validity and discriminant validity, it was hypothesized that scores taken from CEEP (Abbreviation of QACE Spanish version “Cuestionario para la Evaluación de la Experiencia en el Parto”) would positively correlate with scores from the Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) since both questionnaires measure the same trait.

Discriminant Validity, it was hypothesized that scores taken from CEEP would negatively correlate with scores from the Spanish version of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS). To obtain convergent and discriminant validity, 268 participants filled out all questionnaires. The Spearman test was used to evaluate the correlation among the scores of the questionnaires.

Internal consistency. CEEP reliability was measured by McDonald’s Omega calculation. Generally, if McDonald’s Omega value is between 0.7 and 0.9 is regarded as satisfactory [21].

Test-retest reliability. A minimum sample of 50 participants was needed to measure the correlation of the CEEP scores recorded at 20-days’ time intervals (test–retest reliability). The Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was used to obtain test–retest reliability.

Statistical analyses were performed using SPSS Statistics 22.0 for Macintosh and SPSS AMOS 26.0 for Windows and JASP 0.13.1 for Macintosh.

Ethical considerations

According to the Spanish General Regulation of May 24, 2016, on data protection, data collected in this study will only be used for the

purpose in which it was collected. All subjects gave their written informed consent. The study was reviewed and approved by the ethics committees of Vall D’Hebron Barcelona Hospital Campus and Fundació Sanitaria Mollet, identification numbers: PR (AMI) 413/2018 approved 19/11/2018 and PR 220/2018 approved 01/12/2018 respectively.

Results

Descriptive statistics

Of the 375 eligible women that met the inclusion criteria and signed informed consent, 268 (71.47%) completed the CEEP online between one and three months postpartum, and despite 107 women gave written consent for the survey to take place, they never answered the online

Table 1
Sociodemographic, obstetrical and birth characteristics of 268 participants (n).

Variable	n (%)	Variable	n (%)
Nationality		Beginning of labour	
Spain	225 (83.9%)	Spontaneous	159 (59.33%)
Other European countries	14 (5.2%)	Induction	100 (37.31%)
South American	25 (9.4%)	Elective C-section	9 (3.36%)
African	4 (1.5%)	Birth pain relief	
Marital status		Epidural 155 (57.84%)	
Unmarried	141 (52.6%)	Epidural and other pain relief methods	70 (26.12%)
Married	120 (44.8%)	No pain relief	24 (8.96%)
Separated/divorced	7 (2.6%)	Use of birth ball	9 (3.36%)
Education		Use of heat and lumbar massage	6 (2.22%)
No studies	5 (1.9%)	Shower	2 (0.75%)
Elementary school	81 (30.2%)	Others alternative methods	2 (0.75%)
Bachelor	75 (28%)	Mode of birth	
University	107 (39.9%)	Normal vaginal	181 (67.54%)
Employment status		C-section	61 (22.76%)
Employed	221 (82.4%)	Instrumental vaginal	23 (8.58%)
Unemployed	47 (17.6%)	Waterbirth	3 (1.12%)
Parity		Length of labour	
Primiparous	132 (49.3%)	0–5	108 (40.30%)
Multiparous	136 (50.7%)	5–10	39 (14.55%)
Prenatal classes		10–15	69 (25.75%)
Yes	128 (51.5%)	>15	52 (19.40%)
No 130 (48.5%)		Condition of the perineum	
Planned pregnancy		Intact perineum	123 (45.90%)
Yes	198 (73.9%)	Any degree	77 (28.73%)
No	70 (26.1%)	Episiotomy	68 (25.37%)
Voluntary Interruption of pregnancy		Breastfeeding choice	
0 203 (75.7%)		Natural Breastfeeding	237 (88.43%)
1–2	54 (20.2%)	Formula Feeding	31 (11.57%)
> 2	11 (4.1%)	Same midwife all birth process	
Gestational age		Yes	188 (70.15%)
< 37 (35–37) 3 (1.2%)		No 80 (29.85%)	
37–41	65 (74.63%)		
>41	200 (24.25%)		

questionnaire. The average age of participants was 32.74 (range 20–50 y; SD ± 5.55). Characteristics of the study population are shown in Table 1.

[Table 1. Sociodemographic, obstetrical and birth characteristics of 268 participants (n)]

Exploratory factor analysis (EFA)

The factor analysis was calculated with a random sample of 178 participants (2/3 of participants). The analysis was done with the polychoric matrix and accumulative percentage of the overall variance. The value of the Kaiser-Meyer-Olkin measure of Sampling Adequacy was 0.805, and Bartlett's test of sphericity was $p < 0.000$. Both confirmed the adequacy of factor analysis. When defining the factors, only items weighing 0.40 or more were considered. It was decided to eliminate items 12, 20 and 22 since factor loading was 0.337, 0.262 and 0.398, respectively. Item 15 was kept because it was considered very important by participants in the adaptation process. After discarding items commented on previously, a simple structure consisting of 20 items was obtained (see Table 2). This structure comprised of at least three items per factor that were answered on a four-point scale (from totally to not at all) and accounted for 52.63% of the variance (see Table 2).

[Table 2: Factor loading of CEEP items showing McDonald's omega and accumulative percentage of the overall variance]

Confirmatory factor analysis (CFA)

The confirmatory factor analysis was calculated with a random sample of 90 participants (1/3 of participants). The findings indicated an adequate fitness of the model within structural equation modelling. As shown in Table 3, the model with four subscales had adequate indices ($\chi^2/df = 1.47$, GFI = 0.978, RMSEA = 0.052, CFI = 0.889, NFI = 0.727, NNFI = 0.873, and SRMR = 0.155). The CEEP Confirmatory factorial analysis model obtained is shown in Fig. 1.

Convergent validity and discriminant validity

Significant and positive correlations were observed between the results of the total CEEP score and the total CEQ-E score with a correlation value of Pearson's r coefficient of 0.803. Concurrently, significant negative correlations were found between the results obtained from the total CEEP score and the MCSRSS total score with a correlation value of Pearson's r coefficient of 0.475. The results are shown in Table 4.

Internal consistency

As it is shown in Table 2, internal consistency was assured using McDonald's Omega of 0.818 for the 20-items of the CEEP. Internal consistency of subscales was: intrapartum care ($\omega = 0.849$), early moments with the new-born ($\omega = 0.866$), positive childbirth feelings and negative childbirth feelings ($\omega = 0.559$ and $\omega = 0.650$, respectively).

Test-retest reliability

A minimum sample of 50 participants was deemed sufficient to measure the correlation of the CEEP scores recorded at 20-days' time intervals (test-retest reliability). The Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was used to obtain test-retest reliability. In our study, both individually and in the average values, a CCI of 0.892 and 0.943 were obtained, respectively; showing that CEEP is a stable instrument over time.

Discussion

This study shows the validation of QACE adapted for the Spanish population. Datum from this research showed ample metric properties where factor analysis adequacy was confirmed and indicated an

Table 2
Factor loading of CEEP items showing McDonald's omega and accumulative percentage of the overall variance.

Items	Intrapartum Care	First moments with the new-born	Positive Childbirth Feelings	Negative Childbirth Feelings
6. I felt emotionally supported by the staff who took care of me	0.858			
5. The staff understood and fulfilled my wishes in a satisfactory manner	0.838			
2. I felt secure	0.781			
9. I am satisfied with the way the events unfolded	0.777			
8. I felt I could express myself and give my opinion about decisions about me	0.739			
7. The staff kept me informed of what was happening	0.702			
19. I understood everything that happened during childbirth	0.424			
McDonald's ω	0.849			
Accumulative percentage of the overall variance	26.167%			
16. I was able to see my baby for the first time in a satisfactory manner		0.901		
17. I held my baby for the first time when I felt like it		0.819		
18. First moments with my baby corresponded what I had imagined prior to giving birth		0.882		
McDonald's ω		0.866		
Accumulative percentage of the overall variance		36.819%		
4. I felt confident			0.708	
10. I managed to successfully use relaxation techniques to help me during womb contractions			0.670	
11. I managed to successfully move or choose my posture freely			0.604	

(continued on next page)

Table 2 (continued)

Items	Intrapartum Care	First moments with the new-born	Positive Childbirth Feelings	Negative Childbirth Feelings
13. Every event unfolded as I had imagined it			0.574	
15. The support of my companion helped me			0.161*	
McDonal's ω			0.559	
Accumulative percentage of the overall variance			42.36%	
1. I felt worried				0.595
3. I felt strange sensations				0.640
14. I felt like I was losing control				0.668
21. I am sorry				0.412
23. Imagine a subsequent delivery scare me				0.607
McDonal's ω				0.650
Accumulative percentage of the overall variance				52.63%

In the Table, items are shown depending on the higher score of factors loading. *Presence of this item is explained in the discussion section.

Table 3

Goodness-of-fit indices for the confirmatory factor analysis of CEEP after exploratory factor analysis (n = 90).

Index name	Acceptance level	Result
χ^2/df	Chi-square/df < 5.0	1.47
Goodness of fit index (GFI)	GFI > 0.80	0.978
Root mean square error of approximation (RMSEA)	RMSEA < 0.6	0.052 (CI 90%, 0.050 – 0.093)
Standardized RMR (SRMR)	SRMR < 0.10	0.155
Comparative fit index (CFI)	CFI > 0.80	0.889
Normed fit index (NFI)	NFI > 0.80	0.727
TLI or Non-normed fit index (NNFI)	TLI > 0.80	0.873

Abbreviation: CI: Confidence Interval.

acceptable fitness of the model, internal consistency was assured, stability over time was supported and convergent and discriminant validity were obtained. CEEP is a useful tool for identifying women who have had a negative experience in their birthing process. Although our study obtained a lower sample than the original study (268 out of 291), the response rate was higher, 71.47% compared to 61% of the original study. Concerning the factorial analysis of the CEEP, despite having followed a strict methodology get a KMO index greater than 0.80, a Bartlett test less than 0.5 and a load factor for each item greater than 0.40 confirming that the factorial analysis is confirmatory, the structure of the original questionnaire had to be modified for best results. In the factorial structure, three items were deleted from the questionnaire whose factorial loads were less than 0.40 (items 12 'My pain was relieved when I asked for it to be', 20 'I am proud of myself' and 22 'I feel that I have failed'). The fact that original items were confusing and negative has been able to contribute to them being underweight than the others. Another important aspect to take into account in the factorial analysis of this study is that although the factorial load of item 15 "the

support of my companion helped me" was less than 0.30 (0.161), it was decided to maintain it in the questionnaire. The reasons were based on current evidence and international recommendations of being accompanied during birth [22–23], besides; it was the item that postpartum women considered important to be taken into consideration in the cognitive interviews of the cultural adaptation process. It could have also affected the results obtained in the confirmatory factorial analysis and resulted in some indices with a good fit and some others close to the minimum established to consider an adequate fit of the model. However, the results obtained from the confirmatory factor analysis as a whole show an adequate model.

The factor analysis of the original version of the QACE was not satisfactory and ten items were excluded due to existing incompatibilities. However, in our study, the factor analysis showed a sufficient adjustment where 20 items were obtained in the form of four subscales that are the dimensions used by the original author in the short version and which ensure the 52% of the variance. The results of the factor analysis coincide that the subscale "first moments with the new-born" comprises the same items as the original (items 16–18), however, the other subscales differ moderately with the results of the original questionnaire. Most of the items in the questionnaire (items 2, 5, 6, 7, 8, 9 and 19) make up the first subscale of the CEEP. These items refer to the birthing process in terms of support received by healthcare professionals, women's empowerment and pain management, in line with the results obtained from other studies [24–25]. Therefore, it was decided to name this subscale "intrapartum care". Taking into account the relevance that scientific evidence brings to the emotional state of the woman in the birth process [26], the other two subscales have been named positive childbirth feelings (items 4, 10, 11, 13 and 15) and negative childbirth feelings (items 1, 3, 14, 21 and 23).

The overall internal consistency of CEEP scores was satisfactory ($\omega = 0.818$), as was that of intrapartum care subscales and early moments with the new-born ($\omega = 0.849$ and $\omega = 0.866$, respectively). However, the internal consistency of the subscales of positive childbirth feelings and negative childbirth feelings were moderate with $\omega = 0.559$ and $\omega = 0.650$, respectively. Although the expert authors on the subject advise that the internal consistency of each of the subscales of a questionnaire be evaluated because it evaluates different dimensions [27], reliability can also be obtained through repeatability or test-retest reliability. In our case both at the individual level and in the average values, an optimal ICC of more than 0.89 was obtained between the two administrations, so it is a stable instrument over time; this metric property was not evaluated in its original version.

Other important properties that need to be obtained within questionnaire validation are convergent and divergent validity. In our study, the overall score of the adapted questionnaire presented a positive association with the total CEQ-E score, thus obtaining the convergent validity of the instrument. Besides, the divergent validity was obtained by proving that the scores obtained from CEEP are not positively correlated with those obtained in the MCRSS. Although the original study used several questionnaires for its elaboration, the psychometric properties of convergent and discriminating validity were not obtained.

Although evidence shows that there is an association between attendance at maternal education classes and a good birthing experience [28], there was no meaningful association in our study. However, significant relationships were obtained of the total CEEP score with the number of pregnancy interruptions ($p = -0.173$), parity ($p = 0.189$), the same midwife accompaniment ($p = -0.187$) or with the delivery type ($p = -0.344$), in line with the latest investigations in this regard [29–30].

Strengths and limitations

Our study has several strengths; first, it includes a higher response rate than the original and acceptable factorial analysis of the full original version. Methodologically, this study mixes quantitative and qualitative methodologies in our cultural adaptation process where satisfactory

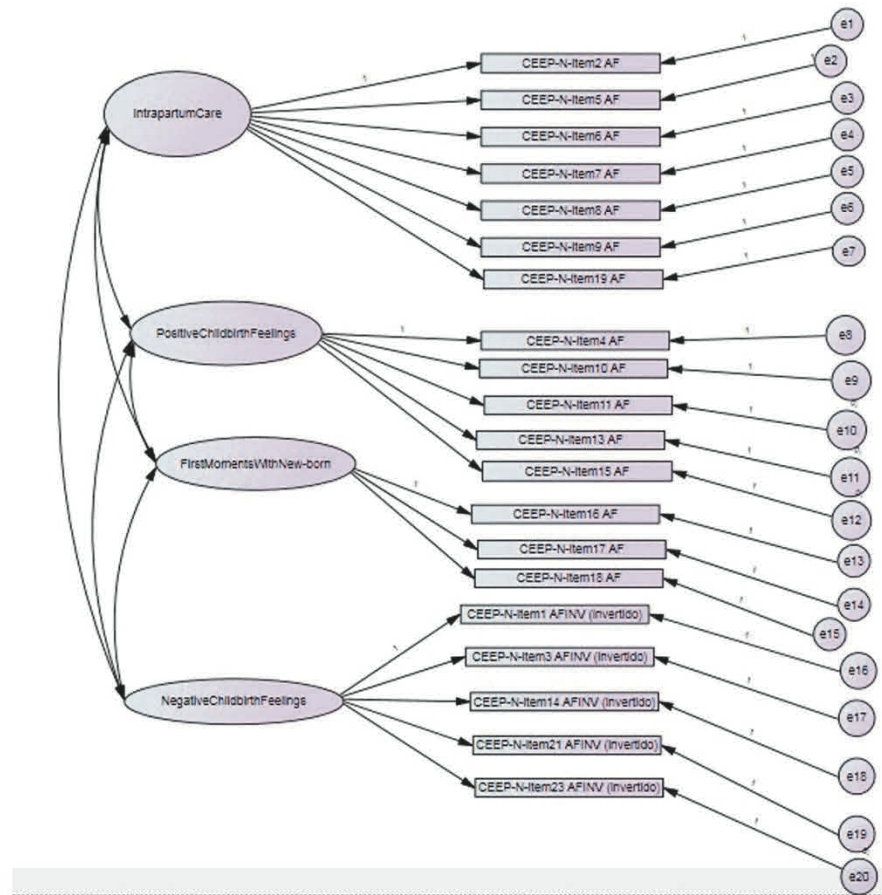


Fig. 1. CEEP Confirmatory factorial analysis model.

Table 4
Correlations analysis between MCSRSS, CEQ-E and CEEP.

	MCSRSS	CEQ-E S	CEEP
MCSRSS	1	0.539**	0.475**
CEQ-E	0.539**	1	0.803**
CEEP	0.475**	0.803**	1

** Pearson correlation coefficient; p < 0.01.

results were obtained, providing us with a new outlook of the questionnaire. Furthermore, this paper supports that CEEP can be used to evaluate childbirth experience regardless of women’s parity.

Related to the inclusion criteria, it was decided to include participants with a gestational age higher than 35 pregnancy weeks (late preterm birth) contrary to the 37 gestational weeks used in the original questionnaire; the main reason to do this was that in both hospitals it is common to attend births of women at 35 weeks who do not require very different treatment from other women in labour, they only need increased monitoring of the new-born by the health team. Finally, it should be noted that CEEP can be used to assess the quality of health care, incorporating the point of view of women, and contribute to the evaluation and monitoring of the changes introduced with the new birth care model.

The study also has some limitations, including the sample size does

not reach the 300 participants that some authors consider to be a fair sample, and recommend that the maximum sample size possible be used. Likewise, the population was from a single geographical area and two hospitals of different levels where although it provides very similar intrapartum care, they have different protocols and resources such as water delivery and walking peridural that may have influenced the responses obtained. Therefore, it would be necessary to expand the sample with participants from different autonomous communities and hospitals.

Another important limitation to note is the method used for obtaining data since this questionnaire was sent via email after the first postpartum month as well as the original questionnaire. Although even two recalls were needed in some participants to answer the questionnaire, 107 women did not answer the online questionnaire, so this represents a potential selection bias that may have affected the final evaluation. Authors did not investigate why eligible participants did not answer the questionnaire. However, some of the women who did not answer the questionnaire expressed different reasons such as the difficulty of answering an online questionnaire with more siblings to look after, the fact of not having enough time for being a single mother or the impossibility to answer the questionnaire by the phone. It would be interesting in further research to include the causes relating to lack of participation. Besides, the mood that the woman has on the day she answers the questionnaire, or the time elapsed from childbirth to

answering the questionnaire, can exert a negative influence on the results obtained and be a potential bias in the items that ask about emotions or memories of childbirth. Finally, this study has focused on adapting the original questionnaire to the Spanish context and evaluating its psychometric properties. However, it would be interesting if future research updated the questionnaire, modifying and adding some elements as health policies related to the birth process and birth guides change.

Conclusion

Datum from this study shows that the Cuestionario para la Evaluación de la Experiencia en el Parto (CEEP) is a valid and reliable measure of childbirth experience in the Spanish population.

Contribution to authorship

P.R.C provided the conception and design of the study, CEIC application, acquisition of data, online database creation, the online Spanish version of QACE questionnaire creation, analysis and interpretation of data, drafting the article, revised it critically for important intellectual content, and final approval of the version to be submitted; A.C.P, G.M.A, M.I.S.P and X.E.T declare that they have participated in the study supplying the acquisition of data, collecting of sample needed, drafting of manuscript and analysis and interpretation; M.V.G, R.C and R.E.P declare that they have participated in the study being responsible for reviewing the article critically for important intellectual content; and final approval of the version to be submitted. All authors have no conflict of interest to report.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Declaration of Competing Interest

All authors have no conflict of interest to report.

Acknowledgements

First of all, we would like to express our special thanks of gratitude to one of the original QACE authors, PhD M.J. Guttier from the Haute école de santé de Genève, for allowing us to carry out this Spanish adaptation. To Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus and Fundació Sanitaria Mollet for allowing us to conduct this research. To collaborating researchers for all the effort and support, they have provided to us. To Liam and Roser for helping us with their English point of view. To Ms Celia Urrea Murcia and Ms Ana Isabel Foulquié Rubio for the help to translate and translating back QACE into Spanish and English, to the committee of judges for the help of reviewing and changing QACE different Spanish version and finally, we would like to thanks all of our research participants and postpartum women interviewed for their contributions to the adaptation and validation process.

Appendix A. Supplementary material

Supplementary data to this article can be found online at <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100584>.

References

- [1] Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open* 2019. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>.
- [2] Manning WD. Cohabitation and child well-being. *Future Child* 2015. <https://doi.org/10.1353/foc.2015.0012>.
- [3] Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors related to Women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2017. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.208161>.
- [4] Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0525-0>.
- [5] Onchonga D, Várnagy Á, Keraka M, Wainaina P. Women's experience from midwife-led, integrated pre-birth training; and its influence on childbirth fear: a qualitative interview study. *Sex Reproduct Healthcare* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100512>.
- [6] 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. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>.
- [7] Bell AE, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery* 2016. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>.
- [8] Polacek IS, Harari LH, Baum M, Strous RD. Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during the last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2014.
- [9] World Health Organization. Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. WHO 2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1> <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
- [10] Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>.
- [11] Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the childbirth self-efficacy inventory. *Res Nurs Health* 1993. <https://doi.org/10.1002/nur.4770160209>.
- [12] Carquillat P, Vendittelli E, Perneger T, Guittier MJ. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy Childbirth* 2017. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1462-x>.
- [13] Rodríguez Coll P, Casañas Sánchez R, Collado Palomares A, Maldonado Aubián G, Vicente García M, Escutier Peiro R. Proceso de adaptación cultural del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)". *Enf Global [Internet]* 2020;19(4):289-321. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402271>.
- [14] Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the childbirth experience questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1100-z>.
- [15] Caballero P, Delgado-García BE, Orts-Cortes I, Moncho J, Peceyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of Mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregn Childbirth* 2016;16:78. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0862-7>.
- [16] Epstein J, Santo RM, Guillemin E. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol* 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>.
- [17] Polit D, Beck C. Nursing research. Appraising evidence for nursing practice. *Essentials of Nurs Res Apprais Evid Nurs Pract* 2014. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12242>.
- [18] Cangui S, Ercan I. Comparison of model fit indices used in structural equation modeling under multivariate normality. *J Mod Appl Stat Methods* 2015.
- [19] Forza C, Filippini R. TQM impact on quality conformance and customer satisfaction: a causal model. *Int J Prod Econ* 1998. [https://doi.org/10.1016/S0925-5273\(98\)00007-3](https://doi.org/10.1016/S0925-5273(98)00007-3).
- [20] Ishiyaku B, Kasim R, Harir AI. Confirmatory factorial validity of public housing satisfaction constructs. *Cogent Bus Manage* 2017. <https://doi.org/10.1080/23311975.2017.1359458>.
- [21] Peters G-JY. The alpha and the omega of scale reliability and validity. *Eur Heal Psychol* 2014.
- [22] Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>.
- [23] Kabakian-Khasholian T, Porteda A. Companion of choice at birth: factors affecting implementation. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1447-9>.
- [24] Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2>.
- [25] Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Culbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>.
- [26] Henriksen L, Grimstad E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience – a mixed methods study. *Midwifery* 2017. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>.
- [27] García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clínica* 2009. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2008.09.007>.

- [28] Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* 2016. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016>.
- [29] Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2>.
- [30] Ulfssdottir H, Nissen E, Ryding EL, Lund-Egl off D, Wiberger-Itzel E. The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-208>.

8.2 Artículo 3

Rodríguez Coll P, Casañas Sánchez R, Collado Palomares A, Maldonado Aubián G, Durán Muñoz F, Espada-TresPalacios X, Rodríguez Martínez A, Escuriet Peiro R. [Women's childbirth Satisfaction and obstetric outcomes comparison between two birth hospitals in Barcelona with different level of assistance and complexity](#). Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2021; 12 (1). DOI: <https://10.15452/CEJNM.2020.11.0038>



ORIGINAL PAPER

WOMEN'S CHILDBIRTH SATISFACTION AND OBSTETRIC OUTCOMES COMPARISON BETWEEN TWO BIRTH HOSPITALS IN BARCELONA WITH DIFFERENT LEVEL OF ASSISTANCE AND COMPLEXITY

Pablo Rodríguez Coll¹ , Rocío Casañas² , Anna Collado Palomares³ , Gladys Maldonado Aubián⁴, Florencio Duran Muñoz³, Xavier Espada-Trespalcios⁵ , Ana Rodríguez Martínez⁶, Ramón Escuriel Peiro⁷ 

¹Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Spain

²Research Department Centre d'Higiene Mental Les Corts, Barcelona, Spain

³Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus, Barcelona, Spain

⁴Fundació Sanitària Mollet, Mollet del Vallès, Barcelona, Spain

⁵Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers, Barcelona, Spain

⁶Santa Lucia General University Hospital, Murcia Health Service, Cartagena, Murcia, Spain

⁷Health and Integrated Care division, Catalan Health Service, Barcelona, Spain

Received August 9, 2020; Accepted December 28, 2020. Copyright: This is an open access article under the CC BY-NC-4.0 license.

Abstract

Aim: Barcelona Hospital Campus Vall D'Hebron (Hospital A) and Hospital Mollet (Hospital B) provide women with humanized maternity care, but there are differences in dimension and complexity. This study describes the obstetrical results and women's childbirth satisfaction of these two Spanish hospitals. **Design:** A correlational descriptive study was conducted with 194 postpartum women. **Methods:** Satisfaction and birth experience were evaluated using the CEQ-E and the MCSRSS questionnaires. A bivariate and discriminant analysis was conducted to evaluate the relationship between satisfaction and the recorded variables. **Results:** There were significant differences between both hospitals in prenatal class attendance ($p = 0.006$), same midwife during all process ($p = 0.000$), and mode of delivery ($p = 0.009$). Significant association was found among overall satisfaction and immediate breastfeeding in the delivery room ($p = 0.050$), skin-to-skin contact ($p = 0.004$), beginning of labour ($p = 0.031$), and delivery mode ($p = 0.011$). The total questionnaires scores mean of CEQ-E and MCSRSS were Hospital A 66.97 and 130.64; Hospital B 67.98 and 129.98, respectively. Women at both hospitals were satisfied with different aspects. **Conclusion:** Despite obtaining similar results in both hospitals, there are better obstetrical outcomes in hospital B with less complexity. However, women's satisfaction scores are slightly different in certain questionnaires subscales between both hospitals.

Keywords: childbirth, hospital, questionnaire, satisfaction, women.

Introduction

The birth process represents a unique and special moment in a couple's life when the new roles of father and mother are adopted (Tedesco et al., 2004). Multiple studies (Conesa Ferrer et al., 2016; Goodman et al., 2004; Hodnett, 2002; Melender, 2006) associate birth satisfaction with fulfilling personal expectations, being in control during childbirth, receiving detailed and complete information related to the birth process so pregnant women can participate in the decision-making process, being accompanied by a person of their choice, receiving support from and interacting with

health professionals, focusing on pain management and perception during birth, and experiencing the physical comfort of the postnatal ward, as well as obstetrics factors such as antenatal class assistance, and the onset and type of labour. On the other hand, birth dissatisfaction can also provoke a preference for C-section in future births, negative feelings toward breastfeeding, worse postpartum psychological adaptation, and also a higher abortions rate (Harvey et al., 2002).

Taking into account the consequences about birth satisfaction described above, it is necessary to investigate which factors related to women's childbirth satisfaction as a maternity care quality standard to help women achieve positive birth experiences (Mei et al., 2016). Related to quality

Corresponding author: Pablo Rodríguez Coll, Hospital Germans Trias i Pujol, Carretera de Canyet s/n, 08916, Badalona, Barcelona, Spain; email: pablo.rodriguez.coll@gmail.com

indicators of maternity services, Biurrun Garrido and Goberna Tricas (2013) identified three crucial factors that women consider essential: hospital environment security, the human dimension between health professionals and pregnant women, and structural aspects.

In this context, it is necessary to count with tools to evaluate birth satisfaction. Questionnaires for assessing birth experience have been created in many languages; however, most of them have been designed and used in a context very different from the Spanish one. The most important ones are the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Spanish (MCSRSS) (Caballero et al., 2016) and the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) (Soriano-Vidal et al., 2016) in their Spanish validated versions. They are useful instruments for measuring isolated childbirth aspects or birth satisfaction only in first-time mothers. As a multidimensional questionnaire, the Questionnaire for Assessing Childbirth Experience (QACE) (Carquillat et al., 2017) assesses four important aspects related to childbirth experience, but at present is only available in English and French.

The concept of “Humanizing Birth” appeared for the first time in a conference held in Brazil in the year 2000 (Brasil Ministry of Health, 2002). It places women in labour in the centre of the process, letting them participate in birth decisions and promoting their autonomy, beliefs, and feelings. However, hospitals cannot always assure this new childbirth care model; among the barriers against this paradigm are factors such as university hospitals, the lack of midwife authority in hospitals, limited staff resources, and a high level of unnecessary medical interventions (Behruzi et al., 2011; Senti & LeMire, 2011).

International organizations implemented new guidelines like the World Health Organization intrapartum care initiative (World Health Organization [WHO], 2018). Spain also adhered to this tendency and developed new guidelines and initiatives, based on recent scientific evidence, such as: “Normal Birth Initiative” (FAME, 2006) or Care Strategy for Normal Childbirth (Spanish Ministry of Health and Consumer’s Affaires, 2008), which changed professionals and women minds regarding birth assistance. Some years later, the WHO (2016), established a guideline composed of antenatal care recommendations to prioritize person-centred health and well-being for pregnant women and newborns, enhancing their experience of pregnancy and ensuring respectful maternity care.

Aim

The objective of this study was to identify if there were differences in the factors related to childbirth satisfaction and / or childbirth experience between both birth hospitals with different levels of assistance and complexity and also to contrast the obstetrical results.

Methods

Design

A co-relational, cross-sectional descriptive study was conducted.

Sample

For probabilistic sample size calculation, the granno programme (Marrugat, 2012) was used. Accepting an alpha risk of 0.05 and a beta risk of 0.2 in a two-sided test, 94 subjects were necessary for the first group, and 94 in the second, to find as statistically significant a proportion difference, expected to be of 0.95 in group one and 0.81 in group two. A dropout rate of 20% has been anticipated. It should be taken into consideration that group one is Hospital Vall D’Hebron, which assists more deliveries than Hospital de Mollet.

Data collection

Study setting and participants

The scope of this study corresponded to the Barcelona Hospital Campus Vall D’Hebron and the Hospital de Mollet, which both belong to the accredited public healthcare network but differ in dimension and complexity: the first one is an 800-bed high-tech academic hospital with a high capacity to admit patients of any complexity; the second is a 160-bed regional university hospital. Both have different governance: the first one is publicly financed with a budget approved by the Catalan Parliament; the second is a non-profit foundation that contracts services with the Catalan Health Service.

One is located in the city of Barcelona (hereafter referred to as Hospital A) and the other in the city of Mollet del Vallés (hereafter referred to as Hospital B).

Following the classification by the number of births of the Care Strategy for Normal Childbirth (Spanish Ministry of Health and Consumer’s Affaires, 2008) Hospital A is located at Level 4 (more than 2,400 births / year) and the other one is classified at Level 2 (more than 600 and less than 1,200 births / year).

The main differences between these birth hospitals are the presence of health sciences students in Hospital A and no medical and nursing students in Hospital B. Most of the births in Hospital B are

attended by professional midwives, while in Hospital A births are attended by midwives, students, and / or gynaecologist residents. Both hospitals provide all women with humanized maternity care. Women in labour have multifunctional delivery rooms (labour, birth, and the postpartum period happens there). Women in labour and their companions have enough privacy for themselves. They have enough space for using birth balls and adopting different postures during the birth process. For pain relief, both hospitals also use non-pharmacological methods, such as breathing techniques, massages, warm compresses, and massages in lumbosacral area music therapy, all of them provided by midwives' care. However, Hospital B also has aromatherapy and a bathtub for dilation and birth, and women in Hospital A can use a walking epidural with a small amount of anaesthesia.

Participants were recruited in the obstetric consultant, delivery room, or hospitalization ward. The information sheet and the informed consent were explained to participants.

Recruitment was continuous from April to August 2019. MCSRSS and CEQ-E were sent to the participants online between one and three months postpartum, with a questionnaire on socio-demographic and clinical variables. If the questionnaires were not answered, researchers contacted participants to remind them.

The inclusion criteria were: a) being of legal age; b) being able to understand enough Spanish language; c) having a minimum amount of computer knowledge to answer an online questionnaire. Women who could not understand the Spanish language were excluded from the study.

Main Validity Measures

Women's satisfaction was measured using MCSRSS and CEQ-E in their Spanish validated versions (Caballero et al., 2016; Soriano-Vidal et al., 2016).

MCSRSS is a questionnaire used to evaluate childbirth satisfaction. It consists of 34 items questionnaire grouped into six sub-scales: labour, birth, newborn, companion and comfort, midwife, and obstetrician. Additionally, it contains the last subscale for the global assessment of the birth experience. Items use a five-point Likert scale, ranging from "very dissatisfied" to "very satisfied". The answer format was coded as follows: 1 (very dissatisfied); 2 (dissatisfied); 3 (neither satisfied nor dissatisfied); 4 (satisfied); and 5 (very satisfied). Higher points indicate better childbirth satisfaction.

CEQ-E is used to evaluate women's perceptions about labour; moreover, this instrument can measure

birth-related aspects regardless of women parity. It contains 22 statements assessing four domains of the childbirth experience, 19 items of the questionnaire using a four-point Likert Scale, and the other three a Visual Analogue Scale (VAS). To analyse the score data, the answer format of the four-point Likert scale was coded as follows: 1 (totally disagree); 2 (mostly disagree); 3 (mostly agree); and 4 (totally agree). Negatively worded item scores (items 3, 4, 9, and 11) are reversed. The VAS-scale scores are transformed to categorical values: 0-3 = 1; 4-6 = 2; 7-8 = 3; and 9-10 = 4. The scores of negative item 10 were transformed to the following categorical values: 0-2 = 4; 3-4 = 3; 5-7 = 2; and 8-10 = 1. Higher scores indicate a better childbirth experience.

Data analysis

Student's t-test was used, with unspooled SD, to compare the means of both questionnaires. Contingency tables were tested by the χ^2 function. A p-value of < 0.05 was required for statistical significance. Discriminant analysis (DA) was performed to evaluate which variables contribute most to the discrimination of both hospitals. All the statistical analyses were conducted using SPSS V.25.0 for Windows.

Results

Descriptive statistics

194 women answered the questionnaires completely between one and three months after delivery. The mean age of participants was 32.78 years (SD = 5.45; range 20-48).

Study population characteristics are shown in Table 1. The analysis showed a significant difference in the variable "education" between both hospitals ($p = 0.027$); 56% of participants were women with university studies in the Hospital A, and there was only 35% in the other group. Related to attendance to prenatal classes, there was a higher percentage in Hospital A (almost 60%) versus 20% in Hospital B ($p = 0.006$). There was also a significant difference in parity ($p = 0.000$).

Table 2 lists the birth-related data. There were significant differences in the mode of delivery, the length of labour, the same midwife present throughout the process, the early skin-to-skin contact, and the food and drink allowed during labour. Although Hospital B had a higher number of normal vaginal deliveries than Hospital A (74% vs. 54%), the obstetrical outcomes were very similar in both hospitals. A more spontaneous beginning of labour, less instrumental births, and less length of labour

Table 1 Socio-demographic data of the study population (n = 97)

Variable	Barcelona Hospital Campus Vall D'Hebron n (%)	Hospital de Mollet n (%)	p-value
Age (year)			
19–38	79 (81)	77 (79)	0.710
≥ 38	18 (19)	20 (21)	
Nationality			
Spain	84 (86)	81 (83)	0.780
other European countries	3 (3)	5 (5)	
South American	8 (9)	2 (2)	
African	2 (2)	9 (10)	
Marital status			
single	51 (53)	49 (51)	0.640
married	42 (43)	46 (47)	
separated / divorced	4 (4)	2 (2)	
Education			
no studies	2 (2)	1 (1)	0.020*
elementary school	22 (22)	33 (34)	
bachelor	19 (20)	29 (30)	
university	54 (56)	34 (35)	
Employment status			
employed	85 (88)	74 (77)	0.100
unemployed	12 (12)	23 (23)	
Parity			
primiparous	65 (68)	38 (40)	0.000*
multiparous	32 (33)	59 (60)	
Prenatal classes attendance			
yes	58 (60)	39 (40)	0.000*
no	39 (40)	58 (60)	
Planned pregnancy			
yes	76 (78)	72 (74)	0.500
no	21 (21)	25 (25)	
Voluntary interruption of pregnancy			
0	82 (85)	79 (82)	0.830
1–2	14 (14)	15 (15)	
≥ 2	1 (1)	3 (3)	

*Items with a statistically significant $p < 0.05$

occurred in Hospital B than in Hospital A (Table 2). It is also important to take into account that in Hospital B, women in labour were accompanied by the same midwife in the birth process in 83% of cases versus 55% in Hospital A.

Overall satisfaction and socio-demographic and birth data

In terms of general satisfaction, significant association was found among overall satisfaction and food and drink allowed during labour, immediate breastfeeding in the delivery room and skin-to-skin contact, the beginning of labour, and mode delivery. Results of overall satisfaction and socio-demographic and birth data are shown in Table 3.

Means of both questionnaires

The total CEQ-E questionnaire score was 92. At Hospital A, the mean score was 66.67

(SD = 11.41) and at Hospital B it was 67.98 (SD = 11.29) with no significant association ($p = 0.358$).

The total MCRSS questionnaire score was 170. At Hospital A, the mean score was 130.64 (SD = 34.01) and at Hospital B it was 129.28 (SD = 39.94) with no significant association ($p = 0.700$).

Comparison of the questionnaire results per item

Tables 4 and 5 indicate the comparison of the questionnaire results per item. In the statistical analysis, statistical differences in three of the six subscales of the MCSRSS questionnaire were found: obstetrician, newborn, and companion and comfort. Although most of the women in Hospital A were slightly more satisfied in most subscales, women in Hospital B were more satisfied in the midwife subscale than women in Hospital A, specifically

Table 2 Birth related data of the study population (n = 97)

Variable		Barcelona Hospital Campus Vall D'Hebron n (%)	Hospital de Mollet n (%)	p-value	
Beginning of labour	spontaneous	52 (54)	63 (65)	0.221	
	induction	40 (41)	32 (33)		
	scheduled c-section	5 (5)	2 (2)		
Gestational weeks	≤ 37	3 (3)	0 (0)	0.176	
	37–41	74 (77)	80 (83)		
	> 41	20 (20)	17 (17)		
Pain relief	no pain relief	2 (2)	1 (1)	0.055	
	epidural / intradural	89 (91)	81 (83)		
	epidural and other pain relief methods	29 (29)	19 (19)		
	use of heat and lumbar massage	0 (0)	1 (1)		
	use of birth ball	1 (1)	3 (3)		
	shower / bathtub	0 (0)	2 (2)		
	alternative pain relief	5 (5)	9 (9)		
	normal vaginal	52 (54)	72 (75)		0.009*
	instrumental vaginal c-section	44 (45)	22 (22)		
1 (1)	3 (3)				
Length of labour (hours)	0–5	25 (25)	42 (43)	0.002*	
	5–10	24 (24)	32 (33)		
	10–15	17 (17)	11 (34)		
	> 15	31 (31)	12 (12)		
Condition of the perineum	intact perineum	45 (47)	45 (47)	0.981	
	any degree	27 (28)	26 (27)		
	episiotomy	25 (25)	26 (26)		
Breastfeeding choice	formula feeding	11 (11)	11 (11)	0.803	
	natural breastfeeding	86 (89)	86 (89)		
Immediate breastfeeding in the delivery room	yes	74 (76)	83 (85)	0.208	
	no	13 (13)	11 (11)		
Same midwife all birth process	yes	53 (55)	80 (83)	0.000*	
	no	44 (45)	17 (17)		
Accompanied by a person of their choice	yes	96 (99)	95 (98)	0.561	
	no	1 (1)	2 (2)		
Immediate skin-to-skin contact	yes	75 (78)	86 (89)	0.036*	
	no	22 (22)	11 (11)		
Food and drink allowed during labour	yes	59 (60)	44 (46)	0.031*	
	no	38 (40)	53 (54)		

*Items with a statistically significant $p < 0.05$

in the physical care provided by midwives (58% vs. 47%) and support provided by their companion during birth (68% vs. 58%).

On the other hand, statistical differences were found in one of the four subscales of the CEQ-E questionnaire: “own capacity”.

Women in Hospital B felt more pain during childbirth than women in Hospital A. It is also important to take into account that in the subscale of professional support, women in hospital B obtained better results than in Hospital A in the time devoted

to women by midwives (94% vs. 87%). Furthermore, in the subscale of perceived safety, women's memories of childbirth make them feel more depressed in Hospital A than in Hospital B (48% vs. 37%).

The Discriminant Analysis showed which items contributed most to the discrimination of both hospitals: “personal interest and attention are given to you by obstetricians in labour and delivery”, “your baby's physical condition at birth”, and “your comfort level during birth”.

Table 3 General satisfaction with childbirth experience and socio-demographic and birth data Contingency table

Socio-demographic and birth data	p-value
Ethnicity / nationality	0.078
Marital status	0.690
Education level	0.534
Employment status	0.968
Voluntary interruption of pregnancy	0.581
Prenatal classes	0.400
Age	0.691
Food and drink allowed during labour	0.000*
Planned pregnancy	0.536
Immediate breastfeeding in the delivery room	0.050*
Breastfeeding choice	0.138
Immediate skin-to-skin contact	0.004*
Same midwife all birth process	0.069
Condition of the perineum	0.065
Accompanied by a person of their choice	0.063
Pain relief	0.643
Mode of delivery	0.011*
Length of labour	0.143
Beginning of labour	0.031*
Gestational weeks	0.870
Parity	0.615

*Items with a statistically significant $p < 0.05$

Table 4 Comparative of the MCSRSS questionnaire results per items and subscales

Subscale Item*	Barcelona Hospital Campus Vall D'Hebron n (%)					Hospital de Mollet n (%)					p-value
	VS	S	NS / ND	D	VD	VS	S	NS / ND	D	VD	
Subscale Obstetrician											
20. The technical knowledge, ability, and competence of obstetricians	44 (45)	28 (29)	15 (15)	3 (3)	7 (7)	52 (54)	17 (18)	9 (9)	5 (5)	14 (14)	0.104
24. The personal interest and attention given to you by obstetricians	39 (40)	29 (30)	17 (18)	5 (5)	7 (7)	55 (57)	16 (16)	8 (8)	5 (5)	13 (13)	0.021**
Subscale Midwife											
17. The physical care you received from midwives	46 (47)	26 (27)	15 (15)	3 (3)	7 (7)	56 (58)	20 (21)	8 (8)	3 (3)	10 (10)	0.352
27. The time midwives spent with you.	34 (35)	26 (27)	25 (26)	5 (5)	7 (7)	38 (39)	21 (22)	17 (18)	7 (7)	14 (14)	0.293
31. Midwives' sensitivity to your needs	42 (43)	26 (27)	17 (18)	5 (5)	7 (7)	47 (48)	19 (20)	11 (11)	6 (6)	14 (14)	0.279
Subscale Labour											
8. The control over your emotions	26 (27)	33 (34)	25 (26)	7 (7)	6 (6)	30 (31)	31 (32)	17 (18)	7 (7)	12 (12)	0.424
Subscale Birth											
4. The participation in decision-making	29 (30)	26 (27)	28 (29)	6 (6)	8 (8)	31 (32)	24 (25)	21 (22)	7 (7)	14 (14)	0.582
Subscale Newborn											
14. The baby's physical condition	50 (52)	21 (22)	10 (10)	5 (5)	11 (11)	57 (59)	13 (13)	1 (1)	7 (7)	19 (20)	0.016**
Subscale Companion and comfort											
7. The comfort level during birth	32 (33)	24 (25)	29 (30)	6 (6)	6 (6)	22 (23)	37 (28)	14 (14)	10 (10)	14 (14)	0.007**

*Only items with significant results or significant value appear in the table; **Items with a statistically significant $p < 0.05$; VS – very satisfied; S – satisfied; NSND – neither satisfied nor dissatisfied; D – dissatisfied; VD – very dissatisfied

Table 5 Comparative of the CEQ-E questionnaire results per item

Subscale item *	Barcelona Hospital Campus Vall D'Hebron n (%)				Hospital de Mollet n (%)				p- value
	TA	A	D	TD	TA	A	D	TD	
Own capacity									
20. As a whole, how painful did you feel childbirth was?	16 (16)	23 (24)	22 (23)	32 (33)	32 (33)	29 (30)	19 (20)	17 (18)	0.010**
Professional support									
14. My midwife devoted enough time to my partner	55 (57)	26 (27)	10 (10)	6 (6)	63 (65)	23 (24)	8 (8)	3 (3)	0.583
Perceived safety									
8. I have many negative memories from childbirth	6 (6)	19 (20)	35 (36)	37 (38)	8 (8)	12 (12)	29 (30)	48 (49)	0.164
Participation									
12. I felt I could have a say in the choice of pain relief	38 (39)	13 (13)	24 (25)	11 (11)	40 (41)	22 (23)	11 (11)	24 (25)	0.875

*Only items with significant results or significant value appear in the table; **Items with a statistically significant $p < 0.05$; A – agree; D – disagree; TA – totally agree; TD – totally disagree

Discussion

According to the results found in our study, there was a significant difference in the education level and attendance to prenatal classes between both hospitals; the reason could be explained by the geographical areas where both hospitals are located, in areas with lower socio-economical levels, in line with the results obtained in a recent study (Gluck et al., 2020).

Our results also showed a significant difference in the importance of being accompanied by the same midwife during the birth process. These results could have been influenced by the different hospital shifts of 12 and 24 hours. However, the existence of this continuous shifts allows for the maintenance of the quality standard of one-to-one care proposed in 2017 by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017), since it contributes to reducing both the length of labour and the number of operative deliveries, as shown by our outcomes, which are in line with other authors' results (Bohren et al., 2017; Eke, 2017; Sehhati et al., 2012; Sydsjö et al., 2015).

Although obtaining a significant difference in attendance to prenatal classes and the fact of being accompanied by the same midwife in the birth process between both hospitals, there were no significant association among overall satisfaction and the previous variables ($p = 0.400$ and $p = 0.069$, respectively), in contrast to the results obtained by other authors (Bernitz et al., 2016; Jafari et al., 2017). Despite literature supporting the positive impact of attending prenatal classes and using the same professional during childbirth, further research is needed to identify the factors of the underuse of these aspects in our Spanish context.

In our research, results obtained when comparing overall satisfaction and the different variables revealed on the one hand – and in line with previous research (Kempe & Vikström-Bolin, 2020) – that the mode of delivery and the beginning of labour were variables affecting childbirth satisfaction; the fact of having spontaneous labour ending in normal delivery seems to have a very positive influence on childbirth satisfaction in the mothers of our study population. On the other hand, parity was not related to childbirth satisfaction according to our results and agrees with another study carried out in a Spanish hospital (Sánchez Fortis et al., 2018).

In terms of general satisfaction, the satisfaction levels in childbirth experience of both hospitals were high: Hospital A was 73% and Hospital B was 78%, which are in line with the last study carried out in Cataluña, where childbirth satisfaction's levels reached 83% (Servei Català de la Salut [Catalan Health Service], 2016). In the MCSRSS questionnaire analysis results, statistical differences were found in three of the six subscales. According to our results, the highest satisfaction levels were obtained in the items "The help and support you received from a companion in birth" and "The amount of time that passed before you first held your baby", these results agree with previous studies carried out in Spain (López-Mirones et al., 2017; Marín-Morales et al., 2013).

In contrast to the original study of CEQ questionnaire development (Dencker et al., 2010), statistical differences were not found in the "perceived security" subscale. Nevertheless, the time that midwives devoted to women obtained levels of satisfaction higher than 93%, especially in Hospital B. In clinical practice, satisfaction levels equal to or

higher than 90% can be considered as a good healthcare quality indicator.

Furthermore, it is important to underscore that statistical differences were found in an item related to childbirth pain: women in Hospital B perceived to feel more pain during childbirth than women in Hospital A (66% vs. 40%). We encourage the team leaders and policymakers of Hospital B to investigate dissatisfaction causes of pain management during birth to provide maternity quality care.

Our study has several strengths; first, it is the first study in describing and comparing childbirth satisfaction and experience in Spanish women who live in Cataluña from two different birth hospitals. Besides, methodologically, this study has used the validated Spanish versions of both questionnaires instead of modified versions of the validated one in other Spanish researches. There is, therefore, a need for broader discussion related to evaluating Spanish women's childbirth satisfaction and / or experience because very little research is carried out in our country.

The main limitation of this study was the method used for obtaining data throughout an online questionnaire after the first postpartum month. In some cases, to obtain the participants' answer and to achieve the sample size, researchers had to recall them up to three times. Furthermore, answers can also be influenced by the women's mood or the time elapsed between childbirth and the day of answering the questionnaire, as another author states (Waldenström, 2004).

Finally, it is important to mention that this paper supports the results obtained in previous researches, which showed that childbirth satisfaction is related to the mode of delivery and the beginning of labour. However, contrary to current scientific literature, there was no significant relationship between attendance to birth classes and birth satisfaction, opening the door to determine the non-attendance causes of these classes in the Spanish population.

Conclusion

In conclusion, there are better obstetrical outcomes in the hospital with less complexity than the hospital with more complexity and dimension, where most of the births are attended by health sciences students instead of skilled and experienced midwives.

In terms of birth satisfaction, similar results were obtained in both hospitals. However, women's satisfaction scores during labour, birth, and the immediate postnatal period are slightly different in certain questionnaires subscales between the

participant hospitals. Healthcare professionals involved should maintain the same implication up to now to achieve the birth satisfaction levels obtained and improve them even more. Therefore, subsequent research should be focused on comparing satisfaction and childbirth experience among different birth centres where obstetric health providers and managers should promote strategies to achieve an optimum configuration of childbirth care based on the current needs of women and empowering them. It is also important to stress the importance of including women in their care and letting them participate in the decision-making process related to their birth.

Ethical aspects and conflict of interest

The Research Ethics Committees of Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus and Fundació Sanitaria Mollet both reviewed and approved the study, identification numbers PR (AMI) 413/2018 approved 19/11/2018 and PR 220/2018 approved 01/12/2018 respectively. According to the Spanish General Regulation of May 24 2016 on data protection, it will be only used for which it was collected. All participants signed informed consent. The participants of the study were informed of the voluntariness of the study and agreed to complete the online questionnaire and also to the use of their hospital records. It was granted their confidentiality.

All authors have no conflict of interest to report.

Acknowledgments

First of all, we would like to express our special thanks to Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus and Fundació Sanitaria Mollet for allowing us to conduct this research. To collaborating researchers for all the effort and support, they have provided to us and finally, we would like to thank all of our postpartum women who have voluntarily participated in the study.

This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors.

Author contributions

PRC provided the conception and design of the study, CEIC application, acquisition of data, online database creation, analysis and interpretation of data, drafting the article, revised it critically for important intellectual content, and final approval of the version to be submitted; ACP, GMA, FDM and XET declare that they have participated in the study supplying the acquisition of data, collecting of sample needed, drafting of manuscript and analysis and

interpretation; ARM, RC and REP declare that they have participated in the study being responsible for reviewing the article critically for important intellectual content; and final approval of the version to be submitted.

References

- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., & Fraser, W. (2011). The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health*, 11, 53. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-53>
- Bernitz, S., Øian, P., Sandvik, L., & Blix, E. (2016). Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 143. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0932-x>
- Biurrun Garrido, A., & Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica [Humanising the job of childbirth: the need for a definition of the concept. Review of the bibliography]. *Matronas Profesión*, 14(2), 62–66.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Brasil Ministry of Health. (2002). *Programa Humanização do parto* [Birth humanization programme]. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- Caballero, P., Delgado-García, B. E., Orts-Cortes, I., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., & Nolasco, A. (2016). Validation of the Spanish version of Mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 78. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0862-7>
- Carquillat, P., Vendittelli, F., Perneger, T., & Guittier, M. J. (2017). Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 279. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1462-x>
- Conesa Ferrer, M. B., Canteras Jordana, M., Ballesteros Meseguer, C., Carrillo García, C., & Martínez Roche, M. E. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 6, e011362. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011362>
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-81>
- Eke, A. C. (2017). How does continuous support affect outcomes for pregnant women during childbirth? *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003766. <https://doi.org/10.1002/cca.1851>
- FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) [Federation of Spanish Midwives' Associations]. (2006, June). *Iniciativa al Parto Normal. Documento de Consenso* [Normal Birth Initiative. Consensus Document]. <https://www.federacion-matronas.org/informacion-de-interes-para-profesionales/iniciativa-parto-normal-de-la-fame/>
- Gluck, O., Pinchas-Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J., & Kovo, M. (2020). The impact of childbirth education classes on delivery outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3), 300–304. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13016>
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 18(4), 260–267. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0317>
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl 5), 160–172. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70189-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70189-0)
- Jafari, E., Mohebbi, P., & Mazloomzadeh, S. (2017). Factors related to women's childbirth satisfaction in physiologic and routine childbirth groups. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3), 219–224.
- Kempe, P., & Vikström-Bolin, M. (2020). Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 156–159. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.041>
- López-Mirones, M., Alonso-Salcines, A., Terán-Muñoz, O., García-González, C., Laurrieta-Saiz, I., & González-Maestro, M. (2017). Satisfacción materna en el área de partos según la escala Mackey [Maternal satisfaction according to the Mackey scale]. *Nuberos Científica*, 3(21), 36–43.
- Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F. J., Peñacobla-Puente, C., Olmos Albacete, R., & Toro Molina, S. (2013). Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the women's views of birth labour satisfaction questionnaire. *Midwifery*, 29(12), 1339–1345. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.015>
- Marrugat, J. (2012, April). *Calculadora de Tamaño muestral GRANMO* [GRANMO sample size calculator]. Barcelona Medical Research Municipal Institute. <https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
- Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). Birth plans: what matters for birth experience satisfaction. *Birth*, 43(2), 144–150. <https://doi.org/10.1111/birt.12226>
- Melender, H.-L. (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(5), 331–339. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.02.009>
- NICE (National Institute for Healthcare and Excellence). (2017, February). *Quality statement 2: One-to-one care | Intrapartum care | Quality standards*. U. K. National Institute for Healthcare and Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/Quality-statement-2-One-to-one-care>
- Sánchez Fortis, A., Sánchez Fortis, C., & Pozo Cano, M. D. (2018). Satisfacción de las mujeres con la atención al parto [Satisfaction of women with delivery care]. *Matronas Hoy*, 1(6), 31–36.
- Sehhati, F., Najjarzadeh, M., Seyyedrassouli, A., & Zamanzadeh, V. (2012). Effect of continuous midwifery

- care on length of labor. *Journal of Caring Sciences*, 1(1), 47–52. <https://doi.org/10.5681/jcs.2012.007>
- Senti, J., & LeMire, S. D. (2011). Patient satisfaction with birthing center nursing care and factors associated with likelihood to recommend institution. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(2), 178–185. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181fe93e6>
- Servei Català de la Salut [Catalan Health Service]. (2016, October). *Estudi satisfacció embaràs part puerperi 2016* [2016 Birth and puerperium satisfaction study]. Catalan Health Service CatSalut. https://catsalut.gencat.cat/web/contenut/minisite/catsalut/ciut_adania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/enquestes_satisfaccio/atencio_embaras_part_puerperi/2016/EPP_2016.pdf
- Soriano-Vidal, F. J., Oliver-Roig, A., Cabrero-García, J., Congost-Maestre, N., Dencker, A., & Richart-Martínez, M. (2016). The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 372. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1100-z>
- Spanish Ministry of Health and Consumer's Affairs. (2008). *Strategy for Assistance at Normal Childbirth in the National Health System 2007*. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoNormalEnglish.pdf>
- Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 115. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0548-6>
- Tedesco, R. P., Maia Filho, N. L., Mathias, L., Benez, A. L., de Castro, V. C. L., Bourroul, G. M., & dos Reis, F. I. (2004). Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto [Primigravid expectations about the delivery method and the causal factors for their choice]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 26(10), 791–798. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032004001000006>
- Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31(2), 102–107. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x>
- WHO (World Health Organization). (2016, January). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- WHO (World Health Organization). (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

9. CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN

Este estudio muestra la adaptación transcultural y la validación del QACE en su versión para población española mostrando unas propiedades métricas adecuadas y estabilidad en el tiempo similares a las del cuestionario original. El QACE es una herramienta útil para identificar mujeres que hayan tenido una experiencia negativa en su proceso de parto.

Los procesos de traducción y adaptación necesarios han garantizado la equivalencia semántica, normativa y conceptual del QACE a la población española a la que va dirigida, elaborando así el Cuestionario de la Evaluación de la Experiencia en el Parto o CEEP.

Aunque la evidencia científica existente acerca de la validación de instrumentos de salud es muy variada¹¹⁴⁻¹¹⁵, las guías específicas comparten la necesidad de incluir, al menos, los siguientes aspectos: la traducción, la retro-traducción y la evaluación de comprensibilidad. La comprensibilidad es uno de los aspectos más importantes en la validación de instrumentos de salud, como menciona Alonso et al. al citar a Moriyama¹¹⁶ indicando que el instrumento debe ser comprensible y razonable. Como demuestran los resultados de este estudio, el sondeo de comprensibilidad demostró una aceptabilidad y la factibilidad de la autoadministración del CEEP excelentes. Asimismo, autores expertos en el tema de validación de instrumentos como Sousa¹¹⁷ han afirmado que se obtienen resultados muy satisfactorios cuando se mezcla la metodología cuantitativa con la cualitativa a la hora de adaptar cuestionarios. Es por ello, que, en el proceso de adaptación, se realizaron entrevistas cognitivas a mujeres postparto para conocer si entendían lo que se preguntaba en cada ítem del cuestionario, o si algún ítem contenía palabras o frases que pudiesen ser ofensivas para la población a la que va dirigida. Como resultado de las aportaciones surgidas en la entrevista, se modificó la palabra “pareja” por “acompañante” ya que podría ser ofensiva para madres solteras, proporcionando así una nueva perspectiva del cuestionario. Otro de los aspectos importantes en la adaptación de cuestionarios, es la solicitud del permiso a los autores originales¹¹⁸, en este estudio no sólo se pidió y

se obtuvo el permiso de la autora, sino que se le reenvió la versión definitiva con los cambios propuestos y accedió a modificar el cuestionario original, abriendo una línea nueva de investigación donde autores de los cuestionarios originales y adaptados deberían estar en contacto para comentar los resultados obtenidos en el proceso de adaptación transcultural. Aunque en nuestro estudio se obtuvo una muestra inferior a la del estudio original (268 de 291), la tasa de respuesta fue mayor, de un 71,47% frente al 61% del estudio original.

En cuanto al análisis factorial del CEEP, a pesar de haber seguido una metodología estricta¹¹⁹⁻¹²¹ obtener un índice KMO mayor de 0,80, un test de Barlett menor de 0,5 y un factor de carga de cada ítem mayor de 0,40 que confirma que el análisis factorial es confirmatorio, se tuvo que modificar la estructura del cuestionario original para obtener mejores resultados. En la estructura factorial, se suprimieron tres ítems del cuestionario cuyas cargas factoriales eran inferiores a 0,40 (ítems 12 “se alivió el dolor cuando lo pedí”, 20 “estoy orgullosa de mí misma” y 22 “siento que he fracasado”). El hecho de tratarse de ítems confusos y negativos ha podido contribuir a que tengan un peso menor que otros. Aunque la carga factorial del ítem 15 “el apoyo de mi acompañante me ayudó” era de 0,161, se mantuvo el ítem en el cuestionario ya que los organismos internacionales hacen mucho hincapié en el papel del acompañante, además fue un aspecto destacado en las entrevistas cognitivas de las mujeres púerperas a la hora de la adaptación del cuestionario. El análisis factorial de la versión original del QACE no fue satisfactorio y se excluyeron diez ítems por las incompatibilidades existentes⁷⁴. Sin embargo, en nuestro estudio el análisis factorial mostró un ajuste suficiente donde se obtuvieron 20 ítems en forma de cuatro subescalas que son las dimensiones que utilizó la autora original en la versión corta y aseguran casi el 53% de la varianza. Los resultados del análisis factorial coinciden que la subescala “primeros momentos con el recién nacido” comprende los mismos ítems que la original (ítems del 16 al 18), sin embargo, las otras subescalas difieren de forma moderada con los resultados del cuestionario original. La mayoría de los ítems del cuestionario (ítems 2, 5, 6, 7, 8, 9, y 19) componen la primera subescala del CEEP. Estos ítems hacen referencia al proceso de parto en cuanto al apoyo recibido por parte de los profesionales sanitarios, el empoderamiento de la mujer y el manejo

del dolor, en línea con los resultados obtenidos de otros estudios¹²²⁻¹²⁵. Por lo que se decidió denominarlo cuidados intraparto. Teniendo en cuenta la relevancia que la evidencia científica aporta sobre el estado emocional de la mujer en el proceso de parto¹²⁶⁻²⁹, las otras dos subescalas han sido denominadas sentimientos positivos del parto (ítems 4, 10, 11,13 y 15) y sentimientos negativos del parto (ítems 1, 3, 14, 21 y 23).

En la tabla 2 del segundo artículo, se pueden ver los ítems que pertenecen a cada uno de los componentes del CEEP con su correspondiente nivel omega de McDonald's y el porcentaje acumulativo del total de la varianza de cada uno de ellos.

El análisis factorial confirmatorio de su estructura teórica de cuatro factores mostró un ajuste adecuado.

Respecto a los índices de ajuste absolutos del modelo, la razón entre el valor chi-cuadrado y los grados de libertad fue buena. Los valores de GFI y CFI mostraron un ajuste óptimo, los valores de NNFI, RMSEA y NFI mostraron un ajuste adecuado. Por otra parte, los valores de SRMR indicaron un ajuste pobre del modelo. A pesar de no haber obtenido todos los índices con un nivel óptimo, se considera suficiente el ajuste del modelo factorial analizado. Sin embargo, se recomienda que los instrumentos o cuestionarios tengan índices con valores óptimos, porque estos representan diferentes aspectos del modelo¹³⁰. La consistencia interna global de las puntuaciones del CEEP fue satisfactoria ($\omega=0,818$), al igual que la de las subescalas de cuidado intraparto y primeros momentos con el recién nacido ($\omega =0,849$ y $\omega =0,866$). Sin embargo, la consistencia interna de las subescalas sentimientos positivos relacionados con el parto y sentimientos negativos relacionados con el parto fue de moderada con $\omega =0,559$ y moderada $\omega =0,650$, respectivamente. Los autores expertos en el tema aconsejan que se evalúe la consistencia interna de cada una de las subescalas de un cuestionario porque valora dimensiones diferentes¹³¹⁻¹³³, la fiabilidad también se puede obtener a través de la repetibilidad o la fiabilidad test-retest. En nuestro caso tanto a nivel individual como en los valores promedio, se obtuvo un CCI óptimo superior al 0,89 entre las dos administraciones, por lo que se trata de un instrumento estable en el tiempo; esta propiedad métrica no fue evaluada en su versión original.

Otras de las propiedades importantes que se necesitan obtener en la validación de cuestionarios son la validez convergente y discriminante¹³⁴. En nuestro estudio, la puntuación global del cuestionario adaptado presentó una asociación positiva con la puntuación total del CEQ-E, obteniendo así la validez convergente del instrumento. Asimismo, la validez divergente se obtuvo al demostrar que las puntuaciones obtenidas del CEEP no están positivamente correlacionadas con las obtenidas en el MCRSS. Aunque en el estudio original se utilizaron diversos cuestionarios para su elaboración⁷⁰⁻⁷¹⁻¹³⁵, no se obtuvieron las propiedades psicométricas de la validez convergente y discriminante. Numerosos estudios¹³⁶⁻¹³⁹ demuestran que existe una asociación entre la asistencia a las clases de educación maternal y una buena experiencia de parto, sin embargo, en nuestro estudio no hubo una asociación significativa, pero sí que se obtuvieron relaciones significativas de la puntuación total del CEEP con el número de interrupciones de embarazo ($p = -0,173$), la paridad ($p = 0,189$), el acompañamiento de la misma matrona ($p = -0,187$) o con el tipo de parto ($p = -0,344$), en línea con las últimas investigaciones al respecto¹⁴⁰⁻¹⁴³.

El estudio presenta algunas limitaciones, entre ellas el tamaño de la muestra no alcanza los 300 participantes que algunos autores¹⁴⁴ consideran como muestra justa, y recomiendan que se utilice el máximo tamaño muestral posible. Asimismo, la población era de una única zona geográfica y de dos hospitales de diferente nivel donde a pesar de que proporciona una asistencia intraparto muy parecida, tienen diferentes protocolos y recursos como el parto en agua y la walking peridural que pueden haber influenciado las respuestas obtenidas. Por ello, sería necesario ampliar la muestra con poblaciones de diferentes comunidades autónomas con hospitales similares para reevaluar las psicométricas del CEEP.

Otro aspecto importante es que a pesar de que, en el cuestionario original, la consistencia interna de las subescalas fue superior a 0,7, en nuestro estudio las subescalas son diferentes e incluyen ítems diferentes; tan sólo se excluyeron tres ítems del cuestionario original. Sin embargo, parece necesario replantear o reducir las dimensiones del instrumento, como se hizo en el cuestionario original. Otra limitación importante a destacar, es el método usado para la obtención de datos ya

que este cuestionario se enviaba vía e-mail tras el primer mes postparto. A pesar de que en algunos participantes fue necesario incluso dos rellamadas para que contestaran el cuestionario, 107 mujeres rechazaron participar y esto supone un potencial sesgo de selección que puede haber afectado la evaluación final. Asimismo, otros autores¹⁴⁵⁻¹⁴⁷ afirman que el humor que tenga la mujer el día que responde el cuestionario, o el tiempo transcurrido desde el parto hasta responder el cuestionario, pueden ejercer una influencia negativa en los resultados obtenidos y ser un sesgo potencial en los ítems que preguntan acerca de emociones o recuerdos del parto.

Por último, este estudio se ha centrado en adaptar el cuestionario original al contexto español y evaluar sus propiedades psicométricas. Sin embargo, sería interesante que en futuras investigaciones se actualizara el cuestionario, modificando y añadiendo algunos elementos según cambien las políticas sanitarias relacionadas con el proceso de parto y las guías de nacimiento. El CEEP es un instrumento útil para identificar la existencia o no de experiencias negativas del parto que detecten los déficits en los cuidados intraparto y facilite la planificación de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención materno-infantil. Dada la falta de datos relacionados con la experiencia de las mujeres en su proceso de parto en nuestro país, es necesario continuar desarrollando cuestionarios actualizados que identifiquen malas experiencias en el parto o midan la satisfacción en este proceso. Asimismo, es importante desarrollar estudios que permitan conocer las causas de insatisfacción de las mujeres y sus familias, durante el trabajo de parto para poder corregirlas y mejorar los resultados en salud.

En relación a los datos obtenidos en el último estudio que trataba del análisis y comparación de los resultados obstétricos y el nivel de satisfacción de los hospitales participantes (Hospital de Mollet (A) y Barcelona Hospital Campus Vall D'Hebron (B)), podemos destacar que hay mejores resultados obstétricos en el hospital con menor complejidad (A) que en el hospital con mayor complejidad y dimensión (B), donde la mayoría de los partos son atendidos estudiantes en formación en lugar de parteras hábiles y experimentadas.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la importancia de estar acompañado por la misma matrona durante el proceso de parto. Estos resultados podrían haber sido influenciados por los turnos de los diferentes hospitales, ya que las matronas en el hospital A tienen turnos de 24 horas y en el hospital B de 12 horas. La existencia de estos turnos continuos permite el mantenimiento del estándar de calidad de la atención individualizada propuesto en 2017 por la NICE¹⁴⁸, ya que contribuye a reducir tanto la duración del trabajo de parto como el número de partos instrumentales, como se muestra en resultados obtenidos por otros autores¹⁴⁹⁻¹⁵¹. En relación con la satisfacción del parto y las variables estudiadas, vemos como el tipo y el inicio del parto eran variables que afectaron el nivel de satisfacción, el hecho de tener un parto espontáneo que acaba en un parto normal, parece ejercer un efecto muy positivo en la satisfacción del parto de las madres de nuestra población de estudio, en línea con investigaciones anteriores¹⁵². Este estudio es el primer estudio en describir y comparar el nivel de satisfacción y la experiencia en el parto de mujeres de dos maternidades diferentes de Cataluña. Además, metodológicamente, se han utilizado las versiones validadas al español de ambos cuestionarios en lugar de versiones modificadas. Por lo tanto, es necesario un debate más amplio relacionado con la evaluación de la satisfacción y de la experiencia en el parto de las mujeres españolas porque en nuestro país, se realizan muy pocas investigaciones al respecto.

9.1 Valor que aportan los resultados del estudio

Los datos obtenidos en este estudio nos proporcionan información sobre la asistencia al parto en la población de Barcelona y confirman que es necesario seguir insistiendo en la modificación de algunas prácticas en la atención materno-infantil, para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Desde hace unos años, los organismos nacionales e internacionales llevan abogando por un cambio en el paradigma de la maternidad, donde la mujer sea más protagonista de su proceso, esté bien informada y tenga la opción de poder elegir entre las diferentes alternativas de parto y de métodos de alivio del dolor. Sin embargo, en algunos de los aspectos valorados en nuestra investigación, no se han producido esos cambios esperados en las prácticas de los cuidados intraparto; seguimos viendo que existe un porcentaje de inducciones elevado

(superior al 35%), una tasa de cesáreas que supera el 22% y un 25% de episiotomías realizadas. Los resultados demuestran que a pesar de la implantación de nuevas medidas y las estrategias propuestas por el Departament de Salut¹⁵³⁻¹⁵⁴ para reducir el intervencionismo obstétrico, estas cifras siguen superando las propuestas por los organismos nacionales e internacionales.

Por otro lado, estas estrategias han supuesto cambios importantes en las salas de partos y maternidades de los hospitales de la región, donde se han implantado nuevas medidas como bañeras de partos, aromaterapia, musicoterapia e incluso la creación de las primeras casas de nacimiento. Estos efectos también se ven reflejados en nuestro estudio, ya que empiezan a aparecer datos de partos en agua y mayor uso de alternativas no farmacológicas de alivio del dolor durante el parto. Es necesario seguir en esta línea de humanización de la atención materno-infantil mediante la formación, sensibilización y participación de los profesionales que permitan empoderar a las mujeres y sus familias en el proceso de nacimiento.

10. CAPÍTULO X: NUEVAS LÍNEAS DE ESTUDIO

En la siguiente sección, se exponen nuevas líneas de estudio que han surgido de la actual línea de investigación y de los resultados presentados en los capítulos anteriores. En total se describen dos nuevas líneas de estudio:

- La primera es la ampliación de la muestra a un tamaño mayor con la participación de hospitales del mismo nivel asistencial, pero diferentes comunidades autónomas para asegurar la variabilidad de la población española.
- La segunda línea de investigación hace referencia a la incorporación del instrumento obtenido en este estudio en la práctica habitual de matronas del centro de salud y hospital, para identificar mujeres que hayan tenido una experiencia negativa en el parto y actuar en consecuencia, creando los protocolos y circuitos necesarios para derivar a estas mujeres a los profesionales correspondientes.

11. CAPÍTULO XI. CONCLUSIONES

A la vista de lo expuesto en los anteriores capítulos, se redactan las siguientes conclusiones:

1. La versión española de la escala QACE o CEEP ha seguido correctamente el proceso metodológico internacional de traducción y retrotraducción de la versión original, así como el de correcta equivalencia cultural.

2. El empleo de metodología cuantitativa y cualitativa en la adaptación del CEEP, confiere mayor robustez y resultados satisfactorios a la hora de validar cuestionarios.

3. El CEEP es un cuestionario multidimensional apropiado que sirve de herramienta a los profesionales sanitarios para valorar la experiencia de la mujer en el parto y corregir las posibles causas de insatisfacción y poder mejorar así la calidad de la asistencia sanitaria.

4. El estudio de las propiedades psicométricas del CEEP, nos permiten afirmar que:

- Existe una asociación significativa de la puntuación total del CEEP con variables clínicas como el número de interrupciones de embarazo, la paridad, el acompañamiento de la misma matrona o con el tipo de parto.
- El CEEP es factible en cuanto a la claridad, formato, tiempo de cumplimentación, comprensión, relevancia y aceptabilidad.
- La fiabilidad test-retest demuestra la reproducibilidad y estabilidad del cuestionario, cuando se aplica en más de una ocasión a la misma persona.
- Tiene validez aparente, pues es comprensible por personas a las que irá dirigido.

- Tiene validez de contenido, porque incluye las aportaciones y sugerencias de la opinión de un grupo de expertos.

5. El que el CEEP haya demostrado tener las propiedades psicométricas descritas anteriormente, lo convierte en el cuestionario de evaluación de la experiencia en el parto de elección para utilizarlo en el contexto español.

6. Los niveles de satisfacción con la experiencia del parto de los dos hospitales participantes son muy similares, sin embargo, los resultados obstétricos son mejores en el hospital con menos complejidad.

12. CAPÍTULO XII. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y RECOMENDACIONES

Gracias a los resultados obtenidos en este estudio, se dispone de un instrumento fiable y válido con el que poder identificar las mujeres que han tenido una experiencia negativa en su proceso de parto, para poder así adaptar los cuidados proporcionados a las mujeres en proceso de parto, a sus necesidades y circunstancias, corrigiendo las posibles causas de insatisfacción y mejorar los servicios de maternidad. Sin embargo, queda mucho trabajo por hacer, siendo necesario continuar con las estrategias de humanización de la atención materno-infantil, para ello se propone:

- Profundizar en los motivos de insatisfacción de la gestante, obtener una visión general y realizar un análisis comparativo en las diferentes comunidades autónomas.
- Fomentar el uso de terapias alternativas a la farmacológica para aliviar el dolor del parto, ya que numerosos estudios como el del Midwifery Lancet¹⁵⁵ aconsejan la inmersión en agua, el masaje, la reflexología, la acupuntura o la acupresión, entre otros, por los numerosos beneficios que tienen sobre la madre y el bebé.
- Es necesario seguir potenciando la asistencia a la educación maternal para poder preparar a las mujeres ante la realidad del dolor del parto, informándolas de las alternativas que disponen y haciéndolas partícipes en la toma de decisiones, para conseguir cumplir sus expectativas y aumentar su satisfacción con el nacimiento.
- Continuar adaptando y actualizando los protocolos asistenciales en la atención al parto con el objetivo de conseguir un cambio cultural entre los profesionales sanitarios; además de dotar de recursos humanos, materiales y estructurales que permitan llevar a cabo todas aquellas buenas prácticas relacionadas con el proceso del nacimiento.

13. CAPÍTULO XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Johanson R. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ* [Internet]. 2002 abr 13 [consultado 2020 marzo 1];324(7342):892–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122835/>
2. Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario | ADHUC [Internet]. Ub.edu. 2017 [consultado 2020 marzo 1]. Disponible en: <https://www.ub.edu/adhuc/ca/publicacions/bioetica-de-la-maternidad-humanizacio>
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018. Disponible en: <https://who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1> [[Links](#)]
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de Salud. Sanidad, noviembre 2007. Disponible en <http://www.msc.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategia.PartoEnero2008.pdf> [consultado 2020 marzo 1].
5. Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2005): Philosophy and Model of Midwifery Care. The Hague: International Confederation of Midwives. Disponible en: <http://internationalmidwives.org>
6. Muñoz-Dueñas C, Contreras-García Y, Manríquez-Vidal C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2018 [consultado 2020 marzo 1];83(6):586–95. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600586
7. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(3):318–24.
8. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women’s childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Agosto [consultado 2020 marzo 2];6(8):e011362. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e011362>
9. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2012 [consultado 2020 marzo 3];26(3):236–42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000300009&script=sci_abstract&tlng=pt
10. Caballero P, Delgado-García B, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of Mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2016;16(78), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0862-7>
11. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2016 nov 24 [consultado 2020 marzo 3];16(1). Disponible

- en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1100-z>
12. Donabedian A. Quality Assessment and Monitoring. Evaluation & the Health Professions [Internet]. 1983 sep [consultado 2020 marzo 4];6(3):363–75. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/016327878300600309>
 13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Quality of health care across the European Union. Capítulo 3 [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3_CalidadAsistencialEuropa.pdf
 14. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre * Commentary: Patient centred care: timely, but is it practical? BMJ [Internet]. 2002 marzo 16 [consultado 2020 marzo 9];324(7338):648–51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC84404/>
 15. Raghav Upadhyai, Arvind Kumar Jain, Roy H, Vimal Pant. A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement [Internet]. ResearchGate. Journal of Health Management; 2019 [consultado 2020 marzo 9]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331572243_A_Review_of_Healthcare_Service_Quality_Dimensions_and_their_Measurement
 16. NHS Institute for Innovation and Improvement. The ebd approach. Guide and Tools [Internet]. https://improvement.nhs.uk/documents/1486/ebd_guide_toolkit.pdf
 17. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health affairs (Project Hope) [Internet]. 2008 [consultado 2020 marzo 9];27(3):759–69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18474969>
 18. Kerstin Bingefors, Chris L. Pashos, Marilyn Dix Smith, Marc L. Berger, Edwin C. Hedblom, George W. Torrance. Health Care Cost, Quality, and Outcomes: ISPOR Book of Terms Books [Internet]. Amazon.com. 2020 [consultado 2020 marzo 3]. Disponible en: <https://www.amazon.com/Health-Care-Cost-Quality-Outcomes/dp/0974328901>
 19. European Medicine Agency. Reflection paper on the regulatory guidance for the use of Health Related Quality of Life (HRQL) measures in the evaluation of medicinal products. Committee for medicinal products for human use (CHMP), 2005. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003637.pdf . Último acceso: febrero 2018. [Internet]. 2005 [consultado 2020 marzo 3]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/reflection-paper-regulatory-guidance-use-healthrelated-quality-life-hrql-measures-evaluation_en.pdf
 20. Food and Drug Administration. Guidance for Industry. Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labelling Claims. Diciembre, 2009. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM1932282.pdf>. Último acceso: febrero 2018.
 21. Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. BJA Education [Internet]. 2017 abril [consultado 2020

- marzo 9];17(4):137–44. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjaed/article/17/4/137/2999278>
22. Black N, Varaganum M, Hutchings A. Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Qual Saf* 2014.; 23: 534–42
 23. María Valderas J, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Medicina Clínica* [Internet]. 2005 Dec [consultado 2020 marzo 3];125:56–60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305722119>
 24. Shumaker S, Berson R. *International Assessment of Health-related Quality of Life: Theory, Translation, Measurement and Analysis*. Oxford: Rapid Communications, 1995.
 25. Rajmil L, Estrada M, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2018 [consultado 2020 marzo 5];15:34–43. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-13032879>
 26. *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: Wiley & Sons, 2000.
 27. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of Health Status Measures. *Scan J Rheumatol*. 1995; 24:61-3.
 28. Alonso J, Antó Boqué JM. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural. *Quaderns CAPS*, 14 (1990), pp. 16-24
 29. Hays RD, Anderson R, Revicki D. Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* [Internet]. 1993 [consultado 2020 marzo 5];2(6):441–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8161978>
 30. Soler, S. Coeficientes de confiabilidad de instrumentos escritos en el marco de la teoría clásica de los tests. *Educ Med Super*. 2008; 22: 1-14.
 31. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw Hill, 1994.
 32. *Measurement, design and analysis: an integrated approach*. Hillsdale: Erlbaum, 1991.
 33. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales, Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2011 [consultado 2020 marzo 6];34(1):63–72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1137-66272011000100007
 34. DeVon, HA., Block, ME., Moyle-Wright, P., Ernst, DM., Hayden, SJ., et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarsh* 2007; 39: 155-164.
 35. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología* [Internet]. 2014 oct 1 [consultado 2020 marzo 6];30(3). Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021297282014000300040
36. Montero E. Referentes conceptuales y metodológicos sobre la noción moderna de validez de instrumentos de medición: implicaciones para el caso de personas con necesidades educativas especiales. *Actualidades en Psicología*. 2013; 27: 113-28.
 37. Pérez A, Chacón M, Moreno R. Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*. 2000; 12: 442-6.
 38. Méndez Martínez C, Rondón Sepúlveda MA. Introduction to Exploratory Factor Analysis (EFA). *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2012 [consultado 2020 marzo 6];41(1):197–207. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000100014
 39. Mercedes López Aguado, Gutiérrez L. Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE: revista d'innovació i recerca en educació* [Internet]. 2019 [consultado 2020 marzo 6];12(2):1–14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7057076>
 40. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2017;137(2):89–101.
 41. Dickinson F, McCauley M, Smith H, van den Broek N. Patient reported outcome measures for use in pregnancy and childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019 may 6 [consultado 2020 marzo 3];19(1). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2318-3>
 42. OMS. Care in normal birth. A practice guide. WHO/ FRH; 1996. p. 1-37.
 43. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. 2007; 25:e1-e9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>.
 44. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. [Internet]. 2010 [consultado 2020 marzo 6];4: 17–21. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
 45. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. [Internet]. 2010 [consultado 2020 marzo 6];1: 35–38. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
 46. Umenai T. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2–4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. Vol. 75, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001. p. S1–2.
 47. Department of Health. Changing childbirth: Report of the expert maternity group. London: HMSO, Crown Copyright; 1993.

48. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra; 1996.
49. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum Care for Healthy Women and Babies (Clinical Guideline 190). NICE Guidelines. 2014. Available online: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
50. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2008 [consultado 2019 Dic 27]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEA_PN_revision8marzo2015.pdf
51. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2007. "Protocol per a l'assistència natural al part normal".
52. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. "Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud" diciembre 2012.
53. Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni M, Auffray J, Colavolpe C, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology* 2005;102(6):1116-1123.
54. Díaz Muñoz R. La calidad percibida en la sanidad pública. *Revista de calidad asistencial* [Internet]. 2020 [consultado 2020 marzo 11];20(1):35–42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1078643>
55. Chandra S, Ward P, Mohammadnezhad M. Factors Associated with Patient Satisfaction in Outpatient Department of Suva Sub-divisional Health Center, Fiji, 2018: A Mixed Method Study. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2019 jul 2 [consultado 2020 marzo 11];7. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00183/full>
56. Crompton J. Post-traumatic stress disorder and childbirth, Childbirth educators New Zealand education effects. 2003. p. 25–31.
57. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Maternidad y Salud Ciencia, Conciencia y Experiencia. 2012 [Internet]. [consultado 2020 marzo 10]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
58. Kennedy H, Cheyney M, Dahlen H, Downe S, Foureur M, Homer C. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth* 2018, 45, 222–231
59. Bowers BB. Mothers' experiences of labor support: Exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2002;31(6):742-752.
60. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Revisión Cochrane traducida) En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008(1):1.
61. Generalitat de Catalunya. Departament De Salut. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del catsalut embaràs, part i puerperi. Barcelona: Departament de Salut; 2016 [Internet]. [consultado 2020 marzo 10]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atenc

- [io_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/enquestes_satisfaccio/atencio_embaras_part_puerperi/2016/EPP_2016.pdf](#)
62. WHO Recommendations: "Intrapartum Care for A Positive Childbirth Experience" World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2018.
 63. Alonde, A.; Herschderfer, K.; Pascali-Bonaro, D.; Hanson, C.; Fuchtnr, C.; Visser, G.H.A. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby-Family maternity care. *Int. J. Gynaecol. Obstetrics* 2019, 146, 65–73.
 64. WHO "The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030). Survive Thrive Transform." Every Woman Every Child. 2015. <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>
 65. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing* [Internet]. 2004 [consultado 2020 marzo 12];46(2):212–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056335>
 66. Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Medicina Clínica*. 2011;137:55-59.
 67. INEbase / Demografía y población /Fenómenos demográficos /Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población / Últimos datos [Internet]. INE. 2020 [consultado 2020 marzo 12]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
 68. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84–97.
 69. Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing & Health* 1993, 16(2):141-149.
 70. Truijens SEM, Pommer AM, van Runnard Heimeel PJ, Verhoeven CJM, Oei SG, Pop VJM. Development of the pregnancy and childbirth questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;174:35–40.
 71. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:81.
 72. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2016 nov 24 [consultado 2020 marzo 12];16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123212/>
 73. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gaceta sanitaria* [Internet]. 2012 [consultado 2020 marzo 12];26(3):236–42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22138283>

74. Carquillat P, Vendittelli F, Guittier MJ. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17:279. 10.1186/s12884-017-1462-x.
75. González-Merlo J, Lailla Vicens J, Fabre Gonzalez E, González Bosquets E. "Obstetricia 6a edición". Elsevier Masson, Barcelona. 2013
76. Barbosa da Silva FM, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Mota e Silva L, Fernández Tuesta E. Prácticas para estimular el parto normal. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011 sep [consultado 2020 marzo 12];20(3):169–73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200007
77. Peguero A, Masoller N, Hernández S, Teixidó I, Palacio M, Bellart J, Figueras F "Protocol: Part instrumentat". *Protocols de Medicina Maternofetal*. Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. Barcelona 2018.
78. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, 2015. "Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management." Green-top Guideline No. 29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist.
79. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G, 2014. "Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth." *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 125, 6–14.
80. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 2020 marzo 13]. Disponible en: <https://dle.rae.es/episiotom%C3%ADa>
81. Carroli G, Mignini L, 2014. "Episiotomy for vaginal birth." *Cochrane. Database Syst. Rev.* (1) CD0 0 0 081.
82. Escuriet R, Pueyo M.J, Garcia-Lausin L, Obregón N, Pérez-Botella M, López J.M, Salgado Poveda I, Martínez-Pascual M, Asin-Chinchilla P, Santos-Viva M, León-Escuriet, 2015. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: is the practice of routine episiotomy changing?. *BMC Health Serv. Res.* 15, 95.
83. Thomson G, Feeley C, Hall Moran V, Downe S, Oladapo T. "Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review." *Reproductive Health* (2019) 16:71 <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>.
84. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). 2010. "Protocolos asistenciales en obstetricia: Analgesia en el parto." 2ª ed. Madrid: Centro de Publicaciones SEGO.
85. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. 2006. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com(Traducida de The Cochrane Library, 2006, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
86. Molero Jurado MM, Gázquez Linares JJ, Perez Fuentes C, Barragán Martín AB, Simón MM, Martos Martínez A, et al. Revisión e innovación en la actuación de los profesionales de la salud [Internet]. Almería] Asumivep; 2019 [consultado 2020 marzo 14]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7142237>
87. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Sao Paulo Medical Journal* [Internet]. 2013 [consultado 2020 marzo 14];131(5):364–364. Disponible

- en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802013000500364
88. Ortin Fernández C. Influencia de la Educación Maternal en el embarazo, parto, puerperio y salud neonatal. Trabajo fin de grado. Universidad de Cantabria 2014. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5229/OrtizFernandezC.pdf?sequence=1>
 89. Bueno Montero, Estefanía. La verticalidad durante el trabajo de parto: Una revisión de evidencias. *Rev. Paraninfo Digital*, 2013; 19. [consultado 2020 marzo 14]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/076d.php>
 90. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):36-44.
 91. Anim-Somuah M, Smyth R, Cyna A.M, Cuthbert A, 2018. "Epidural versus non epidural or no analgesia for pain management in labour", (intervention review). *Cochrane Database Syst. Rev.* (5) 6–34 Art. No.: CD0 0 0331.
 92. Martínez-Martínez T, Damian-Ferman N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2014 abril [consultado 2020 marzo 13];11(2):61–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-beneficios-del-contacto-piel-piel-S1665706314726661>
 93. Barrantes Valverde K, Cubero Cubero MF. La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Wimb Lu* [Internet]. 2014 jun 28 [consultado 2020 feb 29];9(1):29–42. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/15248>
 94. Nilsson L, Thorsell T, Elisabeth Hertfelt Wahn, Ekström-Bergström A. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers [Internet]. *ResearchGate*. ResearchGate; 2013 [consultado 2020 feb 29]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/258205252_Factors_Influencing_Positive_Birth_Experiences_of_First-Time_Mothers
 95. Whitburn LY, Jones LE, Davey M-A, Small R. The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2017 may 30 [consultado 2020 feb 29];17(1). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1343-3>
 96. Tissot H. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La Psychiatrie de l'enfant*. 2011;54(2):611–37.
 97. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta clinica Croatica* [Internet]. 2018 [consultado 2019 nov 18];57(1):39–51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30256010>
 98. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):318–24.
 99. Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(9):718– 25.

100. Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. Washington, DC: National Academies of Science, Engineering, Medicine; 2018. Disponible en: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf> [consultado 2019 may 24].
101. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development and The World Bank; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf> [consultado 2019 may 24].
102. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
103. Briceño AM, Álvarez C. Entrevistas cognitivas y su utilidad en la adaptación y validación de escalas para niños y adolescentes. Contacto científico: Revista electrónica científica y académica alemana. [S.l.], v. 6, n. 2, jul. 2016;190-195. consultado 2020 marzo 13]. Disponible en: <<http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/350>>. Fecha de acceso: 29 julio 2018.
104. Fayers PM, Machin D. Quality of Life. 2000 abril 18 [consultado 2019 nov 13]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/047084628>
105. Polit DF, Beck CT. Nursing research. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
106. Marôco J. Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações. 2.ed. Pero Pinheiro: ReportNumber, Lda; 2014.
107. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Carvalho ML, Veludo F, José, HMG. Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. Informação. 2015 [Acceso 17 agosto 2015]; 5:25-32. Disponible en: <http://www.acenfermeiros.pt/index.php?id1=15&id2=9>.
108. Hinkle DE, W. Wiersma, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences [Internet]. 2018 [consultado 2020 marzo 30]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Applied-statistics-for-the-behavioral-sciences-Hinkle-Wiersma/e4fec57300d4033aa9372501a8b3a72c15a4384e?citationIntent=methodology#citing-papers>
109. Villavicencio Caparó E. Validación de cuestionarios. Odontología Activa Revista Científica [Internet]. 2018 marzo 7 [consultado 2020 marzo 17];1(3):71. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ebingen_Villavicencio/publication/323767705_VALIDACION_DE_CUESTIONARIOS/links/5b08359e0f7e9b1ed7f55501/VALIDACION-DE-CUESTIONARIOS.pdf
110. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use [Internet]. Oxford Oxford University Press -11-01; 2014 [consultado 2020 marzo 17]. Disponible en: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199685219.001.0001/med-9780199685219>

111. Cortes Reyes E, Rubio Romero JA, Gaitán Duarte H. Métodos estadísticos de evaluación de la concordancia y la reproducibilidad de pruebas diagnósticas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010 [consultado 2020 marzo 31];61(3):247-252. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a09.pdf>
112. IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp
113. IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS AMOS for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp
114. McLedo LD, Coon ChD, Martin SA, Fehnel SE, Hays RD. Interpreting patient reported outcomes results : US FDA guidance and emerging methods. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2011;11:163---9.
115. Vallejo-Medina P et al. Developing Guidelines for Adapting Questionnaires into the Same Language in Another Culture. *Ter Psicol* [online]. 2017, vol.35, n.2, pp.159-172. [consultado 2019 jun 14]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082017000200159&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082017000200159>.
116. González A, Bayarre Veja H, Artiles Visbal L. Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2020 [consultado 2020 marzo 31];30(2):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200006
117. Vanessa E, Sousa V, Matson J, Dunn Lopez K. Questionnaire Adapting: Little Changes Mean a Lot. First Published November 1, 2016 Research Article <https://doi.org/10.1177/0193945916678212>. Volume: 39 issue: 9, page(s): 1289-1300
118. López-Roldán P, Fachelli S. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL CUANTITATIVA [Internet]. [consultado 2020 abril 1]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2015/142928/metinvsoccua_cap3-11a2016v3.pdf
119. IBM Knowledge Center [Internet]. Ibm.com. 2018 [consultado 2020 abril 1]. Disponible en: https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/SSLVMB_23.0.0/spss/tutorials/fac_telco_kmo_01.html
120. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test for Sampling Adequacy - Statistics How To [Internet]. Statistics How To. 2016 [consultado 2020 abril 1]. Disponible en: <https://www.statisticshowto.datasciencecentral.com/kaiser-meyer-olkin>
121. Ayuni NWD, Sari IGAMKK. Analysis of factors that influencing the interest of Bali State Polytechnic's students in entrepreneurship. *Journal of Physics: Conference Series* [Internet]. 2018 enero [consultado 2020 abril 1];953:012071. Disponible en: <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1742-6596/953/1/012071/pdf>
122. Alfaro Blazquez R, Corchon S, Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery* [Internet]. 2017

- [consultado 2020 marzo 31]; 55:103–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28992553>
123. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane database of systematic reviews [Internet]. 2017 [consultado 2020 marzo 31];7(7):CD003766. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28681500>
 124. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. The Cochrane database of systematic reviews [Internet]. 2017 [consultado 2020 marzo 31];4(4):CD011516. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28426160>
 125. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. The Cochrane database of systematic reviews [Internet]. 2018 [consultado 2020 marzo 31];5(5):CD000331. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29781504>
 126. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M, Bidens Study Group. Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. Midwifery [Internet]. 2017 [consultado 2020 marzo 31];51:33–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28528179>
 127. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women’s psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. BMJ Open [Internet]. 2018 Oct [consultado 2020 marzo 31];8(10):e202347. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/10/e202347#ref-54>
 128. Dixon L, Skinner J, Maralyn Jean Foureur. The emotional journey of labour—Women’s perspectives of the experience of labour moving towards birth [Internet]. ResearchGate. Elsevier; 2013 [consultado 2020 marzo 31]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/236690188_The_emotional_journey_of_labour-Women’s_perspectives_of_the_experience_of_labour_moving_towards_birth
 129. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. Electronic Journal of Business Research Methods. 2008;6(1):53-60
 130. Argimon Pallas J, Jimenez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Ediciones Harcourt, 2006.
 131. Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas profesión [serial online] 2004 [consultado 2020 marzo 31]; 5:23–9. Disponible en: http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarioswww.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.
 132. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. Reumatología Clínica [Internet]. 2009 jul [consultado 2020 marzo 31];5(4):171–7. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-validacion-cuestionarios-articulo-S1699258X09000497>

133. William M.K. Convergent and Discriminant [Internet]. Socialresearchmethods.net. 2020 [consultado 2020 abril 1]. Disponible en: <https://socialresearchmethods.net/kb/convergent-and-discriminant-validity/>
134. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The labour Agency scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health*. 1987;10(5):301–310. doi: 10.1002/nur.4770100503.
135. Fenaroli V, Molgora S, Dodaro S, Svelato A, Gesi L, Molidoro G, et al. The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019 nov 15 [consultado 2020 abril 3];19(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6858642/>
136. Kacperczyk-Bartnik J, Bartnik P, Symonides A, Sroka-Ostrowska N, Dobrowolska-Redo A, Romejko-Wolniewicz E. Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2019 jul [consultado 2020 abril 3];58(4):492–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455919301159>
137. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedy S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health* [Internet]. 2019 nov 7 [consultado 2020 abril 3];16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836369/>
138. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women’s birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2015 oct 30 [consultado 2020 abril 3];15(1). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0721-y>
139. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* [Internet]. 2016 Marzo [consultado 2020 abril 3];34:166–72. Disponible en: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(15\)00322-8/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(15)00322-8/fulltext)
140. Bhat A, Byatt N. Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks. *Current psychiatry reports* [Internet]. 2016 [consultado 2020 abril 3];18(3):31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26847216>
141. Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2016 may 18 [consultado 2020 abril 3];16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870779/>
142. Handelzalts JE, Waldman Peyser A, Krissi H, Levy S, Wiznitzer A, Peled Y. Indications for Emergency Intervention, Mode of Delivery, and the Childbirth Experience. *PloS one* [Internet]. 2017 [consultado 2020 abril 3];12(1):e0169132. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28046019>
143. Ulfsdottir H, Nissen E, Ryding E-L, Lund-Egloff D, Wiberg-Itzel E. The association between labour variables and primiparous women’s experience of childbirth; a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth* [Internet].

- 2014 [consultado 2020 abril 3];14:208. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24938280>
144. Tsang S, Royse C, Terkawi A. Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anaesthesia* [Internet]. 2017 [consultado 2020 marzo 31];11(5):80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5463570/> (limitaciones del tamaño de la muestra)
 145. Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* [Internet]. 2005 [consultado 2020 abril 2];21(4):346–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16024149>
 146. Tinti C, Schmidt S, Businaro N. Pain and emotions reported after childbirth and recalled 6 months later: the role of controllability. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2011;32:98–103. doi: 10.3109/0167482X.2011.557756
 147. Waldenström U. Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? *Birth*. 2010;31:102–107. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x
 148. NICE. Quality statement 2: One-to-one care | Intrapartum care | Quality standards. 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/Quality-statement-2-One-to-one-care> Sánchez Fortis, A
 149. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa R K, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;7(7), 11-28. John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
 150. Eke AC. How does continuous support affect outcomes for pregnant women during childbirth?. *Cochrane Clinical Answers*. 2017. <https://doi.org/10.1002/cca.1851>
 151. Sehhati F, Najjarzadeh M, Seyyedrasouli A, Zamanzadeh V. Effect of continuous midwifery care on length of labor. *Journal of Caring Sciences*. 2012;1(1), 47–52. <https://doi.org/10.5681/jcs.2012.007>
 152. Kempe P, Vikström-Bolin M. Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2020;246, 156–159. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.041>
 153. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2007. "Protocol per a l'assistència natural al part normal".
 154. Pueyo M-J, Escuriet R, Pérez-Botella M, de Molina I, Ruíz-Berdun D, Albert S, et al. Health policies for the reduction of obstetric interventions in singleton full-term births in Catalonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* [Internet]. 2018 [consultado 2020 abril 22];122(4):367–72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29452718>
 155. Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2014 [consultado 2020 abril 22];384(9949):1226–35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24965818>

14. CAPÍTULO XIV. ANEXOS

Anexo I: Cuestionario original QACE “Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience

QACE: Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience, vaginal birth or caesarean

Generally...

		Totally	In part	Not so much	Not at all
1.	I felt worried	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	I felt secure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	I felt strange sensations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	I felt confident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	The staff understood and fulfilled my wishes in a satisfactory manner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	I felt emotionally supported by the staff who took care of me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	The staff kept me informed of what was happening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	I felt I could express myself and give my opinion about decisions about me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	I am satisfied with the way the events unfolded	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<u>During labor</u> (From the first contractions to the first expulsive efforts)					<u>During delivery</u> (From the first expulsive efforts to birth OR during the caesarean section)				
		*Not concerned	Totally	In part	Not so much	Not at all	*Not concerned	Totally	In part	Not so much	Not at all
10.	I managed to successfully use relaxation techniques to help me during womb contractions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	I managed to successfully move or choose my posture freely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	My pain was relieved when I asked for it to be	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Every event unfolded as I had imagined it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	I felt like I was losing control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	The support of my partner helped me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		My partner was not present during labor <input type="checkbox"/>					My partner was not present during delivery <input type="checkbox"/>				

* Not concerned = I had a caesarean before having a phase of labor with contractions

16. On the numeric rating scale for pain assessment, how much did you feel pain?

(Circle the corresponding number on the two scales below)

a) **During labor:** Not concerned (I had a caesarean before having contractions)

No pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excruciating pain

b) **During delivery** (caesarean or vaginal delivery)

No pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excruciating pain

Immediately after childbirth...

		Totally	In part	Not so much	Not at all
17.	I was able to see my baby for the first time in a satisfactory manner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	I held my baby for the first time when I felt like it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	The first moments with my baby corresponded with what I had imagined prior to giving birth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Currently...

		Totally	In part	Not so much	Not at all
20.	I understood everything that happened during childbirth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	I am proud of myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	I feel regret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	I have a feeling of failure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Imagine a subsequent delivery scares me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. According to you, an ideal birth is a birth ...

(Number the proposals in order of importance from 1 to 6: 1 = the most important of the 6 answers, 6 = the least important of the 6 answers, please don't put the same number twice)

	Number from 1 to 6
Vaginal birth	N°
Spontaneous labor	N°
No pain	N°
Caesarean	N°
With the professional of my choice	N°
Schedule delivery	N°

26 If you put aside the emotions about the arrival of your baby, for you as a woman, your experience of childbirth has been ...

(Circle the corresponding number on the scale below)

**very bad
experience**

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**very good
experience**

Free comments

Here you can freely share points not mentioned in the questionnaire or those that need to be specified.

--

Anexo II. Autorización CEIC estudio "Adaptación y validación del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) en mujeres españolas"



Vall d'Hebron
Hospital

Pg. Vall d'Hebron, 119-129
06035 Barcelona
Tel. 93 489 38 21
Fax 93 489 41 80
ceic@vhir.org

04/11/2018

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS Y COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

Sra. Mireia Navarro Sebastián, Secretaria del COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS del Hospital Universitari Vall d'Hebron,

CERTIFICA

Que el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Vall d'Hebron, en el cual la Comisión de proyectos de investigación está integrada, se reunió en sesión ordinaria nº 358 el pasado 26/10/2018 y evaluó el proyecto de investigación PR(AMI)413/2018, presentado con fecha 01/10/2018, titulado "Adaptación y validación del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" en mujeres españolas" que tiene como investigador principal al Dr. Pablo Rodríguez Coll del Servicio de Obstetricia de nuestro Centro.

Versión de documentos:

- Memoria Versión 1.0 de 02/10/2018
- Hoja de información al paciente Versión 1.0 de 02/10/2018
- Consentimiento informado Versión 1.0 de 02/10/2018
- Solicitud informe CEIC VERSIÓN 1.0 de 02/10/2018

El resultado de la evaluación fue el siguiente:

DICTAMEN FAVORABLE

NOTA: Un dictamen emitido como solicitud de aclaraciones, del que no se reciba ninguna comunicación escrita por parte del promotor/investigador principal en un término de 6 meses en la Secretaría del CEIm, será considerado definitivamente como denegado



Institut Català
de la Salut

Hospital Universitari Vall d'Hebron
Universitat Autònoma de Barcelona

Anexo III. Documento de recogida de datos de variables sociodemográficas y clínicas

A continuación, se le formularán una serie de preguntas de carácter sociodemográfico.

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿Cuál es su nacionalidad?
3. ¿Cuál es su estado civil actual?
4. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzado?
 - a. Sin estudios.
 - b. E.S.O
 - c. Bachillerato
 - d. Universidad.
5. ¿A qué se dedica?

A continuación, se le formularán una serie de preguntas de carácter clínico:

1. ¿Fue un embarazo planificado?
2. ¿Ha asistido a las clases de educación maternal (mínimo dos sesiones)?
3. ¿Se le permitió beber o comer durante la dilatación?
4. Seleccione de entre los siguientes métodos de alivio del dolor del parto, los que utilizó usted en su parto. (puede marcar varios)
 - a. Analgesia Epidural.
 - b. Calor y/o masaje en la zona lumbar.
 - c. Pelota de partos.
 - d. Ducha.
 - e. Otros métodos. Especificar:
 - f. Ningún método.
5. ¿Estuvo acompañada por una persona de su elección?
6. ¿Le realizaron una episiotomía, le suturaron un desgarro o tuvo un periné íntegro?
7. ¿Estuvo la misma matrona durante todo su proceso de parto?
8. ¿Le pusieron su bebé encima inmediatamente después del nacimiento?

9. Qué tipo de lactancia decidió tras el nacimiento:
 - a. Materna exclusiva
 - b. Artificial
10. En el caso de que eligiera lactancia materna, ¿la inició en la primera hora del nacimiento del bebé?

Datos que se obtendrán de la historia clínica:

1. Fórmula Obstétrica.
2. N° interrupciones voluntarias de embarazo.
3. Edad Gestacional.
4. Inicio del parto.
5. Tipo de parto.
6. Duración del parto.

Anexo IV. Hoja informativa del estudio

Hoja informativa del estudio



*Pg. Vall D'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
Tel. 93 489 31 00
Fax 93 489 34 03
email@vhebron.net*

Adaptación y validación del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" en mujeres españolas.

Información al paciente para un estudio sin ningún procedimiento invasivo

Proyecto de investigación titulado:

Tesis doctoral: Adaptación y validación del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" en mujeres españolas.

Investigador principal: Pablo Rodríguez Coll. Llevador del Hospital Campus Universitari Vall De Hebron.

Objetivos:

Le solicitamos su participación en este proyecto de investigación cuyo objetivo principal es obtener la versión española del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" desde su versión original en inglés al castellano de España y adaptarlo a la población española.

Beneficios:

Es posible que de su participación en este estudio no se obtenga un beneficio directo. Sin embargo, el disponer de un instrumento fiable y válido para identificar las mujeres que han tenido una experiencia negativa en su proceso de parto y poder así adaptar los cuidados proporcionados a estas mujeres, y sus parejas, a sus necesidades y circunstancias. Gracias a este cuestionario se podrán

corregir las posibles causas de insatisfacción de las gestantes durante su proceso de parto y, por consiguiente, mejorar los servicios de maternidad.

Procedimientos del estudio:

Desde un primer momento se le explicará la finalidad del estudio, se le dará la hoja informativa y se solicitará la firma del consentimiento informado para rellenar el cuestionario de variables sociodemográficas y posteriormente se enviarán por e-mail los diferentes cuestionarios en el caso de que quiera participar en el mismo.

Protección de datos personales:

De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos del 24 de mayo de 2016, los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada por métodos informáticos en condiciones de seguridad por Pablo Rodríguez Coll. El acceso a dicha información quedará restringido al investigador principal.

De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo a Pablo Rodríguez Coll, el investigador principal o a cualquiera de los investigadores colaboradores que le atiende en este estudio.

De acuerdo con la legislación vigente, tiene derecho a ser informado de los datos relevantes para su salud que se obtengan en el curso del estudio. Esta información se le comunicará si lo desea; en el caso de que prefiera no ser informado, su decisión se respetará.

Si necesita más información sobre este estudio puede contactar con el investigador responsable, Pablo Rodríguez Coll al e-mail: prodriguez@vhebron.net.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, y si decide no participar recibirá todos los cuidados médicos que necesite y la relación con el equipo médico que le atiende no se verá afectada.



Anexo V. Consentimiento informado



Pg. Vall D'Hebron, 119-129
08035 Barcelona
Tel. 93 489 31 00
Fax 93 489 34 03
email@vhebron.net

Adaptación y validación del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" en mujeres españolas.

Consentimiento informado

Título del estudio:

Tesis doctoral: Adaptación y validación del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" en mujeres españolas.

Yo _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con: Pablo Rodríguez Coll o alguno de los investigadores colaboradores.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y firma de la participante

Fecha y firma del investigador

Anexo VI. Cuestionario online

Sección 1 de 4

Validación del Cuestionario de Evaluación de la Experiencia en el Parto (CEEP)



Estimada Sra.

Solicitamos su colaboración para contestar un cuestionario sobre las experiencias del parto. Este cuestionario está en proceso de validación, tendrá que contestar tres partes. En la primera parte están indicados sus datos personales y la hora en la que comienza a rellenar el cuestionario. En la segunda parte le pedimos que conteste el cuestionario y en la tercera parte que conteste dos cuestionarios similares para poder compararlos posteriormente.

Entendemos que su participación es totalmente voluntaria. La finalidad de este estudio es disponer de un instrumento fiable y válido para identificar las mujeres que han tenido una experiencia negativa en su proceso de parto y poder así adaptar los cuidados proporcionados a estas mujeres, y sus parejas, a sus necesidades y circunstancias. Gracias a este cuestionario se podrán corregir las posibles causas de insatisfacción de las gestantes durante su proceso de parto y por consiguiente, mejorar los servicios de maternidad.

Usted, en cualquier momento puede rechazar participar en el presente estudio.

Dirección de correo electrónico *

Dirección de correo electrónico válida

Este formulario recopila las direcciones de correo electrónico. [Cambiar configuración](#)

Anexo VII. Versión española del QACE

Cuestionario para evaluar la experiencia del parto, ya sea parto vaginal o cesárea (CEEP)

Cuidados intraparto

Evalúa tu grado de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones

	Nada	No mucho	En parte	Totalmente	No aplica*
Me sentí en buenas manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal entendió y atendió mis deseos de una forma satisfactoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí emocionalmente apoyada por el personal que cuidó de mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal me mantuvo informada de lo que estaba pasando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que podía expresar y opinar sobre las decisiones referentes a mí persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy satisfecha por la forma en la que se desarrollaron las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entendí todo lo que pasó durante el parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Primeros momentos con el recién nacido

Evalúa tu grado de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones

	Nada	No mucho	En parte	Totalmente
Pude ver a mi bebé por primera vez de manera satisfactoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puede coger a mi bebé por primera vez cuando quise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los primeros momentos con mi bebé fueron como lo había imaginado antes de dar a luz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Marque No aplicable si le hicieron una cesárea antes de que comenzaran las contracciones de trabajo de parto.

Sentimientos positivos durante el proceso de parto

Evalúa tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones

	Nada	No mucho	En parte	Totalmente	No aplica*
Me sentí segura de mí misma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pude moverme con libertad o elegir mi postura libremente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todo ocurrió como había imaginado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pude utilizar con éxito las técnicas de relajación que me ayudaron durante las contracciones de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El apoyo de mi acompañante me ayudó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Marque No aplicable si le hicieron una cesárea antes de que comenzaran las contracciones de trabajo de parto.

Sentimientos negativos durante el proceso de parto

Evalúa tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones

	Nada	No mucho	En parte	Totalmente	No aplica*
Me sentí preocupada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve sensaciones extrañas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que estaba perdiendo el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La idea de otro parto me asusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy arrepentida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Marque No aplicable si le hicieron una cesárea antes de que comenzaran las contracciones de trabajo de parto.

Tu grado de dolor

Valora tu grado de dolor del 0 al 10 siendo 0 **sin dolor** y 10 un **dolor insoportable**

NO aplicable en el caso de cesárea programada

	Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor insoportable
Durante la dilatación		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durante el expulsivo		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Valoración general

Dejando a un lado los sentimientos relativos al nacimiento de tu bebé, para ti, como mujer, tu experiencia del parto ha sido:

Muy mala experiencia 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy buena experiencia

Tu parto ideal

En tu opinión, el parto ideal es un parto....

Enumera las siguientes opciones del 1 al 6, por orden de importancia, siendo 1 la más importante y 6 la menos importante. Procura no repetir el mismo número dos veces.

Vaginal	<input type="checkbox"/>
Espontáneo	<input type="checkbox"/>
Sin dolor	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input type="checkbox"/>
Con el profesional que yo diga	<input type="checkbox"/>
Programado	<input type="checkbox"/>

Comentarios

En este apartado puede compartir aspectos que no se hayan mencionado en el cuestionario o aquellos que desee especificar más.

Anexo VIII. Otros resultados derivados del trabajo de tesis

- a) Participación en jornadas y congresos
- b) Participación en proyectos de investigación relacionados con el trabajo de la tesis

a) Participación en jornadas y congresos. Presentación de resultados parciales derivados del trabajo de tesis

1. Presentador de Póster: Cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) en el 22 Symposium EMBL PhD Symposium: The Roaring 20s: A New Decade for Life Sciences celebrado del 27 al 28 de noviembre de 2020.
2. Presentador de Póster Proceso de adaptación al español del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience" en 23º Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (Investen) celebrado en Barcelona del 20 al 22 de noviembre 2019.
3. Ponente de la Comunicación oral: Adaptación y validación del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE) en mujeres españolas" en la Jornada Científica Internacional "Investigación viva en la salud de la mujer" celebrada el 06/07/2019.
4. Ponente de la comunicación oral: Adaptación y validación del "Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)" en mujeres españolas en las 12 Jornadas Científicas Hospital Universitari Vall D'Hebron Institut de Recerca (VHIR) del 12 al 14 de diciembre de 2018.
5. Presentador del Póster: el uso de la entrevista cognitiva en el proceso de validación del cuestionario de la evaluación de la experiencia en el parto (CEEP), presentada en el II Congreso APROMAP y XVII Congreso FAME celebrada del 04 al 06 de octubre 2018.

b) Participación en proyectos de investigación relacionados con el trabajo de la tesis

1. Colaboración en proyecto de investigación: “Cluster randomized trial: Systematic approach for perineal protection” cuya IP es Silvia Manuela Leite Rodrigues con el Instituto de Ciencias Biomédicas de Universidad do Porto. Fecha de aceptación Hospital de Mollet 29/04/2019.

Anexo IX. Difusión de resultados

<https://www.coib.cat/ca-es/sala-de-premsa/noticies-del-col-legi/es-necessita-coneixer-millor-experiencia-de-les-dones-en-el-part-les-maternitats.html>

Es necessita conèixer millor l'experiència de les dones en el part a les maternitats

17 de febrer de 2021

Llevadores • Atenció hospitalària

Un estudi de llevadores analitza per primer cop els resultats obstètrics i la satisfacció de les dones que han parit en dos hospitals de Barcelona. Forma part de l'adaptació cultural i validació a la població espanyola d'un qüestionari que avalua l'experiència en el part i permet mesurar la qualitat assistencial a les maternitats incorporant el punt de vista de la dona.



És necessari mantenir els indicadors de qualitat a les maternitats perquè les dones visquin el procés de naixement de forma satisfactòria i detectar les possibles causes d'insatisfacció per corregir-les, segons afirma l'autor principal de l'estudi [Women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes comparison between two birth hospitals in Barcelona with different level of assistance and complexity](#), el llevador Pablo Rodríguez Coll, membre de la [Vocalia de Llevadores del COIB](#), que s'ha publicat a la revista [Central European Journal of Nursing and Midwifery](#).

A banda del Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA), aquest és el primer estudi que analitza i compara els resultats de satisfacció i experiència en el part amb qüestionaris validats en dues maternitats d'hospitals de diferents nivells d'assistència i de complexitat a Barcelona, l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron i l'Hospital de Mollet. El treball és un dels tres articles publicats referents a la tesi doctoral de Rodríguez, que tracta sobre l'adaptació i validació d'un qüestionari sobre l'experiència en el part en la població espanyola.

Millorar l'experiència del naixement per a les dones

Quan s'avalua l'experiència del naixement, alguns dels factors considerats per les dones inclouen la seva experiència de part prèvia, el control del dolor durant el part, el suport rebut per part de l'acompanyant i els professionals de la salut. Per a l'investigador, els qüestionaris existents a Espanya són obsolets i no permeten avaluar globalment l'experiència de part. Amb aquest treball, Rodríguez

