

# TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA

## TRADUCCIÓN, VALIDACIÓN Y EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DEL CUESTIONARIO PERINATAL BEREAVEMENT CARE CONFIDENCE SCALE (PBCCS) EN MATRONAS ESPAÑOLAS.

BEREAVEMENT CARE CONFIDENCE SCALE (PBCCS) PERINATAL  
QUESTIONNAIRE TRANSLATION, RATIFICATION AND PSYCHOMETRIC  
EVALUATION IN SPANISH MIDWIVES.

**AUTORA**

**D. / D.<sup>a</sup> Ester Ortega Pérez**

**DIRECTORA**

**Prof.<sup>a</sup> María del Mar López Rodríguez**



Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
Universidad de Almería

**Curso Académico**  
2020/2021  
**Convocatoria**  
Junio

## ÍNDICE

RESUMEN -----	4
ABSTRAC -----	5
INTRODUCCIÓN -----	6
METODOLOGÍA -----	9
RESULTADOS -----	14
DISCUSIÓN -----	27
LIMITACIONES DEL ESTUDIO -----	29
CONCLUSIONES -----	30
CONFLICTOS DE INTERES -----	30
APROBACIÓN ÉTICA -----	30
REFERENCIAS -----	31
ANEXOS -----	36

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi tutora, Doña María del Mar López, por entender mis circunstancias y tener paciencia con mis tutorías eternas.

A los profesores del Máster, por transmitirme su pasión por la investigación y hacerme ver un mundo nuevo. En especial a Don José Manuel Hernández por ayudarme en las dificultades de la validación.

A todos los participantes y colaboradores, por hacer de un pensamiento una realidad.

A mi gran familia y mis amigos, que han sido apoyo y paño de lágrimas, han sabido entender mi falta de tiempo y respetar mi ritmo.

A mis compañeras y amigas, María del Mar y Sandra sin las que hubiera tirado la toalla mil veces, gracias por los ratos de risas necesarias.

A mi compañera y amiga, María Cano que me enseñó la importancia de cuidar en la muerte igual o más que en la vida.

A mi marido, al que le debo todo y mucho más. Sin ti no estaría donde estoy ni sería lo que soy.

A todos los bebés mariposa y las familias. Por vosotros es este trabajo, por vosotros lucho por ser cada día mejor profesional y mejor persona. Gracias por enseñarme tanto.

Y a vosotros, mis ángeles del cielo que me hicisteis mamá.

## RESUMEN

**Introducción:** La muerte perinatal es un proceso doloroso y devastador para los profesionales implicados en su atención. Las matronas son parte del equipo encargado de atender a las madres y familias que sufren una pérdida, brindando el apoyo necesario para la elaboración de un duelo saludable. Sin embargo, esta tarea supone un duro trance para las mismas, que se sienten poco capacitadas y con falta de confianza para brindar el apoyo y los cuidados integrales que se precisan. El cuestionario “Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)”, que surge de la necesidad de medir la confianza de las matronas para brindar apoyo al duelo, se mostró como una herramienta válida y fiable. Sin embargo, no existen herramientas similares validadas en español. El objetivo fue traducir, adaptar culturalmente al castellano y evaluar psicométricamente el PBCCS-E, así como el análisis descriptivo de los resultados.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional transversal con una muestra por conveniencia de 209 matronas españolas. Se realizó una evaluación psicométrica de la herramienta PBCCS-E para evaluar la validez (contenido y constructo), la fiabilidad (consistencia interna), y la legibilidad. Además, se analizaron descriptivamente los resultados.

**Resultados:** El PBCCS-E mostró una buena consistencia interna en cada una de las escalas que lo componen (alfa de Cronbach entre 0.722, 0847). El análisis de la validez de contenido se mostró excelente tras eliminar 2 ítems por los expertos (ICV total de la escala=0.982), así como la validez de constructo, que aportó un análisis factorial satisfactorio tras eliminar los ítems con un índice de carga factorial menor a 0.45. El análisis concluyó con el cuestionario PBCCS-E Total con 32 ítems repartidos en sus escalas: escala Conocimientos en duelo perinatal (10 ítems), la escala Habilidades en duelo perinatal (8 ítems), la escala Autoconciencia (6 ítems) y la escala Apoyo Organizacional (8 ítems). Así mismo el análisis descriptivo de los resultados arrojó principalmente diferencias significativas entre las puntuaciones de las escalas y del cuestionario total con la variable formación.

**Conclusiones:** El PBCCS-E se muestra como una herramienta válida y fiable para medir el nivel de confianza de las matronas españolas para brindar apoyo al duelo, permitiendo detectar áreas de mejora.

**Palabras Clave:** duelo perinatal, muerte perinatal, matronas, validación, confianza.

## **ABSTRAC**

**Background:** Perinatal death is a painful and devastating process for all the professionals involved in its assistance. Midwives are part of the team in charge of caring for mothers and families who suffer a loss, providing them the necessary support for a healthy grief development. However, this task is a difficult time for them, who feel poorly trained and lack of confidence to provide the required support and comprehensive care. The “Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)” questionnaire, which arises from the need to measure the confidence of midwives to support grief, showed to be a valid and reliable tool. However, there are no similar tools approved in Spanish.

**Aim:** Translate, culturally adapt to Spanish and psychometrically evaluate PBCCS-E psychometric assessment as well as results descriptive analysis.

**Methods:** A cross-sectional observational study was carried out with a convenience sample of 209 Spanish midwives. A psychometric evaluation of the PBCCS-E tool was performed to assess validity (content and construct), reliability (internal consistency), and readability. In addition, the results were descriptively analyzed.

**Results:** The PBCCS-E showed good internal consistency in each of the scales that compose it (Cronbach's alpha between 0.722, 0847). The content validity analysis was excellent after eliminating 2 items by the experts (total ICV of the scale = 0.982), as well as the construct validity, which provided a satisfactory factor analysis after eliminating the items with a factor load index. less than 0.45. The analysis concluded with the PBCCS-E Total questionnaire with 32 items distributed in scales: Perinatal Grief Knowledge scale (10 items), Perinatal Grief Skills scale (8 items), Self-awareness scale (6 items) and Support organizational scale (8 items). Likewise, the results descriptive analysis showed mainly significant differences between the scale scores and the total questionnaire with the training variable.

**Conclusions:** The PBCCS-E is shown as a valid and reliable tool to measure the level of confidence of Spanish midwives to provide support to grief, allowing to detect areas for improvement.

**Key words:** Perinatal bereavement, perinatal death, midwives, validity, confidence.

## INTRODUCCIÓN

La muerte perinatal es sin duda uno de los eventos más dolorosos que se pueden vivir a nivel de la obstetricia (1), ya que supone un proceso devastador para los padres, pero también para los profesionales implicados en su atención (2).

La muerte perinatal se define como la pérdida entre la semana 22 de gestación (28 semanas si lo usamos para comparación de datos internacional) y los 7 días de vida (hasta los 28 días de vida en la definición ampliada de la OMS) (3). En 2019 España tuvo una tasa de muerte perinatal de 4.37 muertes por cada 1000 nacidos vivos (4), por lo tanto, supone un problema relevante. Sin embargo, haciendo una definición más extensiva e inclusiva se debería de considerar la pérdida perinatal como aquella se produce en cualquier momento desde que se conoce el embarazo hasta el primer mes de vida del niño (5,6).

Como en cualquier proceso relativo a la muerte, se elabora un duelo por parte de los padres que pierden un bebé; una respuesta afectiva normal que se produce ante la pérdida de una persona importante (7,8). Este duelo supone un proceso adaptativo y doloroso en el que los cuidados integrales humanizados e individualizados que prestan los profesionales sanitarios pueden facilitar el proceso natural de duelo (9). Para los padres, las intervenciones de apoyo y comprensión por parte de algunos profesionales sanitarios, supone un punto primordial para elaborar un duelo saludable (10,11).

Desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, atender procesos de pérdidas perinatales supone un duro trance (12) y un conflicto interno ya que el fallecimiento de un bebé pone en relevancia la muerte como parte del proceso natural de la vida (13,14) esto supone estar abierto al dolor, la angustia y la complejidad que conlleva este proceso (15).

En la bibliografía actual podemos encontrar numerosos trabajos que abordan las experiencias de los profesionales en atención a pérdidas perinatales (16,17) en los que se exponen sus emociones y percepciones. Este abordaje, fundamentalmente cualitativo, da como resultado una profundización de cómo viven los profesionales este proceso (18), lo que permite abordar las deficiencias de la atención a los padres, los déficits organizacionales percibidos, o las secuelas emocionales y psicológicas de los mismos (19).

Uno de los resultados más repetidos en estos trabajos, es la sensación de los profesionales de no estar del todo capacitados (20), no sentirse a la altura de la atención de que precisan las

familias (21) e incluso una falta de confianza en su conocimiento y su desempeño a la hora de proporcionar apoyo a los padres que sufren esta situación (22).

Uno de los profesionales protagonistas en la atención a las pérdidas perinatales es la matrona (7). Ellas son las que están presentes en el transcurso de la elaboración del duelo, y juegan un papel fundamental en el apoyo de las familias (23). Para las matronas, cuidar a las familias que acaban de sufrir una pérdida perinatal no es algo que se pueda improvisar, es algo que precisa de una adecuada formación y capacitación, así como el desarrollo de habilidades además de poder disponer de adecuados recursos humanos asistenciales y organizativos que permitan una adecuada calidad asistencial y satisfacción profesional (24).

Sin embargo, aunque progresivamente se pueden observar un número creciente de investigaciones y guías clínicas que aportan las herramientas necesarias para prestar la atención integral y de calidad que precisan las familias durante la elaboración de su duelo (25–28), las matronas siguen identificando áreas problemáticas como: la necesidad de mejorar la capacitación, continuidad de la atención; sistemas y estructuras de apoyo y vías de atención educativa (10). De este modo, surge la necesidad de herramientas de medición validadas que aporten más conocimiento para abordar dichas áreas de mejora.

En 2020 se publica Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS) (29), un cuestionario validado en inglés que mide el nivel de confianza de las matronas para brindar apoyo en situaciones de duelo. En dicho instrumento, al igual que en otros encontrados (30,31), se mide el nivel de confianza autoevaluada como indicador del nivel de competencia o capacitación en duelo, es decir la aplicación de los conocimientos y habilidades necesarios (32–34). La bibliografía recomienda la evaluación precoz de la confianza clínica mediante el uso de herramientas de evaluación de confianza (35) ya que resulta fundamental que los profesionales de la salud posean cierto nivel de confianza para progresar en el desarrollo profesional y el dominio de las competencias (36). En este estudio se abordan los conceptos de confianza o autoconfianza de manera indistinta siguiendo la línea de otros estudios (37). El constructo confianza posee unos antecedentes como son el conocimiento, preparación percibida, actitud, experiencia, metas personales, autoconcepto, influencia de estímulos externos, autoestima, etc. (36) (Perry, 2011). Existen también una serie de factores psicosociales, como la autoconciencia, la fuerza interna, y el apoyo de las organizaciones, que afectan a la confianza de las matronas a la hora de brindar un apoyo adecuado al duelo perinatal (34,38). Esto justifica que el PBCCS se desarrolle mediante la medición de 4 escalas

basadas en estos antecedentes y en el análisis de dichos factores psicosociales: 1. Conocimiento en duelo perinatal, 2. Habilidades en duelo perinatal, 3. Autoconcepto y 4. Apoyo organizacional (29,34).

Sin embargo, no encontramos herramientas en español que permitan llevar a cabo la evaluación de la confianza para brindar apoyo en duelo. Es por ello, que traducir, adaptar culturalmente y evaluar psicométricamente este cuestionario al castellano fue el objetivo de esta investigación. El equipo de investigación se marcó también como objetivo el análisis descriptivo de los resultados.



## **METODOLOGÍA**

### **DISEÑO**

Para abordar el objetivo se llevó a cabo un estudio descriptivo del tipo observacional transversal, en dos fases: la fase de traducción y adaptación del instrumento, con una revisión de expertos; y la fase de aplicación del instrumento autoadministrado y medición de los resultados en una muestra de la población diana.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La selección de los participantes se realizó con un método de muestreo de conveniencia. Todos los participantes debían cumplir los criterios de inclusión: ser matronas/es titulados en activo o jubilados/as en los últimos 5 años, hablar castellano, trabajar o haber trabajado en hospitales españoles, tener experiencia en la atención de casos de duelo perinatal, querer participar en el estudio y aceptar el consentimiento informado. Se consideró como criterio de exclusión, tener menos de 6 meses de experiencia laboral como matrona.

Siguiendo las guías para el desarrollo y uso de escalas y cuestionarios en salud (39–41) se propuso una muestra de al menos 5 participantes por ítem para el estudio de validación final.

### **RECOPIACIÓN DE DATOS**

Los datos fueron recogidos entre marzo y mayo de 2021. El contacto se llevó a cabo a través de redes sociales y se generó un cuestionario de acceso on-line, que consta de cuatro secciones. Previamente se recogió la información sociodemográfica de los participantes (género, edad, tiempo laboral como matrona, lugar y ámbito de trabajo, formación y motivación en duelo). En la primera sección, se incluyeron los ítems sobre el conocimiento en duelo perinatal. En las dos siguientes secciones se trataron dos temas de autoanálisis: en la segunda se abordó el conocimiento de las habilidades para brindar apoyo durante el duelo perinatal y en la tercera sección la conciencia de sí mismo o autoconciencia. Por último, la cuarta sección trata la percepción o conocimiento del apoyo organizacional.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Medicina, Fisioterapia y Enfermería de la Universidad de Almería aprobó el proyecto con N.º de registro EFM 119/2021. A todos los participantes se les informó del objetivo del estudio, así como de la vinculación de este, y del instrumento de evaluación. Se les aseguró la confidencialidad y anonimato durante todo el proceso de cumplimentación y tratamiento de los datos. Para garantizar la confidencialidad se siguieron las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre). También se les informó de la posibilidad de abandono del estudio cuando quisieran sin necesidad de justificarse. Se les pidió consentimiento escrito, previo a su participación. Todos los participantes aceptaron la participación voluntaria antes de completar el cuestionario en línea.

## DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO ORIGINAL

El estudio se basa en la aplicación, traducida y adaptada del cuestionario original, titulado Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS) el cual se compone de 43 ítems repartidos en cuatro secciones: Escala de conocimientos de apoyo al duelo (15 ítems); Escala de habilidades de apoyo al duelo, (9 ítems); Escala de autoconciencia (8 ítems); y Escala de apoyo organizacional (11 ítems). Los ítems del cuestionario se puntuaron en una escala Likert de 5 puntos, que van desde Totalmente en desacuerdo hasta Totalmente de acuerdo (1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo). Según los autores 6 de los 43 elementos que conforman el PBCCS valoran el aspecto opuesto, por lo que necesitan invertir su puntuación para calcular la puntuación total. Según el sistema de puntuación, una puntuación del 80% o más se consideró como un nivel adecuado de confianza para un participante. Además, se incluyó al inicio una sección para abordar los aspectos sociodemográficos de los participantes. Las confiabilidades de consistencia interna variaron de 0,753 a 0,871. Por lo tanto, el PBCCS se consideró una herramienta válida y confiable con buenas propiedades psicométricas (29).

## FASE 1: TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO. VALIDACIÓN DEL CONTENIDO POR EXPERTOS.

La traducción del inglés al español de PBCCS se realizó mediante el método de traducción-retrotraducción (42,43). Este sistema consistió en que dos expertos bilingües realizaron una

traducción del inglés al español del PBCCS de manera individual. Una vez realizadas las traducciones se pusieron en común, unificando ambas versiones y creando un cuestionario en español. Por último, un tercer traductor, realizó una conversión ciega de la nueva versión castellana al inglés, es decir una traducción inversa del PBCCS, para validar la consistencia de la traducción. Para concluir la adaptación semántica, los investigadores se reunieron con 3 expertos bilingües acreditados independientes que confirmaron la validez semántica y conceptual del cuestionario traducido (PBCCS-E)

Una vez realizada la traducción gramatical, el nuevo cuestionario (PBCCS-E) fue evaluado por un grupo 10 de expertos en duelo perinatal y validación de cuestionarios (44). Para la elección de estos expertos se consideraron los siguientes criterios de inclusión: ser profesional experto relacionado con la atención al duelo perinatal o experto en validación de cuestionarios, y tener una experiencia en su campo de más de cinco años. Los profesionales seleccionados fueron matronas/es, psicóloga, psicólogo docente, enfermera, enfermero docente e investigador docente; con una experiencia laboral entre 8 y 20 años, y una media de 12.9 años de experiencia. Este grupo de expertos evaluó los 43 ítems del PBCCS-E, según su relevancia. La evaluación se llevó a cabo con un cuestionario on-line, y cada ítem fue puntuado mediante una escala tipo Likert donde 1: No relevante, 2: Algo relevante; 3: Bastante relevante y 4: Muy relevante. Después se calculó el índice de validez de contenido, seleccionando los ítems con un valor mayor o igual a 3 y dividiéndolos entre el número total de expertos. Se consideró adecuado un IVC-i mayor o igual a 0.78(45).

Tras la evaluación de los expertos, se llevó a cabo un primer análisis del cuestionario PBCCS-E en un grupo de 5 matronas, que revisaron de manera crítica el contenido del cuestionario. En primer lugar, analizaron el grado de comprensión de los ítems para saber si eran legibles y entendibles por sujetos de similares características a los de la muestra, posteriormente se les preguntó por la ambigüedad de los constructos, el tiempo de realización y el formato del cuestionario (46). Con ello se pretendió comprobar que el cuestionario era adecuado y los ítems estaban culturalmente adaptados. Finalmente se modificó la redacción de un ítem en este apartado por ser unánime la opinión de que no era fácilmente entendible.

## FASE 2: ESTUDIO PSICOMÉTRICO DEL PBCCS-E

Para realizar la evaluación psicométrica del test PBCC-E se probó la legibilidad y la comprensibilidad, la fiabilidad (mediante la consistencia interna), y la validez (de contenido y de constructo), siguiendo las guías para la validación de cuestionarios en salud (42–45). Previamente se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas. En las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes y en las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico IBM® SPSS® 26.v para Windows®.

### 2.1 LEGIBILIDAD Y COMPRENSIBILIDAD

Tras la evaluación de los expertos, se llevó a cabo un primer análisis del cuestionario PBCCS-E en un grupo de 15 matronas, que revisaron de manera crítica el contenido del cuestionario. En primer lugar, analizaron el grado de comprensión de los ítems para saber si eran legibles y entendibles por sujetos de similares características a los de la muestra, posteriormente se les preguntó por la ambigüedad de los constructos, el tiempo de realización y el formato del cuestionario (46). Con ello se pretendió comprobar que el cuestionario era adecuado y los ítems estaban culturalmente adaptados.

### 2.2 FIABILIDAD

Se analizó la fiabilidad del PBCCS-E mediante la determinación de la consistencia interna, a través la exploración del coeficiente del alfa de Cronbach de la escala total, el ITC corregido y el alfa de Cronbach si se eliminaba un ítem concreto en la escala (42)

### 2.3 VALIDEZ

La validez de contenido del PBCCS-E fue analizada en la fase 1 por un grupo de 10 expertos, mediante la determinación del índice de validez de contenido de la escala. Se consideró aceptable un IVC-t mayor de 0.78 (45). Para medir la validez de constructo se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio (AFE) mediante la realización del análisis de componentes principales (ACP) y el análisis de grupos conocido (AGC). Previamente exploramos si el tamaño muestral era el adecuado mediante la realización del test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y comprobamos la idoneidad del análisis factorial con la prueba de esfericidad de Bartlett (42). Se consideró que un  $KMO > 0.7$  y una prueba de Bartlett significativa ( $\chi^2$ ) adecuados

para realizar un AFE (Polit & Beck, 2015). El ACP se realizó con una rotación varimax; aceptando únicamente valores propios superiores a 1 (45,47). Se consideró que los ítems formaban parte de un factor cuando su coeficiente de carga factorial era  $\geq 0,45$  (47).

## 2.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

Para completar la validación del cuestionario, se realizó el análisis descriptivo de los resultados obtenidos para la muestra total (N=209). Para ello, se realizaron las pruebas de normalidad mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Todas las variables seguían una distribución normal. Se analizaron las puntuaciones del cuestionario total PBCCS-E y de las escalas que lo componen, y se relacionaron con las variables sociodemográficas y profesionales utilizando pruebas paramétricas: T de student para dos grupos y ANOVA para más de dos grupos.

## RESULTADOS

### 1.1 RESULTADOS VALIDACIÓN POR EXPERTOS

En el análisis preliminar por expertos, se realizó la validez de contenido del test PBCCS traducido. Los resultados se presentan en la tabla 1. El panel de expertos consideró que el ítem 17 era poco relevante ( $IVC-i < 0.78$ ) por lo que los investigadores decidieron eliminarlo ya que en el ítem 16 aborda más ampliamente la cuestión. El ítem 41 también fue considerado como poco relevante. Además el grupo de matronas que revisó la legibilidad del test, también seleccionó este ítem como poco legible por lo que se decidió su eliminación. El  $IVC-t$  fue 0.964 previa a la eliminación de los ítems y de 0.982 tras ella.

**Tabla 1.** Validez de contenido por expertos.

ITEM	IVC-i	ITEM	IVC-i
Ítem 1	0.9	Ítem 22	1
Ítem 2	1	Ítem 23	0.9
Ítem 3	0.9	Ítem 24	1
Ítem 4	1	Ítem 25	1
Ítem 5	1	Ítem 26	0.9
Ítem 6	1	Ítem 27	1
Ítem 7	1	Ítem 29	1
Ítem 8	1	Ítem 30	0.8
Ítem 9	1	Ítem 31	1
Ítem 10	1	Ítem 32	1
Ítem 11	1	Ítem 33	1
Ítem 12	1	Ítem 34	1
Ítem 13	1	Ítem 35	0.8
Ítem 14	1	Ítem 36	0.9
Ítem 15	1	Ítem 37	1
Ítem 15	1	Ítem 38	1
Ítem 16	1	Ítem 39	0.9
Ítem 17	0.6	Ítem 40	0.9
Ítem 18	0.9	Ítem 41	0.5
Ítem 19	1	Ítem 42	0.8
Ítem 20	0.9	Ítem 43	0.9
Ítem 21	1		
<b>IVC-t SIN ELIMINAR ITEMS</b>	<b>0.962</b>	<b>IVC-t ELIMINANDO ITEMS</b>	0.982

IVC-i: Índice de Validez de contenido del ítem. IVC-t: Índice de Validez de Contenido total

## 1.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Las características sociodemográficas de la muestra (N=209) se presentan en la tabla 2. Los participantes fueron en su mayoría mujeres (91.9%) y su edad varió entre 25 y 63 años, siendo la media de 38.78 años (DE =10.23). La experiencia laboral media como matrona fue de 10.75 años (DE= 9.84), con un mínimo de 1 año y un máximo de 40 años, actualmente desarrollando su actividad en su mayoría en el ámbito público (97.1%). Un 71.3% (n=145) de la muestra informó tener alguna formación en duelo, siendo la media de horas de dicha formación de 27.62 (DE= 46.46).

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de la población de estudio (N=209)

<b>Variable</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
<i>Edad</i>	38.78	10.23
<i>Años de experiencia laboral</i>	10.75	9.84
<i>Horas de formación aproximadas</i>	27.62	46.46
	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Sexo</i>		
Hombre	17	8.10
Mujer	192	91.90
<i>Ámbito de trabajo</i>		
Público	203	97.1
Privado	6	2.9
<i>Área de trabajo</i>		
Paritorio, área de partos	130	62.2
Planta de tocología/gestantes/ginecología y obstetricia	23	11.0
Atención primaria	56	26.8
<i>Formación</i>		
Si	149	71.3
No	60	28.7
<i>Inquietudes profesionales frente al duelo perinatal</i>		

Si	202	96.7
No	7	3.3

M= Media. DE= Desviación Estándar

### 1.3 LEGIBILIDAD Y COMPRENSIBILIDAD

El grupo de matronas (N=15) que participaron en el análisis de legibilidad y comprensibilidad reportaron dificultad en dos ítems. El ítem 22 les suscitó dudas en la redacción a la mayoría (73%) por lo que se decidió modificar ligeramente para que fuera más comprensible sin cambiar el significado del constructo. El ítem 41 también era poco entendible, pero fue eliminado en el proceso de validación por expertos. Reportaron un tiempo de realización entre 9 y 18 minutos.

### 1.4 VALIDEZ

#### 1.4.1 Validez de contenido

La validez de contenido fue estudiada en la fase previa por el panel de expertos. En dicha fase, se consideró que todos los ítems contribuyen a evaluar el nivel de confianza de las matronas españolas, excepto dos que fueron eliminados por ser su IVC-i menor de 0.78. El resto de los ítems presentaron un IVC-i entre 0.8 y 1. El IVC-t fue de 0.982.

#### 1.4.2 Validez de constructo

La validez de constructo del PBCCS-E fue medida mediante un análisis factorial exploratorio de cada una de las escalas que lo componen: Escala de Conocimientos en duelo perinatal, Escala de Habilidades en duelo perinatal, Escala de Autoconciencia y Escala de Apoyo organizacional.

##### 1.4.2.1 Subescala Conocimientos en duelo perinatal

La prueba de esfericidad de Barlett fue significativa ( $\chi^2 = 810.365$ ;  $p < 0.000$ ) y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación muestral fue de 0.779; lo que mostró adecuado realizar el análisis de componentes principales (ACP). El ACP de esta escala dio como resultado 3 factores, con valores propios por encima de 1, que explicaban el 66.51% de la varianza total.



Todos los ítems tuvieron una carga factorial por encima de 0.45. La carga factorial de cada ítem se muestra en la tabla 3.

#### 1.4.2.2 Escala de Habilidades en duelo perinatal

La prueba de esfericidad de Barlett fue significativa ( $\chi^2 = 565.694$ ;  $p < 0.000$ ) y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0.828) mostró una buena adecuación muestral para realizar ACP. El ACP de esta escala dio como resultado 2 factores, con valores propios por encima de 1, que explicaban el 60.61% de la varianza total. La carga factorial de los ítems se situó entre 0.519 y 0.800 como se muestra en la tabla 3.

#### 1.4.2.3 Escala de Autoconciencia

La prueba de esfericidad de Barlett fue significativa ( $\chi^2 = 256.550$ ;  $p < 0.000$ ) y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0.769) mostró adecuación muestral para realizar ACP, el cual, dio como resultado que un único factor, con un valor propio por encima de 1, explicaba el 44.24% de la varianza total. Todos los ítems tuvieron una carga factorial por encima de 0.45 (Tabla 3).

#### 1.4.2.4 Escala de Apoyo Organizacional

El ACP se realizó sobre esta escala, se obtuvo que un único factor, cuyo valor propio se situaba encima de 1, explicaba el 49.22% de la varianza total. La carga factorial de los ítems se situó entre 0.527 y 0.795, lo que se observa en la tabla 3.

**Tabla 3.** Carga factorial y dimensiones subyacentes de las escalas del PBCCS-E

Escala de Conocimientos en duelo perinatal	Factor de Carga sobre cada dimensión
<b>Dimensión 1</b>	
5. Entiendo las necesidades culturales de los padres en duelo.	0.898
6. Entiendo las necesidades sociales de los padres en duelo.	0.879
9. Entiendo las necesidades religiosas de los padres en duelo.	0.805

<b>Dimensión 2</b>	
4. Se cómo proporcionar las necesidades específicas de apoyo a las madres durante el duelo.	0.802
10. Conozco el sistema para derivar al apoyo adicional en duelo.	0.752
13. He recibido la formación adecuada para proporcionar apoyo en el duelo perinatal.	0.723
<b>Dimensión 3</b>	
7. Desconozco el proceso legal relacionado con la pérdida perinatal antes de las 24 semanas de gestación.	0.735
8. No sé cómo proporcionar las medidas específicas de apoyo para el duelo de los padres en duelo.	0.715
11. No tengo los conocimientos prácticos adecuados para el apoyo al duelo.	0.774
12. Conozco el proceso legal relacionado con la pérdida perinatal después de las 24 semanas de gestación.	0.501
<b>Escala Habilidades en duelo perinatal</b>	<b>Factor de Carga sobre cada dimensión</b>
<b>Dimensión 1</b>	
17. No tengo la experiencia necesaria para el apoyo en el duelo perinatal.	0.519
18. Puedo proporcionar la información relevante requerida por los padres en duelo.	0.728
20. Puedo proporcionar atención emocional a los padres en duelo	0.724
21. Puedo proporcionar atención espiritual a los padres en duelo.	0.689
22. Puedo responder fácilmente a las necesidades de los hermanos, abuelos o demás familiares en duelo cuando acompaño a los padres.	0.793
23. Puedo responder fácilmente a las necesidades de los padres con una experiencia previa de pérdida perinatal cuando esperan su próximo bebé.	0.800
<b>Dimensión 2</b>	

16. Tengo las destrezas necesarias (empatía, compasión, capacidad de escucha, etc.) para brindar apoyo a los padres en duelo reciente.	0.587
19. Puedo escuchar tranquilamente a los padres en duelo sin intentar interrumpirlos.	0.640
<b>Escala de Autoconciencia</b>	Factor de Carga sobre cada dimensión
24. Soy consciente de las necesidades de los padres recientemente en duelo.	0.753
25. Puedo empatizar fácilmente con los padres en duelo (empatía significa que puedo ponerme en su lugar a nivel emocional).	0.617
26. Soy consciente de las necesidades específicas de los padres con experiencia previa de pérdida perinatal que esperan su próximo bebé.	0.753
29. Participo regularmente en la práctica reflexiva grupal en relación con la provisión de apoyo para el duelo perinatal.	0.512
30. Conozco mis recursos personales para proporcionar el apoyo al duelo.	0.735
31. Ser consciente de mi necesidad de apoyo en relación con el cuidado de los padres en duelo me anima a buscar ayuda.	0.582
<b>Escala de Apoyo Organizacional</b>	Factor de Carga sobre cada dimensión
32. Cuento con el apoyo de la directiva de mi centro de trabajo en relación con el abordaje del duelo.	0.795
33. Cuento con el apoyo adecuado de mis compañeros en mi lugar de trabajo con la prestación de apoyo en caso de duelo.	0.724
34. Mi entorno laboral me permite sentirme relajado/a para realizar mi trabajo diario.	0.560
35. Recibo reconocimiento por brindar un apoyo efectivo para el duelo.	0.759
36. Mi superior organiza mi ubicación en el trabajo diario para facilitar el apoyo al duelo.	0.763
38. Existe una política clara en mi sala/unidad para la provisión de apoyo a los padres en duelo.	0.740
39. Hay un número adecuado de matronas para cubrir la sala/unidad que permita la prestación de apoyo en caso de duelo.	0.527
40. Mi organización me brinda formación en apoyo al duelo.	0.725

## 1.5 FIABILIDAD

La fiabilidad del PBCCS-E se midió de igual modo en cada una de sus escalas.

### 1.5.1 Fiabilidad de la Escala Conocimiento en duelo perinatal

La subescala Conocimientos en duelo perinatal obtuvo un alfa de Cronbach de 0.784. Los ítems 1,2,3,14 y 15 mostraron un CTC menor de 0.3 y aumentaban el alfa de Cronbach si eran eliminados, por lo que fueron eliminados, el alfa de Cronbach final para esta escala fue 0.812, como se observa en la tabla 4.

### 1.5.1 Fiabilidad de la Escala Habilidades en duelo perinatal

La subescala Habilidades en duelo perinatal obtuvo un alfa de Cronbach de 0.813 y todos los ítems obtuvieron una CTC mayor de 0.3 por lo que todos fueron conservados (tabla 4).

### 1.5.1 Fiabilidad de la Escala Autoconciencia del duelo perinatal

La subescala Autoconciencia obtuvo un alfa de Cronbach de 0.695. Los ítems 27 y 28 mostraron un CTC menor de 0.3 y aumentaban el alfa de Cronbach si eran eliminados, por lo que fueron eliminados, el alfa de Cronbach final para esta escala fue 0.722 (tabla 4).

### 1.5.1 Fiabilidad de la Escala Apoyo organizacional

La subescala Apoyo organizacional obtuvo un alfa de Cronbach de 0.820. Los ítems 37 y 41 mostraron un CTC menor de 0.3 y aumentaban el alfa de Cronbach si eran eliminados, por lo que fueron eliminados, el alfa de Cronbach final para esta escala fue 0.847 (tabla 4).

**Tabla 4.** Consistencia interna del PBCCS-E.

	M	DE	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
4. Se cómo proporcionar las necesidades específicas de apoyo a las madres durante el duelo.	3.39	0.837	.539	.793

5. Entiendo las necesidades culturales de los padres en duelo.	3.72	1.088	.558	.788
6. Entiendo las necesidades sociales de los padres en duelo.	3.93	0.953	.577	.788
7. Desconozco el proceso legal relacionado con la pérdida perinatal antes de las 24 semanas de gestación.	2.78	1.209	.328	.815
8. No sé cómo proporcionar las medidas específicas de apoyo para el duelo de los padres en duelo.	3.13	1.091	.398	.805
9. Entiendo las necesidades religiosas de los padres en duelo.	3.87	1.037	.507	.794
10. Conozco el sistema para derivar al apoyo adicional en duelo.	3.37	1.174	.469	.798
11. No tengo los conocimientos prácticos adecuados para el apoyo al duelo.	3.01	1.168	.491	.796
12. Conozco el proceso legal relacionado con la pérdida perinatal después de las 24 semanas de gestación.	3.19	1.078	.582	.786
13. He recibido la formación adecuada para proporcionar apoyo en el duelo perinatal.	2.90	1.250	.529	.791
16. Tengo las destrezas necesarias (empatía, compasión, capacidad de escucha, etc.) para brindar apoyo a los padres en duelo reciente.	4.29	0.684	.359	.812
17. No tengo la experiencia necesaria para el apoyo en el duelo perinatal.	2.90	1.257	.399	.820
18. Puedo proporcionar la información relevante requerida por los padres en duelo.	3.44	0.999	.617	.778
19. Puedo escuchar tranquilamente a los padres en duelo sin intentar interrumpirlos.	4.63	0.999	.390	.810
20. Puedo proporcionar atención emocional a los padres en duelo	4.09	0.792	.617	.783
21. Puedo proporcionar atención espiritual a los padres en duelo	3.13	1.127	.551	.789
22. Puedo responder fácilmente a las necesidades de los hermanos, abuelos o demás familiares en duelo cuando acompaño a los padres.	3.12	1.026	.685	.767
23. Puedo responder fácilmente a las necesidades de los padres con una experiencia previa de pérdida perinatal cuando esperan su	3.40	1.083	.692	.765

próximo bebé.				
24. Soy consciente de las necesidades de los padres recientemente en duelo	4.08	0.840	.544	.661
25. Puedo empatizar fácilmente con los padres en duelo (empatía significa que puedo ponerme en su lugar a nivel emocional).	4.41	0.723	.405	.700
26. Soy consciente de las necesidades específicas de los padres con experiencia previa de pérdida perinatal que esperan su próximo bebé.	4.04	0.932	.547	.656
29. Participo regularmente en la práctica reflexiva grupal en relación con la provisión de apoyo para el duelo perinatal.	2.47	1.305	.355	.742
30. Conozco mis recursos personales para proporcionar el apoyo al duelo.	3.89	0.949	.568	.648
31. Ser consciente de mi necesidad de apoyo en relación con el cuidado de los padres en duelo me anima a buscar ayuda.	4.33	0.774	.416	.696
32. Cuento con el apoyo de la directiva de mi centro de trabajo en relación con el abordaje del duelo.	3.30	1.240	.680	.817
33. Cuento con el apoyo adecuado de mis compañeros en mi lugar de trabajo con la prestación de apoyo en caso de duelo.	4.00	0.958	.609	.829
34. Mi entorno laboral me permite sentirme relajado/a para realizar mi trabajo diario.	3.79	1.148	.448	.845
35. Recibo reconocimiento por brindar un apoyo efectivo para el duelo.	3.05	1.241	.652	.820
36. Mi superior organiza mi ubicación en el trabajo diario para facilitar el apoyo al duelo.	2.55	1.259	.634	.823
38. Existe una política clara en mi sala/unidad para la provisión de apoyo a los padres en duelo.	2.97	1.365	.624	.824
39. Hay un número adecuado de matronas para cubrir la sala/unidad que permita la prestación de apoyo en caso de duelo.	2.53	1.252	.429	.848
40. Mi organización me brinda formación en apoyo al duelo.	2.56	1.220	.617	.825

M= Media. DE= Desviación Estándar

El cuestionario PBCCS-E Total (32 ítems) obtuvo una puntuación media de 110.25 (DE=17.05), variando las puntuaciones entre 62 y 145 puntos (Rango 32-160). Las puntuaciones de las escalas que componen el PBCCS-E también se analizaron. La escala Conocimientos en duelo perinatal (10 ítems) tuvo una media de 33.29 (DE=6.67), la escala Habilidades en duelo perinatal (8 ítems) obtuvo 29.0 (DE=5.10) de puntuación media, la escala Autoconciencia (6 ítems) tuvo una media de 23.22 (DE=6.64) y la escala Apoyo Organizacional (8 ítems) obtuvo una puntuación media de 24.75 (DE=6.76).

## 1.6 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

Las puntuaciones totales del PBCCS-E y de las escalas que lo componen se analizaron descriptivamente. El PBCCS original consideró una puntuación del 80% o más un nivel adecuado de confianza. En nuestro estudio un 17.2% (n=36) de la muestra obtuvo ese nivel adecuado de confianza (Variable: PBCCS-E: nivel adecuado de confianza)

Las variables sociodemográficas fueron analizadas previamente, siguiendo todas ellas una distribución normal. Al comparar la variable Formación (“¿Ha recibido formación específica en duelo perinatal (cursos, jornadas, congresos, etc.)?”) con el resto de las variables categóricas, se obtuvo que existen diferencias significativas con el ámbito de trabajo ( $X^2 (1) = 4.349, p = .037$ ) y con el área de trabajo ( $X^2 (2) = 10.769, p = .005$ ). También se pudieron observar diferencias significativas con las puntuaciones de todas las escalas y del cuestionario general, así como con la variable Nivel adecuado de confianza. La variable formación también fue comparada con las variables numéricas, pero no se obtuvieron diferencias (Tabla 5).

**Tabla 5.** Comparación de variables según formación específica en duelo perinatal.

Formación específica en duelo perinatal (cursos, jornadas, congresos, etc.)	
Si n=149	No n=60

		n	%	n	%	Chi2	p
<b>Género</b>	Mujer	139	93.30	53	88.30	1.406	0.236
	Hombre	10	6.70	7	11.70		
<b>Ámbito de trabajo</b>	Público	147	98.70	56	93.30	4.349	0.037
	Privado	2	1.30	4	6.70		
<b>Área de trabajo</b>	Paritorio	98	65.80	32	53.30	10.769	0.005
	Atención Primaria	31	20.80	25	41.70		
	Otros	20	13.40	3	5.00		
<b>Inquietudes profesionales frente al duelo</b>	Si	143	96.00	59	98.30	0.736	0.391
	No	6	4.00	1	1.70		
<b>PBCCS-E: Nivel adecuado de confianza</b>	Si	116	77.9	57	95.00	8.82	0.003
	No	33	22.1	3	5.00		
		M	DE	M	DE	T de Student	p
<b>Edad (en años)</b>		38.74	9.94	38.85	11.04	-0.067	0.947
<b>Experiencia laboral (años)</b>		10.39	9.17	11.65	11.39	-0.837	0.404
<b>Escala Conocimientos</b>		35	6	30	6	5.399	0.000
<b>Escala Habilidades</b>		30	5	27	5	2.991	0.003
<b>Escala Autoconciencia</b>		24	4	22	4	3.224	0.001
<b>Escala Apoyo Organizacional</b>		25	7	23	7	1.745	0.082
<b>PBCCS-E Total</b>		113	17	102	16	4.407	0.000

M= Media. DE= Desviación Estándar. p= nivel de significación. PBCCS-E= Perinatal Bereavement Care Confidence Scale-Española



La variable Área de trabajo también fue analizada. Solo se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de la Escala de Apoyo Organizacional ( $F(2) = 3.777, p=0.025$ ) entre las áreas de trabajo de paritorio y atención primaria (Bonferroni:  $p=0.029$ ) existiendo una media significativamente mayor en el área de paritorio (tabla 6).

**Tabla 6.** Comparación de variables según área de trabajo.

		Área de trabajo						Chi <sup>2</sup>	p
		Paritorio (n=130)		Atención Primaria (n=56)		Otros (n=23)			
		n	%	n	%	n	%		
<b>sexo</b>	Mujer	115	88.50	54	96.40	23	100.00	5.613	0.06
	Hombre	15	11.50	2	3.60	0	0.00		
<b>Ámbito de trabajo</b>	Público	129	99.20	53	94.60	21	91.30	6.099	0.051
	Privado	1	0.80	3	5.40	2	8.70		
<b>Inquietudes profesionales frente al duelo</b>	Si	124	95.40	55	98.20	23	100.00	1.864	0.394
	No	6	4.60	1	1.80	0	0.00		
<b>PBCCS-E: Nivel adecuado de confianza</b>	Si	24	18.50	7	12.50	5	21.70	1.345	0.510
	No	106	81.50	49	87.50	18	78.30		
		M	DE	M	DE	M	DE	F	p
<b>Edad (en años)</b>		38.29	10.1	41.11	11.29	35.83	7.1	2.59	0.07
<b>Experiencia laboral (años)</b>		10.23	9.14	13.23	11.73	7.65	7.49	3.16	0.04
<b>Horas de formación</b>		28.72	54.14	24.6	24.39	26.95	30.55	0.09	0.91
<b>Escala Conocimientos</b>		33.21	7.19	33.66	5.42	32.83	6.62	0.15	0.86
<b>Escala Habilidades</b>		29.24	5.16	28.37	4.97	29.17	5.21	0.57	0.56
<b>Escala Autoconciencia</b>		23.31	3.49	22.82	3.7	23.7	4.37	0.56	0.56
<b>Escala Apoyo Organizacional</b>		25.45	6.63	22.66	6.96	25.87	6.13	3.77	0.25
<b>PBCCS-E Total</b>		111.2	17.48	107.52	15.35	111.57	18.54	0.98	0.37

M= Media. DE= Desviación Estándar. p= nivel de significación. F= ANOVA. PBCCS-E= Perinatal Bereavement Care Confidence Scale-Española

Las puntuaciones de las escalas y del total del PBCCS-E fueron correlacionadas con las variables escalares recogidas. De este modo se observó que existía una correlación directa baja entre la edad de las matronas y las puntuaciones de las escalas Conocimiento en duelo perinatal, Habilidades en duelo perinatal y el PBCCS-E total. La experiencia laboral mostró la misma correlación con dichas escalas. Las horas de formación en duelo solo se vio correlacionada con la escala de Conocimientos en duelo perinatal. (tabla 7)

**Tabla 7.** Correlaciones entre variables

	Edad	Experiencia laboral	Horas formación	Escala Conocimientos	Escala Habilidades	Escala Autoconciencia	Escala Apoyo Organizacional	PBCCS-E Total	
<b>Edad</b>	r	1	.874	-0.061	.280	.199	0.069	-0.018	.177
	p		0.000	0.465	0.000	0.004	0.318	0.791	0.011
<b>Experiencia laboral</b>	r	1	-0.039	.257	.194	0.024	-0.015	.158	
	p		0.643	0.000	0.005	0.726	0.829	0.022	
<b>Horas formación</b>	r		1	.294	0.156	0.107	-0.078	0.149	
	p			0.000	0.06	0.201	0.349	0.075	

r= coeficiente de correlación de Pearson. p= nivel de significación. PBCCS-E= Perinatal Bereavement Care Confidence Scale-Española

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo traducir, adaptar culturalmente y evaluar psicométricamente la versión traducida al español del PBCCS. Según las guías que fundamentan nuestro estudio (42–47), el análisis psicométrico del PBCCS-E debe abordar dos cuestiones: la capacidad de la herramienta para medir lo que pretende (validez), su capacidad para medir con precisión (fiabilidad). Ambas fueron examinadas en nuestro estudio.

La validez fue medida en dos de sus dimensiones. En primer lugar, se llevó a cabo la validez de contenido del instrumento por parte del panel de 10 expertos, que consideraron que dos de los constructos no eran relevantes para medir el nivel de confianza de las matronas para brindar apoyo al duelo, por lo que se eliminaron de la versión final del PBCCS-E. El análisis de validez de constructo se realizó en las distintas escalas que forman parte del PBCCS-E, al igual que ocurrió en el estudio original de validación del PBCCS. Para la validez de constructo se realizó el análisis factorial exploratorio mediante el método de extracción de componentes principales con rotación varimax, para así determinar las cargas factoriales y determinar si se debía eliminar algún elemento. La escala de Conocimientos en duelo perinatal mostró 3 factores significativos y la escala Habilidades en duelo perinatal mostró 2, al igual que el PBCCS original. Sin embargo, el ACP de las escalas Autoconciencia y la escala Apoyo Organizacional mostraron un factor cada una, mientras que el estudio de validación del PBCCS mostró dos factores en cada escala. En todas las escalas, excepto en la escala Habilidades en duelo, se encontraron elementos con una carga factorial por debajo de 0.45, a diferencia del PBCCS original. Estos elementos fueron eliminados. La validez de criterio no pudo ser medida debido que no se informó de otras herramientas disponibles en la literatura que midan la confianza de las matronas.

El análisis de la fiabilidad se llevó a cabo midiendo la consistencia interna del PBCCS-E mediante la determinación del Alfa de Cronbach de cada una de las escalas. Los resultados de la consistencia interna de las escalas que componen el PBCCS-E variaron entre 0.722, 0.847, lo que demuestra una buena fiabilidad. La estabilidad temporal no fue medida en este estudio.

Finalmente, el análisis psicométrico del PBCCS-E resultó con un total de 32 ítems repartidos en las distintas escalas: la escala Conocimientos en duelo perinatal: 10 ítems, la escala Habilidades en duelo perinatal: 8 ítems, la escala Autoconciencia: 6 ítems, la escala Apoyo Organizacional: 8 ítems.

El análisis descriptivo de los resultados también fue llevado a cabo. Las matronas, como personal de primera línea en el abordaje del duelo perinatal, destacan en algunos estudios, la necesidad de sentirse más formadas y capacitadas para brindar un cuidado de calidad a las familias que sufren una pérdida (7,15,48,49). En esta investigación, en consonancia con otros encontrados (50,51), se evidencia que las matronas españolas tienen fuertes inquietudes profesionales y motivación con respecto al duelo perinatal, lo que las mueve a buscar formación y mejorar su práctica clínica

Por otro lado, se encontró que las matronas que recibieron formación obtuvieron puntuaciones superiores en todas las escalas, a diferencia de las que refirieron no haber recibido formación, que obtuvieron puntuaciones menores en los test, por lo que las matronas sin formación tienen menos confianza, lo que estaría en consonancia con la bibliografía actual (49,52). Esto se tradujo en que había más porcentaje de matronas con formación que superaban el nivel de confianza adecuado. Las puntuaciones medias de nuestra muestra para la escalas de Conocimientos en duelo perinatal fueron inferiores a las del estudio de validación original, sin embargo para la escala Habilidades en duelo perinatal fueron superiores a las mostradas en dicho estudio (29)

Nuestro estudio destaca que existen un mayor porcentaje de matronas trabajando en Atención especializada que han recibido formación en duelo, en comparación con las que lo hacen el área de Atención primaria; entendiendo la Atención especializada como las matronas que trabajan en el área de partos y otros (planta de obstetricia, planta de puerperio o consulta de bienestar fetal). Esto puede deberse a que la muerte perinatal es un tema olvidado y poco abordado en las áreas donde no se produce la atención aguda al nacimiento del niño fallecido. Sin embargo, sería muy deseable que las matronas de Atención primaria, las cuales realizarán el seguimiento a largo plazo de las familias en duelo, estuvieran correctamente formadas ya que precisan una atención continuada para resolver un duelo fisiológico, como muestra diversos estudios (9,11,26,27). Este hallazgo se ve fortalecido al encontrar que las matronas que trabajan en paritorio obtuvieron mejores resultados significativos en la escala de Apoyo Organizacional, es decir las matronas del área de partos perciben mayor apoyo en su puesto de trabajo que

las de atención primaria. Esto abre un frente de mejora para las directivas sanitarias.

El presente estudio mostró que las matronas españolas no poseen el nivel adecuado de confianza, al igual que en otros estudios en los que se describen cualitativamente que las matronas se sienten poco capacitadas y con falta de confianza (2,15,51). Un porcentaje alto de las matronas de la muestra no llegó a las puntuaciones consideradas como nivel adecuado. Esto podría deberse a que no se llevan a cabo programas completos de formación específicos en duelo ni durante la formación de especialistas (49) ni durante el desarrollo profesional (48).

Por lo tanto, esta investigación supone un paso necesario para la validación de una herramienta en español de una herramienta inexistente en la bibliografía actual, haciendo posible la evaluación de la confianza de las matronas españolas para brindar apoyo a las familias en duelo. Las escalas que componen el PBCCS-E permitirán evidenciar el nivel bajo de conocimientos y habilidades, así como los déficits de apoyo organizacional, lo que derivará en su mejora, aportando mayor calidad a la atención de las familias que sufren una pérdida del bebé esperado.

### **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Este estudio supone la adaptación y traducción al castellano del PBCCS-E, una herramienta capaz de medir la confianza de las matronas para brindar apoyo al duelo, así como el análisis descriptivo de una muestra de matronas españolas.

No obstante, este estudio mostró ciertas limitaciones. En primer lugar, las limitaciones de tiempo en la recogida de datos imposibilitaron llevar a cabo el análisis de la estabilidad temporal. Por otro lado, tampoco fue posible evaluar la validez de criterio, al no hallar en la bibliografía actual ningún estudio que mida constructos similares. Por último, el limitado número de participantes del ámbito privado pudo llevar a ciertos sesgos en el análisis de la muestra. De este modo, futuros estudios podrían tener como objetivo una mayor representatividad de la muestra, así como los análisis temporales y de constructo de esta herramienta.

## **CONCLUSIONES**

Tras el análisis psicométrico, el PBCCS-E se muestra como una herramienta válida, fiable y culturalmente adaptada para evaluar el nivel de confianza de las matronas españolas para brindar apoyo en duelo perinatal. El uso de la herramienta PBBCS-E permitirá detectar las áreas de mejora en la atención a las familias que sufren una pérdida perinatal; de este modo se sentarán las bases para elaborar estrategias de aprendizaje y de apoyo a los profesionales.

Los resultados de este estudio señalan la formación como un factor clave para capacitar a las matronas y dotarlas de conocimientos y habilidades necesarias en relación con la muerte perinatal. Del mismo modo, analizar el apoyo organizacional percibido por las matronas, abre la puerta a cambios en el sistema de trabajo para aumentar la calidad de los cuidados a las madres y familias en duelo.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

## **APROBACIÓN ÉTICA**

La Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Medicina, Fisioterapia y Enfermería de la Universidad de Almería aprobó el proyecto con N.º de registro EFM 119/2021.

## REFERENCIAS

1. Valenzuela MT, Bernales M, Jaña P, Valenzuela MT, Bernales M, Jaña P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 Jun [cited 2021 Feb 17];85(3):281–305. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000300281&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000300281&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
2. Roncallo P. Muerte y Duelo Perinatal Los profesionales sanitarios ante la muerte perinatal Estrategias de autocuidado y apoyo mutuo [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 17]. Available from: [www.umamanita.es35](http://www.umamanita.es35)
3. Organización Mundial de la Salud. Para que cada bebé cuente [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 17]. Available from: <http://www.who>.
4. Instituto Nacional de Estadística. Tasa de Mortalidad Perinatal por comunidad autónoma según sexo(1699) [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1699#!tabs-tabla>
5. Martínez-Serrano P, Pedraz-Marcos A, Solís-Muñoz M, Palmar-Santos AM. The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain. A qualitative study. *Midwifery*. 2019 Oct 1;77:37–44.
6. Waugh A, Kiemle G, Slade P. Understanding mothers' experiences of positive changes after neonatal death. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2021 Apr 26];9(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6201778/](http://pmc/articles/PMC6201778/)
7. González Castroagudín S, Suárez López I, Polanco Teijo F, Ledo Marra MJ, Rodríguez Vidal E. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria*. 2013;Volume 19:Páx. 113-117.
8. Ridaura Pastor I. Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2015 [cited 2021 May 9]. Available from: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/295973>
9. Cassidy PR, Cassidy J, Olza I, Ancel AM, Jort S, Sánchez D, et al. Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. 2018.
10. Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 Jan 25 [cited 2021 Apr 26];16(1). Available from: [/pmc/articles/PMC4727309/](http://pmc/articles/PMC4727309/)
11. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women and Birth*. 2016 Aug 1;29(4):345–9.
12. Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012 Nov 27 [cited 2021 May 24];12:137. Available from: [/pmc/articles/PMC3533522/](http://pmc/articles/PMC3533522/)

13. Dartey AF, Phetlhu DR, Phuma-Ngaiyaye E. Coping with Maternal Deaths: The Experiences of Midwives. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Apr 26];29(4):495–502. Available from: [/pmc/articles/PMC6689706/](#)
14. Margulies SL, Benham J, Liebermann J, Amdur R, Gaba N, Keller J. Adverse Events in Obstetrics: Impacts on Providers and Staff of Maternity Care. *Cureus* [Internet]. 2020 Jan 22 [cited 2021 Apr 26];12(1). Available from: [/pmc/articles/PMC7039370/](#)
15. Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*. 2007 Dec 1;20(4):153–60.
16. Ben-Ezra M, Palgi Y, Walker R, Many A, Hamam-Raz Y. The impact of perinatal death on obstetrics nurses: A longitudinal and cross-sectional examination. *J Perinat Med* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2021 Feb 17];42(1):75–81. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2013-0071/html>
17. Garcia R, Ali N, Griffiths M, Randhawa G. A qualitative study exploring the experiences of bereavement after stillbirth in pakistani, bangladeshi and white british mothers living in luton, UK. *Midwifery*. 2020 Dec 1;91:102833.
18. Kerkman T, Dijkman LM, Baas MAM, Evers R, van Pampus MG, Stramrood CAI. Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *J Midwifery Women’s Heal* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Apr 26];64(4):435–42. Available from: [/pmc/articles/PMC6767047/](#)
19. Bakhbaki D, Burden C, Storey C, Heazell AE, Lynch M, Timlin L, et al. PARENTS 2 Study: A qualitative study of the views of healthcare professionals and stakeholders on parental engagement in the perinatal mortality review - From “bottom of the pile” to joint learning. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2021 Feb 15];8(11). Available from: [/pmc/articles/PMC6278809/](#)
20. Montero SMP, Sánchez JMR, Montoro CH, Crespo ML, Jaén AGV, Tirado MBR. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Nov [cited 2021 Feb 15];19(6):1405–12. Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
21. Saccardo C, Calvo V. Relational Sequelae of Fetal Death During the First Pregnancy: A Qualitative Study on the Subjective Perceptions of the Relationship Between Mothers and Their Adult Subsequent Firstborn Children. *OMEGA - J Death Dying* [Internet]. 2020 Aug 23 [cited 2021 Feb 15];003022282095089. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0030222820950891>
22. McNamara K, Meaney S, O’Donoghue K. Intrapartum fetal death and doctors: a qualitative exploration. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Feb 16];97(7):890–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29608210/>
23. Castillo Valderrama J, Rey Herмосilla A, Cabello-Hidalgo P, Núñez-Fellay C, Villagrán-Becerra M. Duelo perinatal: experiencias del profesional



- matrona/matrón ante la muerte. *Matronas Hoy*. 2020;8(2):37-45.
24. Ravaldi C, Carelli E, Frontini A, Mosconi L, Tagliavini S, Cossu E, et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth*. 2021 Jan 26;
  25. Hendson L, Davies D. Supporting and communicating with families experiencing a perinatal loss. *Paediatr Child Health [Internet]*. 2018 Nov 19 [cited 2021 Feb 17];23(8):549–549. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31043838/>
  26. Kochen EM, Jenken F, Boelen PA, Deben LMA, Fahner JC, Van Den Hoogen A, et al. When a child dies: A systematic review of well-defined parent-focused bereavement interventions and their alignment with grief- And loss theories. *BMC Palliat Care [Internet]*. 2020 Mar 12 [cited 2021 Apr 26];19(1). Available from: </pmc/articles/PMC7068872/>
  27. Shakespeare C, Merriel A, Bakhbakhi D, Baneszova R, Barnard K, Lynch M, et al. Parents’ and healthcare professionals’ experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]*. 2019 Jan 17 [cited 2021 Feb 17];126(1):12–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.15430>
  28. Xafis V, Watkins A, Wilkinson D. Death talk: Basic linguistic rules and communication in perinatal and paediatric end-of-life discussions. *Patient Educ Couns*. 2016 Apr 1;99(4):555–61.
  29. Kalu FA, Larkin P, Coughlan B. Development, validation and reliability testing of ‘Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS).’ *Women and Birth*. 2020 Jul 1;33(4):e311–9.
  30. Esan O, Fatusi A, Ojo T. The knowledge versus self-rated confidence of facility birth attendants with respect to maternal and newborn health skills: The experience of Nigerian primary healthcare facilities. *Malawi Med J [Internet]*. 2019 Sep 1 [cited 2021 Apr 30];31(3):214–22. Available from: </pmc/articles/PMC6895387/>
  31. Gardiner PA, Kent AL, Rodriguez V, Wojcieszek AM, Ellwood D, Gordon A, et al. Evaluation of an international educational programme for health care professionals on best practice in the management of a perinatal death: IMproving Perinatal mortality Review and Outcomes Via Education (IMPROVE). *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2016 Nov 25 [cited 2021 Apr 30];16(1). Available from: </pmc/articles/PMC5124291/>
  32. Boulet G. The Difference Between Knowledge And Skills: Knowing Does Not Make You Skilled - eLearning Industry. *eLearning Industry [Internet]*. 2015 [cited 2021 Apr 30]; Available from: <https://elearningindustry.com/difference-between-knowledge-and-skills-knowing-not-make-skilled>
  33. Harvey SA, Blandón YCW, McCaw-Binns A, Sandino I, Urbina L, Rodríguez C, et al. Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward. *Bull World Health Organ [Internet]*. 2007 Oct [cited 2021 Apr 30];85(10):783–90. Available from:

/pmc/articles/PMC2636500/

34. Kalu FA, Coughlan B, Larkin P. A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss. *Midwifery*. 2018 Sep 1;64:69–76.
35. Lundberg KM. Promoting self-confidence in clinical nursing students. [Internet]. Vol. 33, *Nurse educator*. 2008 [cited 2021 May 17]. p. 86–9. Available from: [https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/Fulltext/2008/03000/Promoting\\_Self\\_confidence\\_in\\_Clinical\\_Nursing.14.aspx](https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/Fulltext/2008/03000/Promoting_Self_confidence_in_Clinical_Nursing.14.aspx)
36. Perry P. Concept analysis: confidence/self-confidence. *Nurs Forum* [Internet]. 2011 Oct 1 [cited 2021 May 17];46(4):218–30. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1744-6198.2011.00230.x>
37. White KA. Self-Confidence: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2009 Apr;44(2):103–14.
38. Hollins-Martin CJ, Robb Y, Forrest E. An exploratory qualitative analysis of student midwives views of teaching methods that could build their confidence to deliver perinatal bereavement care. *Nurse Educ Today*. 2016 Apr 1;39:99–103.
39. Garcimartín-Cerezo P. Adaptación cultural y validación al español del cuestionario Patient empowerment in long-term conditions Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons. Esta tesis doctoral e [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2018 Nov [cited 2021 May 19]. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/664423>
40. Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, et al. COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Qual Life Res* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 May 18];27(5):1171–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29260445/>
41. Munro BH. *Statistical Methods for Health Care Research* [Internet]. 2005 [cited 2021 May 18]. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=a34z\\_Ah2-LgC&oi=fnd&pg=PA1&ots=UJUPs-a\\_2w&sig=rGg3KxsHLfb2xSdVObz9VJTZUU&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=a34z_Ah2-LgC&oi=fnd&pg=PA1&ots=UJUPs-a_2w&sig=rGg3KxsHLfb2xSdVObz9VJTZUU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
42. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? [Internet]. Vol. 34, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2011 [cited 2021 May 18]. p. 63–72. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007)
43. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline [Internet]. Vol. 17, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2021 May 7]. p. 268–74. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

44. Muñiz-Fernández J. *Introducción a la Psicometría*. Ediciones. 2018.
45. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th editi. Health. WK, editor. 2015.
46. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2013 [cited 2021 May 7];55(1):57–66. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000100009&script=sci_arttext)
47. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 6th ed. New York: Harper and Row, editor. 2012.
48. Leitao S, Helps A, Cotter R, O'Donoghue K. Development and evaluation of TEARDROP - a perinatal bereavement care training programme for healthcare professionals. *Midwifery*. 2021 Jul 1;98:102978.
49. Doherty J, Cullen S, Casey B, Lloyd B, Sheehy L, Brosnan M, et al. Bereavement care education and training in clinical practice: Supporting the development of confidence in student midwives. *Midwifery*. 2018 Nov 1;66:1–9.
50. Fernández-Basanta S, Movilla-Fernández MJ, Coronado C, Llorente-García H, Bondas T. Involuntary pregnancy loss and nursing care: A meta-ethnography [Internet]. Vol. 17, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI AG; 2020 [cited 2021 May 24]. Available from: </pmc/articles/PMC7084405/>
51. Martínez-Serrano P, Palmar-Santos AM, Solís-Muñoz M, Álvarez-Plaza C, Pedraz-Marcos A. Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*. 2018 Nov 1;66:127–33.
52. Laing RE, Fetherston CM, Morrison P. Responding to catastrophe: A case study of learning from perinatal death in midwifery practice. *Women and Birth*. 2020 Nov 1;33(6):556–65.

## **ANEXOS**

### **ANEXO I. CUESTIONARIO PBCCS-E**

**TÍTULO:** Traducción, validación y evaluación psicométrica del cuestionario Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS) en matronas españolas

Hola.

Somos un grupo de investigadores de la Universidad de Almería (España) y necesitamos 15 minutos de su tiempo para responder a algunas preguntas.

El duelo perinatal supone uno de los aspectos más duros de la obstetricia, tanto para los padres como para los profesionales participantes en su abordaje.

Las matronas, como profesionales implicadas en el proceso, se enfrentan a situaciones difíciles emocionalmente, jugando un papel crucial en la elaboración del duelo de los padres.

Proporcionar apoyo en el duelo de manera correcta, conlleva que la matrona esté formada y capacitada para ofrecerlo, ya que de lo contrario en ocasiones se podría producir un perjuicio para la familia en duelo.

La evidencia explora los sentimientos, experiencias y reflexiones de los profesionales que atienden y abordan casos de duelo. Sin embargo, no existen herramientas validadas que midan de manera más objetiva los conocimientos y actitudes de éstos.

Por ello, estamos realizando un estudio para validar un cuestionario que mida la capacidad percibida de las matronas para brindar apoyo en duelo perinatal.

Por tanto, si está leyendo esto y va a participar en nuestro estudio rellenando nuestro cuestionario es porque es usted matrona/matrona titulada, habla español, trabaja en un hospital español, tiene mínimo seis meses de experiencia como matrona, y sobre todo desea participar de manera voluntaria.

Debe contestar a cada pregunta de manera sincera. No hay respuestas correctas o incorrectas. Recordarle que los datos obtenidos serán usados exclusivamente por los

investigadores. Estos datos se utilizarán de acuerdo con los criterios que establece el Reglamento General de Protección de Datos Personales, siendo la información obtenida totalmente anónima y no asociando su identidad a sus respuestas. Usted podrá retirarse del estudio cuando desee, sin darnos motivo ni razón.

Rellenando este cuestionario, da su consentimiento para participar y tratar sus datos.

- Entiendo lo anteriormente expuesto y doy mi consentimiento
- ¿Es usted matrn o matrona? Si la respuesta es SÍ ya puede continuar

### **Datos sociodemográficos**

A continuación, vamos a hacerle unas preguntas que nos aportarán información sobre su perfil sociodemográfico y profesional.

1. Indique su sexo
  - a. Mujer
  - b. Hombre
2. Indique su edad (en número de años):
3. ¿Es usted matrn/matrona?
  - a. Si
  - b. No
4. Experiencia laboral como matrona titulada (en años) (Si su respuesta es menor a 1 año, pero mayor a 6 meses, debe indicar 1):
5. Ámbito de trabajo
  - a. Público
  - b. Privado
6. Área de trabajo actual:
  - a. Paritorios, área de partos
  - b. Planta de tocología/gestantes
  - c. Planta de postparto/puérperas
  - d. Consulta control prenatal/bienestar fetal
  - e. Atención primaria
7. ¿Ha recibido formación específica en duelo perinatal (cursos, jornadas, congresos, etc.)? Si la respuesta es SÍ, ¿podría indicarnos cuantas horas aproximadas suma esa formación?

a. Si

b. No

8. ¿Tiene inquietudes profesionales frente al duelo perinatal?

a. Si

b. No

### Sección PRESENTACIÓN\*

¿Está preparado? ¡Adelante con el cuestionario!

A continuación, le pedimos que conteste a 41 preguntas, repartidas en cuatro secciones. Cada pregunta deberá ser valorada con una escala lineal del 1 al 5 donde 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo; 3 = ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo.

### Sección 1

#### Conocimientos del duelo perinatal

A continuación, se enumeran varias afirmaciones. Lea cada opción y marque la respuesta que describa mejor en qué grado de acuerdo está con la afirmación actualmente.

	Afirmaciones.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
1	La pérdida perinatal es una situación traumática para los padres en duelo.					
2	Los padres en duelo necesitan el apoyo de las matronas para hacer frente a su pérdida.					
3	Entiendo que el duelo es un proceso					
4	Se cómo					

	proporcionar las necesidades específicas de apoyo a las madres en duelo durante el duelo.					
5	Entiendo las necesidades culturales de los padres en duelo.					
6	Entiendo las necesidades sociales de los padres en duelo.					
7	Desconozco el proceso legal relacionado con la pérdida perinatal antes de las 24 semanas de gestación.					
8	No sé cómo proporcionar las medidas específicas de apoyo para el duelo de los padres en duelo.					
9	Entiendo las necesidades religiosas de los padres en duelo.					
10	Conozco el sistema para derivar al apoyo adicional en duelo.					
11	No tengo los conocimientos prácticos adecuados para el apoyo al duelo.					
12	Conozco el proceso legal relacionado con la pérdida perinatal después de las 24 semanas de gestación.					
13	He recibido la formación adecuada para proporcionar apoyo en el duelo perinatal.					
14	Es necesario que las matronas reciban formación continua sobre el duelo perinatal.					
15	Todos los					

	profesionales relacionados con la atención de maternidad en el hospital deben recibir formación sobre el duelo perinatal.					
--	---	--	--	--	--	--

## Sección 2

### Habilidades para brindar apoyo a las familias en duelo perinatal

Por favor marque la casilla que describa mejor en qué grado está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

	Afirmaciones.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
16	Tengo las destrezas necesarias (empatía, compasión, capacidad de escucha, etc.) para brindar apoyo a los padres en duelo reciente.					
17	No tengo la experiencia necesaria para el apoyo en el duelo perinatal.					
18	Puedo proporcionar la información relevante requerida por los padres en duelo.					
19	Puedo escuchar tranquilamente a los padres en duelo sin intentar interrumpirlos.					
20	Puedo proporcionar atención emocional a los padres en duelo					
21	Puedo proporcionar atención espiritual a los padres en duelo.					
22	Puedo responder					



	fácilmente a las necesidades de los hermanos, abuelos o demás familiares en duelo cuando acompaño a los padres.					
23	Puedo responder fácilmente a las necesidades de los padres con una experiencia previa de pérdida perinatal cuando esperan su próximo bebé.					

### Sección 3

#### Conciencia de sí mismo (Autoconciencia y Autopercepción)

Por favor marque la casilla con la respuesta que describa mejor en qué grado está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Afirmaciones.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo/Ni desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
24	Soy consciente de las necesidades de los padres recientemente en duelo.					
25	Puedo empatizar fácilmente con los padres en duelo (empatía significa que puedo ponerme en su lugar a nivel emocional).					
26	Soy consciente de las necesidades específicas de padres en duelo que esperan su próximo bebé.					
27	Reconozco mis limitaciones en relación con la provisión de apoyo para el duelo perinatal					
28	Soy consciente de					

	mis necesidades de aprendizaje con respecto al apoyo al duelo.					
29	Participo regularmente en la práctica reflexiva en relación con la provisión de apoyo para el duelo perinatal.					
30	Conozco mis recursos personales para proporcionar el apoyo al duelo.					
31	Ser consciente de mi necesidad de apoyo en relación con el cuidado de los padres en duelo me anima a buscar ayuda.					

#### Sección 4

##### Apoyo organizacional

Por favor marque la casilla cuya respuesta describa mejor en qué grado está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

	Afirmaciones.	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni en acuerdo/Ni desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
32	Cuento con el apoyo de la directiva de mi centro de trabajo en relación con el abordaje del duelo.					
33	Cuento con el apoyo adecuado de mis compañeros en mi lugar de trabajo con la prestación de apoyo en caso de duelo.					
34	Mi entorno laboral me permite sentirme relajado/a para realizar mi trabajo diario					
35	Recibo reconocimiento por					

	brindar un apoyo efectivo para el duelo.					
36	Mi superior organiza mi ubicación en el trabajo diario para facilitar el apoyo al duelo.					
37	Mi carga de trabajo dificulta el apoyo efectivo al duelo.					
38	Existe una política clara en mi sala/unidad para la provisión de apoyo para el duelo de los padres.					
39	Hay el número adecuado de matronas para cubrir la sala/unidad para permitir la prestación de apoyo en caso de duelo.					
40	Mi organización brinda formación en apoyo al duelo.					
41	La carga de trabajo de la sala/unidad dificulta el apoyo efectivo al duelo.					

## ANEXO II. NORMATIVA DE LA REVISTA WOMEN & BIRTH



**WOMEN & BIRTH**

Revista del Colegio Australiano de Parteras (ACM)

### GUÍA PARA AUTORES

#### **Tu papel a tu manera**

Ahora diferenciamos entre los requisitos para presentaciones nuevas y revisadas. Puede optar por enviar su manuscrito como un solo archivo Word o PDF para utilizarlo en el proceso de arbitraje. Solo cuando su artículo se encuentre en la etapa de revisión, se le pedirá que coloque su artículo en un "formato correcto" para su aceptación y proporcione los elementos necesarios para la publicación de su artículo.

**Para obtener más información, visite la sección Preparación a continuación.**

#### *Lista de verificación de envío*

Puede utilizar esta lista para realizar una verificación final de su envío antes de enviarlo a la revista para su revisión. Consulte la sección correspondiente de esta Guía para autores para obtener más detalles.

#### **Asegúrese de que estén presentes los siguientes elementos:**

Un autor ha sido designado como autor correspondiente con datos de contacto:

- Dirección de correo electrónico
- Dirección postal completa
- Los autores pueden incluir sus identificadores de Twitter en la página de título si así lo desean.

Todos los archivos necesarios están listos para cargarse:

Tenga a mano los siguientes elementos antes de iniciar sesión en el sistema.

Cada envío, independientemente de la categoría, debe incluir los siguientes

cuatro elementos:

- Carta de presentación
- Acuerdo de autor
- Página de título (con detalles del autor)
- Manuscrito (sin datos de autor)
- 

Archivos adicionales que pueden ser necesarios según su manuscrito:

- Todas las cifras (incluya los subtítulos relevantes)
- Todas las tablas (incluidos títulos, descripción, notas al pie)
- Respuesta a los revisores (si se vuelve a enviar)
- Lista de verificación del enfoque de investigación
- Archivos de resúmenes gráficos y aspectos destacados (cuando corresponda)
- Archivos complementarios (cuando corresponda)

Consideraciones adicionales

- El manuscrito ha sido 'revisado de ortografía' y 'gramaticalmente revisado'
- Todas las referencias mencionadas en la Lista de referencias se citan en el texto y viceversa.
- Se ha obtenido permiso para el uso de material con derechos de autor de otras fuentes (incluido el Internet)
- Se proporciona una declaración de intereses en competencia, incluso si los autores no tienen intereses en competencia que declarar.
- Se han revisado las políticas de las revistas detalladas en esta guía.
- Incluya los detalles bajo los títulos "Reconocimiento", "Conflicto de intereses", "Declaración ética", "Financiamiento" y "Contribuciones del autor" en un archivo separado y luego seleccione el tipo de archivo como "Acuerdo de autor" y cárguelo en EM durante el proceso de envío

Para más información, visite nuestro Centro de Apoyo.

### ***ANTES DE QUE EMPIECES***

Se recomienda encarecidamente a los autores nuevos que sean coautores con

un supervisor académico o un colega experimentado que haya tenido éxito en la redacción de publicaciones. Los artículos enviados para revisión deben ser trabajos originales y no pueden enviarse para revisión en otro lugar mientras se revisan para la Revista.

Si un artículo relacionado, basado en el mismo trabajo, ha sido enviado o publicado en otro lugar, debe ser reconocido en la carta de presentación al editor, agregado al final de la carta de presentación y referenciado en el manuscrito.

### ***Consideraciones específicas para tipos de diseños de investigación***

Los manuscritos deben adherirse a las pautas de informes reconocidas relevantes para el diseño de la investigación. Cargue la lista de verificación de la guía de informes correspondiente y completa durante el proceso de envío de su manuscrito.

*Cohorte observacional, estudios de casos y controles y estudios transversales* - STROBE - Fortalecimiento de la presentación de informes de estudios observacionales en epidemiología Lista de verificación de STROBE

*Evaluaciones cuasiexperimentales / no aleatorias* - TENDENCIA: Informes transparentes de evaluaciones con diseños no aleatorios <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/trend/>

*Ensayo controlado aleatorio (y cuasialeatorio)* -CONSORT - Estándares consolidados de informes de ensayos <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

*Estudio de precisión diagnóstica / escala de evaluación* - STARD - Estándares para la presentación de informes de estudios de precisión diagnóstica <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>

*Revisión sistemática de ensayos controlados - PRISMA: elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis*  
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

*Revisión sistemática de estudios observacionales -MOOSE - Metaanálisis de estudios observacionales en epidemiología*

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/meta-analysis-of-observational-studies-in-epidemiology-a-proposal-f>

Informar sobre la gama de métodos utilizados para mejorar la atención médica - SQUIRE - Estándares para la mejora de la calidad en los informes de excelencia Lista de comprobación SQUIRE

Se anima a los investigadores cualitativos a consultar la siguiente guía:

*Investigación cualitativa -SRQR - Estándares para la presentación de informes de investigación cualitativa: una síntesis de recomendaciones Lista de verificación de SRQR*

*Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT)MMAT*

### **Derechos humanos y animales**

Ética en la investigación: tenga en cuenta que los estudios de investigación que no cuenten con una aprobación ética antes de ser realizados normalmente no se publicarán. Sin embargo, consideraremos la publicación si el Comité de Ética Institucional correspondiente le proporciona una carta en la que se indica que normalmente no brindan aprobación ética para estudios como el que usted realizó. Consulte las Pautas de Cope en:

<https://www.nhmrc.gov.au/research/responsible-conduct-research/summary-national-statement-content>

Para investigaciones que involucren a seres humanos, por favor aborde los aspectos éticos de la investigación en la sección de Métodos. Indique claramente que el sujeto dio su consentimiento informado libremente y, si tiene relaciones de dependencia con miembros del equipo de investigación, se deben abordar los problemas de coerción percibida. Para aclarar, las mujeres, sus familias y los estudiantes tienen una relación de dependencia con los investigadores y no deben ser abordados directamente por el equipo de investigación para dar su consentimiento en el acto. Participar o no participar en la investigación no debe poner en desventaja a los participantes en una relación de dependencia. Cualquier beneficio por participar no debe constituir un incentivo económico. Se debe preservar el anonimato del participante, a menos que se proporcione una aprobación expresa por escrito para usar datos de identificación. El autor debe conservar los consentimientos por escrito o la evidencia de que se han obtenido dichos consentimientos.

Los autores que tengan permiso por escrito de personas desenmascaradas que aparecen en las fotografías deben enviar el permiso de la persona o personas en línea durante el proceso de envío del manuscrito. Para obtener más información, consulte la *Política de Elsevier sobre el uso de imágenes o información personal de pacientes u otras personas*, <https://www.elsevier.com/patient-consent-policy>. A menos que tenga el permiso por escrito de la persona (o, cuando corresponda, los familiares más cercanos), los datos personales de cualquier persona incluida en cualquier parte del artículo y en cualquier material complementario (incluidas todas las ilustraciones y videos) deben eliminarse antes del envío. .

Las pautas para el trato humano de los ANIMALES en la investigación se encuentran aquí:

<https://www.nhmrc.gov.au/health-ethics/animal-research-ethics>



## **Ética en la publicación**

La revista sigue las pautas del Comité de Ética en Publicaciones (COPE) y solicita a los autores que se familiaricen con estas pautas en: <http://publicationethics.org/resources/guidelines>. A continuación se exponen algunas cuestiones a las que los autores deben prestar especial atención.

Es éticamente cuestionable dividir o segmentar los datos de un solo estudio para crear diferentes artículos para su publicación, una práctica llamada 'rebanado de salami'. Si los autores tienen razones legítimas para informar por separado sobre diferentes partes del mismo estudio, o el mismo conjunto de datos, deben justificarlo ante el editor en el momento de la presentación. Del mismo modo, los lectores deben ser conscientes de que se están informando diferentes aspectos del mismo estudio, por lo que la sección de métodos del manuscrito enviado debe explicar claramente por qué el artículo enviado está justificado.

## **Uso de lenguaje inclusivo**

El lenguaje inclusivo reconoce la diversidad, transmite respeto a todas las personas, es sensible a las diferencias y promueve la igualdad de oportunidades. Los artículos no deben hacer suposiciones sobre las creencias o compromisos de ningún lector, no deben contener nada que pueda implicar que un individuo es superior a otro por motivos de raza, sexo, cultura o cualquier otra característica, y deben utilizar un lenguaje inclusivo en todo momento. Los autores deben asegurarse de que la escritura esté libre de prejuicios, por ejemplo, usando 'él o ella', 'su / ella' en lugar de 'él' o 'su', y haciendo uso de títulos de trabajo libres de estereotipos (p. Ej., 'presidente' en lugar de 'presidente' y 'asistente de vuelo' en lugar de 'azafata').

Women and Birth requiere que los autores utilicen un lenguaje centrado en la mujer que incluya referencias a los nacimientos en lugar de los partos, para dar a luz en lugar de dar a luz y mujeres en lugar de pacientes. Los artículos que no se adhieran a estas pautas no pasarán a la revisión por pares.

Nuestra revista utiliza la ortografía del Reino Unido, por ejemplo, reconocer en lugar de reconocer. También deletreamos fetal en lugar de fetal.

### ***Contribuciones de autor***

En aras de la transparencia, recomendamos a los autores que envíen un archivo de declaración de autor que describa sus contribuciones individuales al artículo utilizando los roles CRediT relevantes: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Adquisición de fondos; Investigación; Metodología; Administración de proyecto; Recursos; Software; Supervisión; Validación; Visualización; Roles / Escritura - borrador original; Escritura: revisión y edición. Las declaraciones de autoría deben tener el formato de los nombres de los autores primero y los roles de CRediT a continuación. Más detalles y un ejemplo

### ***Paternalidad literaria***

Hemos adoptado las directrices del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibility/defining-the-role-of-authors-and-contributors.htm> que también han sido adoptadas por las Directrices de la NHMRC de Australia para la realización responsable de investigaciones disponibles en: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/r39>, los autores legítimos son

aquellos que hicieron contribuciones sustanciales a todo lo siguiente: (1) la concepción y el diseño del estudio, o la adquisición de datos, o el análisis y la interpretación de los datos, (2) redactar el artículo o revisarlo críticamente por importantes contenido intelectual, (3) aprobación final de la versión a presentar. Todos los autores potenciales son aquellos que cumplen con el requisito (1) anterior y estas personas no deben ser excluidas de contribuir a la redacción y aprobación del artículo. No se debe agregar ningún autor que no cumpla con el primer requisito; Para obtener más detalles, lea “Cómo manejar las disputas de autoría: una guía para nuevos investigadores” (2003) por Tim Albert y Liz Wage disponible en el sitio web de COPE:

<http://publicationethics.org/resources/guidelines>. Durante el proceso de envío en línea, le pedimos que haga una declaración veraz de que todos los autores cumplen con los criterios de autoría y que todas las personas con derecho a autoría figuran como autores.

### **Colaboradores**

Aquellos que cumplan con algunos, pero no todos los criterios para los autores deben ser identificados como 'contribuyentes' al final del manuscrito con su contribución especificada. Todas aquellas personas que brindaron ayuda durante la investigación (por ejemplo, recolectando datos, brindando ayuda con el idioma, ayuda en la redacción o corrección del artículo, etc.) que no cumplen con los criterios de autoría deben ser reconocidas en el artículo.

### **Cambios en la autoría**

Se espera que los autores consideren cuidadosamente la lista y el orden de los autores. **antes de** presentando su manuscrito y proporcionar la lista definitiva de autores en el momento de la presentación original. Cualquier adición, eliminación o reordenamiento de los nombres de los autores en la lista de autoría debe realizarse únicamente **antes de**

el manuscrito ha sido aceptado y solo si ha sido aprobado por el editor en jefe de la revista. Para solicitar dicho cambio, el Editor en Jefe debe recibir lo siguiente del **Autor correspondiente**: (a) el motivo del cambio en la lista de autores y (b) la confirmación por escrito (correo electrónico, carta) de todos los autores de que están de acuerdo con la adición, eliminación o reordenación. En el caso de adición o eliminación de autores, esto incluye la confirmación del autor que se agrega o elimina.

Solo en circunstancias excepcionales, el Editor en Jefe considerará la adición, eliminación o reordenación de autores. **después** el manuscrito ha sido aceptado. Mientras el Editor en Jefe considere la solicitud, se suspenderá la publicación del manuscrito. Si el manuscrito ya ha sido publicado en un número en línea, cualquier solicitud aprobada por el Editor resultará en una corrección.

## **Declaración de envío y verificación**

La presentación de un artículo implica que el trabajo descrito no ha sido publicado previamente (excepto en forma de resumen o como parte de una conferencia o tesis académica publicada o como una preimpresión electrónica, ver <https://www.elsevier.com/sharingpolicy>), que no está en consideración para su publicación en otro lugar, que su publicación está aprobada por todos los autores, y tácita o explícitamente por las autoridades responsables donde se llevó a cabo el trabajo, y que, de ser aceptado, no se publicará en otro lugar del mismo. formulario, en inglés o en cualquier otro idioma, incluso electrónicamente sin el consentimiento por escrito del titular de los derechos de autor. Para verificar la originalidad, su artículo puede ser revisado por el servicio de detección de originalidad CrossCheck <https://www.elsevier.com/editors/plagdetect>.

## ***Derechos de autor***

Los artículos aceptados para su publicación pasan a ser propiedad del Australian College of Midwives, y se les pedirá a los autores que firmen un formulario de transferencia de derechos de autor, una vez que Elsevier reciba el manuscrito aceptado. Esto permite que el editor administre los derechos de autor en nombre de los autores y el colegio, al tiempo que permite el uso continuo del material por parte del autor para la comunicación académica.

## **Derechos de autor**

Como autor, usted (o su empleador o institución) tiene ciertos derechos para reutilizar su trabajo. Para más información, ver <https://www.elsevier.com/copyright>. Puede publicar una versión previa a la publicación (es decir, una versión que no está en su forma final terminada) en las redes sociales, incluidos sitios como Mendeley, ResearchGate y Academia.

*Elsevier apoya el intercambio responsable*

Descubra cómo puede compartir tu investigación publicado en revistas de Elsevier.

## **Conflicto de intereses**

Todos los autores deben revelar, en la carta de presentación al editor y en la portada del manuscrito, cualquier conflicto de interés real o potencial, incluidas las relaciones financieras y personales con personas u organizaciones dentro de los tres años posteriores al inicio del trabajo enviado que podría influir de manera inapropiada (sesgo) su trabajo. Entre los ejemplos de posibles conflictos de intereses se incluyen el empleo, las consultorías, la propiedad de acciones, los honorarios, el testimonio de un experto pagado, las solicitudes / registros de patentes y las subvenciones u otros fondos. Ver también <https://www.elsevier.com/conflictsofinterest>. Puede encontrar más información y un ejemplo de formulario de conflicto de intereses en: [https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a\\_id/286/supporthub/publishing](https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/supporthub/publishing).

## ***Papel de la fuente de financiación***

Se le solicita que identifique quién brindó apoyo financiero para la realización de la investigación y / o la preparación del artículo y que describa brevemente el papel del patrocinador (es), si corresponde, en el diseño del estudio; en la recopilación, análisis e interpretación de datos; en la redacción del informe; y en la decisión de enviar el artículo para su publicación. Si la (s) fuente (s) de financiamiento no tuvo tal participación, entonces esto debe indicarse.

## ***Acuerdos y políticas de los organismos de financiación***

Elsevier ha establecido una serie de acuerdos con organismos de financiación que permiten a los autores cumplir con las políticas de acceso abierto de sus patrocinadores. Algunos autores también pueden ser reembolsados por las tarifas de publicación asociadas. Para obtener más información sobre los acuerdos existentes, visite <https://www.elsevier.com/financebodies>

Después de la aceptación, los artículos de acceso abierto se publicarán bajo una licencia no comercial. Para los autores que requieran una licencia comercial Creative Commons Attribution (CC BY), puede solicitarla después de que su manuscrito sea aceptado para su publicación.

## ***Acceso abierto***

Por favor visite nuestro Página de acceso abierto para más información.

### *Academia de Investigadores de Elsevier*

Academia de Investigadores es una plataforma de aprendizaje en línea gratuita diseñada para ayudar a los investigadores en etapa inicial y media a lo largo de su viaje de investigación. El entorno "Aprender" en Researcher Academy ofrece varios módulos interactivos, seminarios web, guías descargables y recursos para guiarlo a través del proceso de redacción para investigación y revisión por pares. No dude en utilizar estos recursos gratuitos para mejorar su envío y navegar por el proceso de publicación con facilidad.

### **Sumisión**

Nuestro sistema de envío en línea lo guía paso a paso a través del proceso de ingresar los detalles de su artículo y cargar sus archivos. El sistema convierte los archivos de sus artículos en un solo archivo PDF que se utiliza en el proceso de revisión por pares. Se requieren archivos editables (por ejemplo, Word, LaTeX) para componer su artículo para su publicación final. Toda la correspondencia, incluida la notificación de la decisión del editor y las solicitudes de revisión, se envía por correo electrónico.

### *Envíe su artículo*

Envíe su artículo a través de <https://www.editorialmanager.com/wombi/Default.aspx>.

### *Categorías de decisión*

Después de la revisión por pares, el editor en jefe notificará al autor correspondiente si el artículo ha sido aceptado, rechazado o necesita revisión.

Se hacen todos los esfuerzos posibles para proporcionar revisiones justas y completas lo antes posible.

Si un autor cree que un manuscrito ha sido rechazado erróneamente, se debe enviar al Editor una carta de apelación detallada que responda punto por punto a los comentarios de los revisores, quien, después de haber revisado los informes de los árbitros, hará la decisión final.

La revisión realizada por el editor en jefe o el equipo editorial solo incluirá una carta al editor o un breve comentario. Para este tipo de presentaciones, el autor correspondiente recibirá una decisión bastante rápida sobre la publicación.

Una vez que se acepta un manuscrito para su publicación, los autores pueden esperar la publicación web del artículo en la versión final en ScienceDirect en 4 semanas.

## **PREPARACIÓN**

### *Proceso de revisión por pares doble ciego*

Los editores revisan todos los resúmenes y el uso de una lista de verificación de tipo triaje tomará una decisión rápida sobre si el artículo es adecuado para la revisión por pares en esta revista. La tasa general de rechazo es de aproximadamente el 60% y la mayoría de estos ocurren en la etapa de decisión rápida. Esta rápida decisión es beneficiosa para los autores porque el autor puede considerar si enviar en otro lugar sin demoras indebidas. Las razones más comunes para el rechazo inicial son: 1) no tener aprobación ética institucional previa para la investigación y / o no demostrar el consentimiento totalmente informado y libre de los participantes; 2) no cumplir suficientemente con el alcance de la revista; 3) inglés pobre y; 4) no seguir esta guía para autores.

La revista recibe muchos más artículos de los que puede enviar, por lo que la tasa de rechazo inicial es alta. El equipo editorial siempre debe equilibrar el número de envíos, la carga de nuestros revisores y las prioridades o áreas de interés en evolución.

## **Criterios de revisión**

Cada artículo que el editor evalúa como adecuado para la revisión por pares se asigna a dos revisores a quienes se les pide que evalúen el artículo según uno de los tres conjuntos de criterios de revisión de la Revista, es decir, 1) Investigación cuantitativa; 2) Investigación cualitativa; 3) Criterios de revisión de trabajos académicos.

Ver el Criterios de revisión aquí.

## **Respuesta detallada a los revisores**

Al enviar un manuscrito revisado, una Respuesta detallada a los revisores debe acompañar a la revisión. Este documento no debe contener ninguno de los detalles del autor. El error más común es cargar este documento con el membrete de una organización, o el autor firma con su nombre y datos de contacto.

La forma más fácil de formatear este documento es (a) responder debajo de cada punto planteado por el revisor, o (b) crear una tabla de 2 columnas y copiar cada punto planteado por el revisor en la primera columna, y responder en contra de cada punto en la segunda columna

Resalte cualquier cambio realizado en el manuscrito revisado, para que sea más fácil para los revisores ver dónde se han producido. Además, recuerde incluir solo los números de página del manuscrito, ya que esto facilita el proceso de revisión por pares. No utilice números de línea en su archivo, ya que los números de línea se automatizan cuando el sistema crea el PDF.

## ***Revisión por pares***

Esta revista opera un proceso de revisión doblemente anónimo. Todas las contribuciones serán evaluadas inicialmente por el editor para determinar su idoneidad para la revista. Los artículos que se consideran adecuados generalmente se envían a un mínimo de dos revisores expertos independientes para evaluar la calidad científica del artículo. El editor es responsable de la decisión final sobre la aceptación o el rechazo de los artículos. La decisión del editor es final. Los



editores no participan en decisiones sobre artículos que ellos mismos han escrito o que han sido escritos por familiares o colegas o que se relacionan con productos o servicios en los que el editor tiene interés. Cualquier envío de este tipo está sujeto a todos los procedimientos habituales de la revista, y la revisión por pares se realiza independientemente del editor relevante y sus grupos de investigación. Más información

sobre los tipos de revisión por pares.

### **Revisión doble anónima**

Esta revista utiliza una revisión doble anónima, lo que significa que las identidades de los autores se ocultan a los revisores y viceversa. Más información está disponible en nuestro sitio web. Para facilitar esto, incluya lo siguiente por separado:

*Página de título (con detalles del autor):* Esto debe incluir el título, los nombres de los autores, las afiliaciones, los agradecimientos y cualquier declaración de declaración de interés, y una dirección completa del autor correspondiente, incluida una dirección de correo electrónico.

*Manuscrito anonimizado (sin detalles del autor):* El cuerpo principal del artículo (incluidas las referencias, figuras, tablas y agradecimientos) no debe incluir ninguna información de identificación, como los nombres o las afiliaciones de los autores.

### ***Estructura del artículo***

Tipos de artículos:

- Carta al editor
- Artículos de investigación; cuantitativo y cualitativo
- Revisiones sistemáticas; cuantitativo y cualitativo
- Artículos teóricos
- Documentos de debate

### **Cartas al editor**

Se recomienda enviar cartas al editor que se refieran a un artículo reciente de Women and Birth hasta 3 meses después de la aparición de un artículo publicado. El texto está limitado a 350 palabras y 5 referencias. Se permite una sola tabla, figura o imagen pequeña. Las cartas no suelen ser revisadas por pares, pero pueden estar sujetas a revisión por pares a discreción de los editores. El Editor puede solicitar respuestas de los autores de la publicación original. Al enviar una carta al editor, el autor da permiso para su publicación en Women and Birth. Las cartas no deben duplicar el material que se publica o envía en otro lugar. Los editores se reservan el derecho de editar y abreviar cartas y publicar respuestas.

### **Todos los demás tipos de artículos**

Para los artículos estándar, la longitud máxima es ahora de 35 páginas a doble espacio, con márgenes estándar de 2,5 cm (1 pulgada) alrededor y tamaño de fuente de 11 puntos. Esta asignación de página incluye todas las Tablas, Figuras y Referencias, pero excluye el Resumen Estructurado.

Cualquier autor que tenga una muy buena razón para aumentar el número de páginas más allá de 35, por ejemplo, un artículo de investigación cualitativa, deberá presentar un caso claro al Editor en Jefe. Envíe un correo electrónico al editor para su aprobación, incluido el resumen estructurado, antes de enviarlo. (Correo electrónico: [caroline.homer@burnet.edu.au](mailto:caroline.homer@burnet.edu.au) ).

Las tablas no deben exceder las seis páginas tipográficas.

Se puede agregar material complementario sin límites de páginas específicos. Sin embargo, la legibilidad del artículo no debe depender del acceso a materiales complementarios.

Los números de página deben incluirse para la conveniencia de los revisores. No utilice números de línea en su archivo, ya que los números de línea se automatizan cuando el sistema crea el PDF.

**Idioma** debe ser inglés estándar del Reino Unido y estar centrado en la mujer, por ejemplo, use "mujer en edad fértil" en lugar de "paciente grávida", "nacimiento" en lugar de "parto".

Tenga a mano los siguientes elementos antes de iniciar sesión en el sistema. Cada envío, independientemente de la categoría, debe incluir lo siguiente:

- Carta de presentación
- Acuerdo de autor
- Página de título (con detalles del autor)
- Manuscrito (sin datos de autor)

Archivos adicionales que pueden ser necesarios según su manuscrito:

- Cifras
- Mesas
- Respuesta a los revisores (si se vuelve a enviar)
- Lista de Verificación

A **Carta de presentación**, declarando:

**Conflicto de intereses:** cuando la publicación propuesta se refiere a cualquier producto comercial, ya sea directa o indirectamente, el autor debe incluir en la carta de presentación una declaración (1) que indique que no tiene ningún interés financiero o de otro tipo en el producto o distribuidor del producto o (2) explicando la naturaleza de cualquier relación entre él o ella y el fabricante o distribuidor del producto. También deben divulgarse otros tipos de asociaciones, como consultorías, propiedad de acciones u otras participaciones en el capital social o acuerdos de concesión de licencias de patentes. Si, a juicio del Editor, la información divulgada representa un posible conflicto de intereses, se puede poner a disposición de los revisores y se puede publicar a discreción del Editor; Se informará a los autores de la decisión antes de la publicación.

**Fuentes de apoyo externo para la investigación:** incluyendo financiamiento, equipo y medicamentos.

Un **Acuerdo de autor** declarando:

- que el artículo es el trabajo original del autor (es)
- el artículo no ha recibido una publicación previa y no se está considerando su publicación en otro lugar
- que todos los autores han visto y aprobado el manuscrito que se envía
- los autores acatan los términos y condiciones de derechos de autor de Elsevier y el Australian College de las parteras

Un **Declaración ética** eso incluye:

- El nombre del comité de ética
- El número de aprobación
- La fecha de aprobación
- - Nota: Si el manuscrito se basa en un proyecto de garantía de calidad o mejora de la práctica, este debe quedar claro en el texto del documento y abordar las cuestiones éticas relacionadas con el consentimiento informado y libre y la confidencialidad, según corresponda.

Si una Declaración Ética no es aplicable, esto también debe especificarse.

### ***Una página de título***

#### **Información esencial de la página de título**

Debería contener:

- Título. Breve y descriptivo del contenido del artículo (no se deben utilizar abreviaturas en el título).
- Autores. Enumere a todos los autores por nombre, todas las iniciales, apellido y el título académico más alto utilizando únicamente "RM, PhD" para los titulares de ambas titulaciones. Indique la dirección de todas las instituciones donde se

realizó el trabajo. Enumere las afiliaciones departamentales de cada autor con esa institución después de cada dirección institucional. Conecte a los autores con los departamentos utilizando superíndices numerados.

- Autor correspondiente. Proporcione el nombre, dirección postal exacta con código postal, número de teléfono, número de fax y dirección de correo electrónico del autor a quien se deben enviar las comunicaciones, pruebas y solicitudes de reimpressiones.
- Los autores deben incluir sus identificadores de Twitter en la página de título si la tienen.

El **manuscrito completo**, arreglado de la siguiente manera:

- (1) Resumen estructurado y palabras clave
- (2) manuscrito, incluidos agradecimientos / divulgaciones (ver más abajo) y referencias,
- (3) Tablas (cada una completa con título) y
- (4) Figuras.

Además, se debe enviar lo siguiente si corresponde:

**Permiso escrito** del editor (titular de los derechos de autor) para reproducir cualquier tabla, ilustración o fotografía publicadas anteriormente en medios impresos y electrónicos.

### **Resumen**

El resumen debe estar estructurado y tener menos de 250 palabras. La estructura de la mayoría de los resúmenes debe ser: Problema, Fondo, Pregunta, hipótesis u objetivo, Métodos, Hallazgos, Discusión, Conclusión.

El Resumen no debe incluir referencias. Evite abreviaturas y acrónimos. Asegúrese de que no se mencione el nombre del hospital o servicio de salud.

### **Palabras clave**

Proporcione al menos cuatro y hasta seis palabras clave, de las cuales al menos tres deben seleccionarse entre las recomendadas por el *Index Medicus* Lista del

navegador de encabezados de temas médicos (MeSH) (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>)

### ***Declaración de importancia***

En la introducción, cree una tabla utilizando los siguientes títulos para resumir (en 100 palabras o menos) la contribución de su artículo a la literatura existente:

- **Problema o problema**
- **Lo que ya se conoce**
- **Qué agrega este documento**

### **Ejemplo de declaración de importancia**

#### *Problema*

La mala evaluación y el razonamiento clínico son los principales contribuyentes a los resultados adversos del nacimiento.

#### **Lo que ya se conoce**

La toma de decisiones de la partería durante el parto está mediada por jerarquías de vigilancia y control. Las parteras a menudo no pueden implementar su decisión preferida. Los marcos de toma de decisiones profesionales nacionales e internacionales no están lo suficientemente detallados para guiar el razonamiento clínico de las parteras.

#### **Lo que agrega este documento**

Evidencia de que la mitad de las parteras entrevistadas no utilizó el razonamiento clínico para tomar decisiones. Un modelo nuevo y detallado de razonamiento clínico de partería que incorpora un papel para la intuición.

### ***Encabezados***

Para los artículos de investigación originales, las referencias no deben ser más de 40, excepto con el permiso específico del editor antes de la presentación), **texto** debe organizarse de la siguiente manera:

- **Introducción** (incluyendo problemas, antecedentes teóricos y / o de investigación, hipótesis o preguntas orientadoras, definiciones de términos clave)
- **Participantes, Ética y Métodos** (descrito en detalle).
- **Hallazgos o resultados:** para Los resultados de la investigación cuantitativa deben informarse de forma concisa en tablas y figuras, con breves descripciones de texto. Para la investigación cualitativa, se debe lograr un equilibrio entre la concisión y los datos suficientes para respaldar la discusión y la conclusión.
- **Discusión** (interpretación clara y concisa de los resultados en el contexto de la literatura existente)
- **Conclusión** (resumir los puntos clave y hacer recomendaciones)
- **Reconocimientos y divulgaciones**

#### **Abreviaturas**

Minimice las abreviaturas a no más de cuatro. No utilice abreviaturas en el título. Utilice sólo abreviaturas bien conocidas por las parteras en abstracto. Defina abreviaturas en la primera aparición en el texto.

**Medidas y pesos** debe expresarse en unidades métricas estándar

#### **Agradecimientos**

Esta sección es obligatoria. Las subvenciones, el apoyo financiero y la asistencia técnica o de otro tipo se reconocen al final del texto antes de las referencias. *Se debe reconocer todo el apoyo financiero para el proyecto. Si no ha habido ayuda financiera con el proyecto, esto debe indicarse claramente.*

La función o funciones de la organización financiadora, si las hubiera, en la recopilación de datos, su análisis e interpretación, y en el derecho a aprobar o desaprobado la publicación del manuscrito terminado, debe describirse en la sección Métodos del texto.

#### **Notas al pie**

Las notas a pie de página no se utilizan en la revista.

### ***Obra de arte***

Las imágenes o figuras se envían en línea como uno o más archivos separados que pueden contener una o más imágenes. Dentro de cada archivo que contiene imágenes, use el número de figura (por ejemplo, Figura 1A) como el nombre del archivo de imagen.

El sistema acepta archivos de imagen formateados en TIFF y EPS. También se aceptan archivos de PowerPoint (.ppt), pero debe usar un archivo de imagen de PowerPoint separado para cada figura de PowerPoint.

### **Figuras legendarias**

Las leyendas de las figuras deben estar numeradas (en árabe) y a doble espacio en orden de aparición comenzando en una hoja separada. Identifique (en orden alfabético) todas las abreviaturas que aparecen en las ilustraciones al final de cada leyenda. Indique el tipo de tinción y el poder de aumento para todas las microfotografías. Todas las abreviaturas utilizadas en una figura y en su leyenda deben definirse en la leyenda. Cite la fuente de material previamente publicado (impreso o electrónico) en la leyenda.

Los símbolos, letras, números y rellenos contrastantes deben ser distintos, fáciles de distinguir y claramente legibles cuando la ilustración es de tamaño reducido.

Son preferibles las barras negras, blancas y con líneas muy cruzadas; no utilice punteado, relleno gris o líneas finas.

### ***Ilustraciones en color***

Las figuras / ilustraciones se pueden publicar en color sin cargo adicional para la versión en línea. Para la versión impresa, el color incurre en un cargo de US \$ 312 por la primera página y US \$ 208 por cada página adicional que contenga color. Si desea tener figuras / ilustraciones en color en línea y figuras en blanco y negro



impresas, envíe ambas versiones. Si desea publicar ilustraciones en color y acepta pagar el "cargo por color", marque la casilla correspondiente.

## **Tablas**

Envíe las tablas como texto editable y no como imágenes.

Las tablas no deben exceder las seis páginas tipográficas.

Las tablas deben estar a doble espacio en hojas separadas (una para cada página).

No use líneas verticales. Cada tabla debe estar numerada (árabe) y tener un título arriba. Las leyendas y notas explicativas deben colocarse debajo de la tabla.

Las abreviaturas utilizadas en la tabla siguen la leyenda en orden alfabético.

Los superíndices de letras minúsculas que comienzan con "a" y siguen en orden alfabético se utilizan para las notaciones de probabilidades estadísticas dentro del grupo y entre grupos.

Las tablas deben ser autoexplicativas y los datos no deben estar duplicados en el texto o las ilustraciones. Las tablas deben enviarse como parte del archivo de texto y no como ilustraciones.

## **Referencias**

La revista sigue las recomendaciones del Consejo Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) para la realización, presentación de informes, edición y publicación de trabajos académicos en revistas médicas disponibles en: <http://www.icmje.org/recommendations/>. Requisitos de referencia para *Mujeres y nacimiento* son los

lo mismo que para otras revistas médicas / de salud importantes. Los ejemplos de citas y referencias para cada tipo (por ejemplo, artículo, capítulo de libro, tesis) están en: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Los detalles completos de los requisitos de referencia de la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) se encuentran en <http://>

[www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/); donde se puede acceder al libro

electrónico.

Para los usuarios de sistemas de gestión bibliográfica como Mendelay o Endnote, utilice la versión más actualizada y seleccione Lancet Output Style porque cumple con los estándares de referencia ICMJE.

#### *Cita en el texto*

Asegúrese de que todas las referencias citadas en el texto también estén presentes en la lista de referencias (y viceversa). Cualquier referencia citada en el resumen debe ser completada. Los resultados no publicados y las comunicaciones personales no se recomiendan en la lista de referencias, pero pueden mencionarse en el texto. Si estas referencias se incluyen en la lista de referencias, deben seguir el estilo de referencia estándar de la revista y deben incluir una sustitución de la fecha de publicación por "Resultados no publicados" o "Comunicación personal". La citación de una referencia como "en prensa" implica que el artículo ha sido aceptado para su publicación.

#### *Referencias de datos*

Esta revista lo alienta a citar conjuntos de datos subyacentes o relevantes en su manuscrito citándolos en su texto e incluyendo una referencia de datos en su Lista de referencias. Las referencias de datos deben incluir los siguientes elementos: nombre (s) del autor, título del conjunto de datos, repositorio de datos, versión (si está disponible), año e identificador persistente global. Agregue [conjunto de datos] inmediatamente antes de la referencia para que podamos identificarlo correctamente como una referencia de datos. El identificador de [conjunto de datos] no aparecerá en su artículo publicado.

## **Material suplementario**

Se puede publicar material complementario, como aplicaciones, imágenes y clips de sonido, con su artículo para mejorarlo. Los elementos complementarios enviados se publican exactamente como se reciben (los archivos de Excel o PowerPoint aparecerán como tales en línea). Envíe su material junto con el artículo y proporcione una leyenda concisa y descriptiva para cada archivo complementario. Si desea realizar cambios en

material complementario durante cualquier etapa del proceso, asegúrese de proporcionar un archivo actualizado. No anote ninguna corrección en una versión anterior. Desactive la opción "Control de cambios" en los archivos de Microsoft Office, ya que aparecerán en la versión publicada.

## ***Datos de la investigación***

Esta revista le anima y le permite compartir datos que respalden su publicación de investigación cuando sea apropiado, y le permite interconectar los datos con sus artículos publicados. Los datos de investigación se refieren a los resultados de observaciones o experimentación que validan los hallazgos de la investigación. Para facilitar la reproducibilidad y la reutilización de datos, esta revista también lo alienta a compartir su software, código, modelos, algoritmos, protocolos, métodos y otros materiales útiles relacionados con el proyecto.

A continuación, se muestran varias formas en las que puede asociar datos con su artículo o hacer una declaración sobre la disponibilidad de sus datos al enviar su manuscrito. Si está compartiendo datos de alguna de estas formas, le recomendamos que cite los datos en su manuscrito y lista de referencias. Consulte la sección "Referencias" para obtener más información sobre la cita de datos. Para obtener más información sobre cómo depositar, compartir y usar datos de investigación y otros materiales de investigación relevantes, visite [eldatos de la investigación](#) página.

## ***Vinculación de datos***

Si ha hecho que los datos de su investigación estén disponibles en un repositorio de datos, puede vincular su artículo directamente al conjunto de datos. Elsevier

colabora con varios repositorios para vincular artículos en ScienceDirect con repositorios relevantes, lo que brinda a los lectores acceso a datos subyacentes que les brindan una mejor comprensión de la investigación descrita.

Hay diferentes formas de vincular sus conjuntos de datos a su artículo. Cuando esté disponible, puede vincular directamente su conjunto de datos a su artículo proporcionando la información relevante en el sistema de envío. Para obtener más información, visite el [página de enlace de base de datos](#).

Para repositorios de datos compatibles un banner de repositorio aparecerá automáticamente junto a su artículo publicado en ScienceDirect.

Además, puede vincular a datos o entidades relevantes a través de identificadores dentro del texto de su manuscrito, usando el siguiente formato: Base de datos: xxxx (por ejemplo, TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

#### *Datos de Mendeley*

Esta revista es compatible con Mendeley Data, lo que le permite depositar cualquier dato de investigación (incluidos datos en bruto y procesados, video, código, software, algoritmos, protocolos y métodos) asociados con su manuscrito en un repositorio de acceso abierto y de uso gratuito. Durante el proceso de envío, después de cargar su manuscrito, tendrá la oportunidad de cargar sus conjuntos de datos relevantes directamente a *Mendeley*

*Datos*. Los conjuntos de datos se enumerarán y los lectores podrán acceder directamente a ellos junto a su artículo publicado en línea.

Para obtener más información, visite el [Página de Mendeley Data para revistas](#).

#### *Declaración de datos*

Para fomentar la transparencia, le recomendamos que indique la disponibilidad de sus datos en su envío. Esto puede ser un requisito de su organismo o institución financiadora. Si sus datos no están disponibles para acceder o no son aptos para

publicar, tendrá la oportunidad de indicar el motivo durante el proceso de envío, por ejemplo, indicando que los datos de la investigación son confidenciales. La declaración aparecerá con su artículo publicado en ScienceDirect. Para obtener más información, visite elPágina de declaración de datos.

## **DESPUÉS DE LA ACEPTACIÓN**

### ***Corrección de prueba en línea***

Para garantizar un proceso de publicación rápido del artículo, rogamos a los autores que nos proporcionen sus correcciones de prueba en un plazo de dos días. Los autores correspondientes recibirán un correo electrónico con un enlace a nuestro sistema de revisión en línea, que permite la anotación y corrección de las pruebas en línea. El entorno es similar a MS Word: además de editar texto, también puede comentar figuras / tablas y responder preguntas desde el Copy Editor. La revisión basada en la web proporciona un proceso más rápido y menos propenso a errores al permitirle escribir directamente sus correcciones, eliminando la posible introducción de errores.

Si lo prefiere, aún puede optar por anotar y cargar sus ediciones en la versión PDF. Todas las instrucciones para la revisión se darán en el correo electrónico que enviamos a los autores, incluidos métodos alternativos a la versión en línea y PDF.

Haremos todo lo posible para que su artículo se publique de forma rápida y precisa. Utilice esta prueba solo para comprobar la composición tipográfica, la edición, la integridad y la corrección del texto, las tablas y las figuras.

Los cambios significativos en el artículo aceptado para publicación solo se considerarán en esta etapa con el permiso del Editor. Es importante asegurarse de que todas las correcciones se nos envíen en una sola comunicación. Verifique cuidadosamente antes de responder, ya que no se puede garantizar la inclusión de correcciones posteriores. La revisión es responsabilidad exclusiva de usted.

### **Separatas**

El autor correspondiente recibirá, sin coste alguno, un Compartir enlace proporcionando 50 días de acceso gratuito a la versión final publicada del artículo sobre ScienceDirect. El enlace para compartir se puede utilizar para compartir el

artículo a través de cualquier canal de comunicación, incluido el correo electrónico y las redes sociales. Por un cargo adicional, se pueden solicitar separatas en papel a través del formulario de pedido de separata que se envía una vez que se acepta el artículo para su publicación. Tanto los autores correspondientes como los coautores pueden solicitar separatas en cualquier momento a través de Servicios de autor. Los autores correspondientes que han publicado su artículo con acceso abierto de oro no reciben un enlace para compartir, ya que su versión final publicada del artículo está disponible en acceso abierto en ScienceDirect y se puede compartir a través del enlace DOI del artículo.

### **CONSULTAS DEL AUTOR**

Visita el Centro de soporte de Elsevier para encontrar las respuestas que necesita. Aquí encontrará de todo, desde preguntas frecuentes hasta formas de ponerse en contacto.

Tú también puedes comprobar el estado de su artículo enviado o averigua cuándo se publicará su artículo aceptado.