



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

Susana Gracia Amaya

**INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL MIEDO AL PARTO. UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÀFICA.**

TREBAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dr. Adrià Almazor Sirvent

Facultad de Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

TORTOSA 2021



Agradecimientos

Realizar el TFG significa para mí llegar a la meta final. Ha sido un largo trayecto recorrido, con segmentos más difíciles y obstáculos que superar, y otros llenos de momentos especiales y únicos; una experiencia inolvidable que volvería a vivir. Por ello, me gustaría agradecer a todas aquellas personas que se hayan cruzado en mi camino y lo han hecho posible.

En primer lugar, a mis padres, Francisco y Elena, que gracias a sus esfuerzos han logrado que haya llegado donde estoy, y haya podido estudiar lo que elegí, ser una enfermera. Les estaré eternamente agradecida, por cómo me han apoyado y ayudado cada día, a pesar de la distancia, siempre han estado presentes.

A mi maravilloso hermano Francisco, un hermano bondadoso, inteligente y ejemplar, que siempre cuidaré de él igual que desde el día en que nació.

Al Angel de mi vida, que me ha acompañado desde el principio, y me ha cuidado cada día, escuchándome y animándome cuando lo he necesitado. Ha sido el inicio de una gran etapa en nuestras vidas.

A mi leal y fiel amigo Fito, quién me adora y yo a él, quién me sigue a todas partes siendo mi sombra, quién me busca y me recibe con brincos de alegría siempre. Es un apoyo fundamental al que quiero con locura.

A mi abuela, que me escribe habitualmente a pesar de la distancia para apoyarme.

Al gran descubrimiento de la carrera, unas grandes amigas, No habría sido lo mismo sin ellas.

A todos los profesionales sanitarios que me han enseñado durante las prácticas clínicas, me han recibido y ayudado de corazón y siempre les agradeceré su comprensión y ayuda.

A todos los profesores y docentes de la URV que han estado por la labor de enseñarnos a todos, con la mejor atención.

Y a mi tutor del TFG, Adrià Almazor, por el tiempo y dedicación que ha empleado para guiarme para realizar el presente trabajo.

Llega la hora de culminar esta etapa, pero se abrirá otra puerta, una nueva etapa, con nuevas oportunidades y vivencias, que espero con ilusión y esperanza. Gracias a todos, os deseo lo mejor.

Resumen

Introducción: El parto es una experiencia crítica en la vida de la mujer, es una etapa de transición a la maternidad a nivel físico, psicológico y social que puede contener temores. Existe una prevalencia del miedo al parto y se ha convertido en un problema global en la salud perinatal, incluso aumenta la probabilidad de complicaciones obstétricas durante el alumbramiento.

Objetivos: (a) Analizar los instrumentos existentes de evaluación sobre el miedo de las mujeres al parto, (b) analizar la fiabilidad y validez de los instrumentos de medición del miedo que sienten las mujeres al parto, (c) determinar el rango de edad de la población de estudio en los diferentes artículos, (d) identificar los instrumentos utilizados por enfermería para la detección del miedo al parto, (e) identificar escalas de medición de miedo al parto, antes, durante o después de éste.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura existente, en un periodo de tiempo determinado, de Octubre 2020 a Abril 2021, utilizando las siguientes bases de datos: PubMed, Web of Science, Cinahl, Scopus y Dialnet. Se siguieron las directrices de búsqueda según la Declaración PRISMA y se aplicaron los criterios de calidad de Joanna Briggs Institute.

Resultados: Según los criterios de inclusión y exclusión propuestos, se seleccionaron 15 artículos para su análisis. En base a los cuestionarios aplicados de Joanna Briggs, los artículos presentan una alta calidad, con puntuaciones entre 6 y 9 sobre 9. Se han encontrado 13 instrumentos de medición de miedo al parto, evaluados mayormente con el alfa de Cronbach, con resultados entre 0,75 y 0,96. Por otro lado, las escalas encontradas se clasifican en diferentes momentos, durante el embarazo o durante/tras el parto, o previamente a la concepción. En cuanto al rango de edad de la población de estudio, la edad mínima encontrada es 15, y la máxima 46. Además, el miedo a la episiotomía y al dolor son dos de los más significativos, incluyendo la ansiedad.

Conclusión: Se han encontrado 13 instrumentos de medida, con buenas propiedades psicométricas que, pueden servir de utilidad para futuros estudios de investigación.

Palabras clave: Parto, miedo, escala, encuestas y cuestionarios, parto obstétrico.

Abstract.

Introduction: Childbirth is a critical experience in a woman's life, it is a stage of transition to motherhood on a physical, psychological and social level that may contain fears. There is a prevalence of fear of childbirth and it has become a global problem in perinatal health, even increasing the probability of obstetric complications during delivery.

Objectives: (a) Analyze existing assessment instruments on women's fear of childbirth, (b) analyze the reliability and validity of instruments for measuring fear that women feel of childbirth, (c) determine the age range of the study population in the different articles, (d) identify the instruments used by nursing to detect fear of childbirth, (e) identify scales for measuring fear of childbirth, before, during or after it.

Results: According to the proposed inclusion and exclusion criteria, 15 articles were selected for analysis. Based on the questionnaires applied by Joanna Briggs, the articles present a high quality, with scores between 6 and 9 out of 9. There have been 13 instruments to measure fear of childbirth, evaluated mostly with Cronbach's alpha, with results between 0.75 and 0.96. On the other hand, the scales found are classified at different times, during pregnancy or during / after delivery, or prior to conception. Regarding the age range of the study population, the minimum age found is 15, and the maximum 46. Furthermore, fear of episiotomy and pain are two of the most significant, including anxiety.

Conclusion: Thirteen measurement instruments have been found, with good psychometric properties that may be useful for future research studies.

Keywords: Childbirth, fear, scale, surveys and questionnaires, obstetric delivery.



○ **ÍNDICE**

1. Introducción.	7
1.2 Justificación	8
2. Marco conceptual	9
2.2 El parto	9
2.2.2 Fases del parto.	10
2.2.3 Estado psicológico de la madre durante el parto.	11
2.2.4 Acompañamiento al parto.	11
2.2.4.1 Apoyo continuo durante el parto.	11
2.3 El miedo: concepto	12
2.3.1 La biología del miedo	13
2.3.2 Tipología del miedo	13
2.3.3 Miedo y parto	14
2.4 Escalas de medición de salud: fiabilidad.	15
3. Pregunta de investigación.	17
4. Objetivos.	17
5. Metodología.	18
5.1 Descripción del diseño de estudio.	18
5.2 Periodo de estudio.	18
5.3 Fuentes de información.	18
5.4 Términos de búsqueda.	19
5.5 Límites de búsqueda	19
6. Resultados	20
6.1 Diagrama de flujo	21
6.2 Descripción detallada de búsqueda en las bases de datos.	22
6.3 Descripción detallada de artículos seleccionados.	25
6.4 Tablas de otros resultados	40



6.5 Evaluación según los criterios de calidad Joanna Briggs Institute.	42
7. Análisis/Discusión	43
8. Conclusiones	44
9. Bibliografía	46
ANEXOS	52

○ **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Experiencias de mujeres sobre el miedo al parto.....	16
Tabla 2. Pregunta de investigación.....	17
Tabla 3. Descriptores DeCS y MeSH.	19
Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión.	20
Tabla 5. Búsqueda en PubMed.	22
Tabla 6. Búsqueda en Web of Science.....	22
Tabla 7. Búsqueda en Scopus.....	23
Tabla 8. Búsqueda en CINAHL.	23
Tabla 9. Búsqueda en Dialnet.	24
Tabla 10. Descripción de la búsqueda y artículos seleccionados.	24
Tabla 11. Resultados de búsqueda.	25
Tabla 12. Resultados de la edad materna en la población de estudio.	40
Tabla 13. Origen de estudio según los artículos seleccionados.....	40
Tabla 14. Instrumentos de medida.	41
Tabla 15. JBI Critical appraisal checklist for studies reporting prevalence data.	42
Tabla 16. JBI Critical appraisal checklist for quasi-experimental studies.....	43



1. Introducció.

El periodo perinatal, que abarca el embarazo hasta el primer año después del nacimiento, es reconocido como un período muy importante que puede ser considerable y extremadamente emocional. (1) En este sentido, el parto es una experiencia crítica en la vida de gran parte de las mujeres, y es considerada como una etapa de transición a la maternidad tanto a nivel físico, psicológico como social. A pesar de que se ofrece una atención segura en la mayoría de los países, el parto puede suponer una gran carga para algunas mujeres gestantes. (2)

Por tanto, las experiencias y expectativas de las mujeres sobre el proceso de embarazo y el parto son de naturaleza tanto positiva como negativa, que incluyen sentimientos de alegría o fe, pero también puede contener preocupaciones, ansiedad y temores.(3) Asimismo, se estima que el miedo al parto afecta a alrededor del 14% de las mujeres embarazadas a nivel mundial.(4) Lo que supone que, es un problema que afecta a la salud y el bienestar de las mujeres antes, durante y después del parto. (3) Así pues, es uno de los problemas clave que afecta a la salud de las mujeres en su vida perinatal. (4)

Añadir también que, el miedo al parto (FoC) es considerado uno de los desafíos de la vida en que las mujeres se enfrentan durante su embarazo, y al mismo tiempo, es una fuente de angustia para ellas y su entorno familiar, que aumenta la probabilidad de complicaciones obstétricas durante el parto. (4) De este modo, el miedo al parto conlleva impactos negativos en el bienestar tanto físico como psicológico de la mujer, tales como tener dolor intenso durante el trabajo de parto y el parto, el aumento en la duración del trabajo de parto, el uso de anestesia, y el mayor riesgo de partos por cesárea. (4)

Entre los miedos identificados en la mujer, se encuentran: el miedo a lo desconocido, al dolor, a sufrir una episiotomía, a no tener control sobre la situación, a la vida del bebé y a la capacidad para dar a luz. También, aquellas mujeres con temor son más vulnerables psicológicamente, y tienen tendencia a la depresión y ansiedad posparto, y a la necesidad de ayuda profesional. En este sentido, estas mujeres pueden desarrollar un trastorno de estrés postraumático posparto (TEPT). De aquí la importancia de detectar de forma precoz el origen, el miedo, ya que a la larga comporta un coste psicológico para las gestantes, y un coste económico en el sistema de salud. (5)

Respecto a los efectos negativos sobre la experiencia del parto de la mujer, se encuentran que, por ejemplo, el miedo puede hacer que el parto sea más duradero y que la mujer experimente más dolor al parir. Un problema destacable es la influencia del miedo al parto en la solicitud de las cesáreas por parte de las mujeres y, consecuentemente, existe un aumento en la tasa de cesáreas electivas. Por tanto, el miedo puede conducir a un parto intervencionista o una cesárea de emergencia. (6)

Por otra parte, las parejas también sienten miedo, ya que temen la posibilidad de muerte de sus parejas o hijos durante el parto, a que sus bebés nazcan con algún problema de salud, a que sus parejas sufran dolor severo, a la prolongación del parto, a la aplicación incorrecta de intervenciones durante el parto, al requerimiento de intervenciones en ventosa, fórceps o cesárea, a no ofrecer el apoyo suficiente, o a no saber mantener la calma. Adicionalmente, el método de parto preferido por los hombres influye en las preferencias de las gestantes, por tanto, éste es un punto de partida a valorar en futuros estudios. (6)

Conviene resaltar que, los trastornos psiquiátricos perinatales y posparto están infradiagnosticados. No obstante, el miedo al parto y el trastorno por estrés postraumático posparto están relacionados entre sí, por ello es primordial una detección precoz y una organización de curas y apoyo en las mujeres que padecen miedo. (7)

Otro punto a comentar es la importancia de la identificación del miedo al parto. Hay países como Suecia, donde hay matronas especiales llamadas "Aurora teams", que se encargan de dar apoyo psicológico y obstétrico individualizados en el tratamiento del miedo al parto, intentando que la experiencia de parto sea lo más normal y provechosa posible, incluyendo el periodo anterior y posterior a éste. (8)

Para concluir, se aprecia, tal como se ha ido comentando anteriormente, que existe una incidencia y prevalencia del miedo al parto en las mujeres de todo el mundo, y que, además, se ha convertido en un problema global en la salud perinatal y un factor de riesgo en la salud de las mujeres embarazadas.

1.2 Justificación

Tras la explicación del punto anterior, se llega a la deducción de que gran cantidad de mujeres experimentan alguna vez en su vida miedo al momento vital del parto, ya sea previamente, durante o posterior a éste y, es uno de los problemas que puede desencadenar consecuencias negativas para la salud de las mujeres, que permanece

en las sociedades de diferentes puntos de varios continentes, siendo un dilema importante a tratar.(8,9) De manera que, el miedo al parto es un tema muy amplio y, necesario e imprescindible a estudiar y desarrollar, por tanto, esta revisión bibliográfica se centrará en investigar en profundidad acerca de la búsqueda de instrumentos o escalas de medida que permitan la identificación y valoración precoz del miedo, para así facilitar medios útiles y válidos a los profesionales de salud en el abordaje terapéutico.

2. Marco conceptual

2.2 El parto

El parto es un proceso fisiológico donde la mujer finaliza su gestación, en el que, mediante las contracciones de la matriz, se produce el nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta y las membranas.

En cuanto a las semanas de gestación, se calculan a partir de la fecha de la última regla. Así, se establece como fecha probable de parto, a las 40 semanas de gestación (280 días, 10 meses lunares). Además, se considera normal que el parto se lleve a cabo entre las 37 y las 42 semanas completas. (10)

2.2.1 Tipos de parto

Según la OMS, el parto en relación a la edad gestacional, puede ser prematuro si éste se da antes de las 37 semanas de gestación o a término si se da después de las 37 semanas o más. (11) De tal manera que, se considera que un parto es normal si se produce entre las 37 y las 42 semanas de gestación. (10)

Respecto al parto medicalizado, es aquel proceso que se produce por vía vaginal precedido de intervenciones, como la rotura artificial de membranas; la anestesia epidural; la episiotomía, es decir, una incisión en la vagina que se realiza para ampliar el espacio y acelerar la salida del bebé; la inducción del parto; o el uso de hormonas sintéticas como la oxitocina o las prostaglandinas para acelerar el parto. (10)

Por otra parte, se considera un parto eutócico cuando se produce por vía vaginal en el cual el bebé nace de cabeza sin necesidad de recurrir a ningún instrumento extractor o maniobras especiales. Y, es distócico cuando es necesario acortar el período de expulsión mediante el uso de instrumentos, como las espátulas, los fórceps y la ventosa. Añadir también que, se define un parto por cesárea a la intervención quirúrgica para extraer el bebé mediante una incisión en las paredes del abdomen y el útero. (10)

Por último, se encuentra el parto no intervenido o humanizado, que es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que puedan alterar su fisiología. Se centra en “humanizar el acto de dar a luz”, que incluye una preparación física durante el embarazo mediante relajación y respiración, y vigilancia continua fetal durante el proceso de parto con una monitorización del período expulsivo fetal, y donde la presencia de la pareja y la creación de un ambiente afectivo adecuado a la futura madre es primordial.(12)

2.2.2 Fases del parto.

En la fase de preparto o pródromo, la gestante puede notar unas contracciones en forma de endurecimiento general y, en ocasiones, con dolor en el vientre o en la zona lumbar. Este período puede durar desde unas horas hasta días antes del parto, no obstante, tanto el tiempo como la intensidad de esta fase, pueden ser distintos de un parto a otro. También, en las últimas semanas antes del parto, se puede producir la expulsión del tapón mucoso, es decir, un flujo vaginal más abundante de lo normal, de color rosado o amarronado, y de consistencia espesa. (10)

En la fase activa del primer estadio del parto, tiene lugar la dilatación, desde los 4 cm hasta los 10 cm de diámetro. Aparecen varios ritmos, primero un período de aceleración hasta los 9 cm, donde la mujer puede verse superada por la intensidad de las contracciones. Y, después comienza un período de desaceleración hasta llegar a los 10 cm. (10) En el caso en que la mujer se enfrenta al dolor de parto, llena de miedo y con niveles elevados de ansiedad, tendrá tensión muscular que dificultará la dilatación, provocando un aumento de dolor en las contracciones del parto, estableciéndose un círculo miedo-tensión-dolor. (13)

Seguidamente, se da la segunda fase del parto o período expulsivo, en que el parto que comienza con una dilatación completa del cuello uterino y termina con el nacimiento del bebé. Esta fase a su vez se puede dividir en dos etapas: la primera, llamada latente del parto, donde no hay pujo y el bebé de forma pasiva, desciende por la pelvis materna y, mediante una serie de movimientos y rotaciones, se va adaptando al canal del parto hasta llegar a la vagina, y la segunda, nombrada activa del parto, en que la cabeza del bebé se aproxima a la zona vulvar y se da el pujo. (10)

Finalmente, una vez que sale el bebé, se corta el cordón umbilical, que conectaba a la madre y al feto durante el embarazo y se da el período de alumbramiento, en que el útero continúa en contracción hasta que se expulsan la placenta y las membranas. Puede darse de manera natural, con una duración de unos 30 minutos si el proceso es dirigido o de 60 minutos si el alumbramiento es espontáneo.(10)

2.2.3 Estado psicológico de la madre durante el parto.

La mujer durante el parto experimenta síntomas desde los primeros signos de que el bebé está por llegar, hasta que el parto llega a su fin, donde aparecen ansiedades que antes no habían aparecido. De manera que, la madre había incorporado al bebé a su esquema corporal, y ya se había adaptado a un ritmo metabólico, fisiológico y hormonal, que después habrá de retornar a su situación corriente y realizar una nueva adaptación. Además, las fuertes contracciones de dilatación, provocan angustia y ansiedad, y como consecuencia, fantasías y temores. (14)

Cuando el proceso de dilatación está culminando, se crean sensaciones orgánicas que dan lugar a sentimientos de sorpresa y temor frente a la situación. Al llegar el momento expulsivo, la madre experimenta otra crisis de ansiedad, que se considera una agudización del momento anterior, manifestándose así de forma psíquica, física y social. Después, cuando se produce el parto, la mujer siente un estado confusional entre un sentimiento de vacío, extrañamiento, añoranza, despersonalización, y a su vez, de tranquilidad y alivio. (14)

2.2.4 Acompañamiento al parto.

Durante el parto normal, en el ámbito hospitalario, las matronas atienden a la mujer, sin embargo, la presencia no es continuada debido a que cada profesional puede estar ocupándose de más de una mujer de parto. Ya en algunos países, se está promoviendo el apoyo continuo, es decir, el cuidado individualizado una a una. (15)

Por otra parte, el acompañamiento de la pareja, familiar o persona del entorno, elegida por la paciente, aumenta favorablemente su bienestar y, parece mejorar los resultados del parto. (15)

2.2.4.1 Apoyo continuo durante el parto.

Las mujeres desde siempre han recibido atención y apoyo de otras mujeres durante el trabajo de parto y el parto, y han tenido a alguien a su lado durante todo el proceso, el cual se le atribuye el término "apoyo continuo". Este apoyo abarca el apoyo emocional como la presencia continuada, tranquilidad y elogio; la información sobre el progreso del trabajo de parto; consejos sobre las diferentes técnicas de afrontamiento; y medidas de confort tales como el contacto reconfortante, masajes, baños tibios o la estimulación de la movilidad.(16)

Se ha demostrado en una revisión sistemática de Meghan A et al. publicada en Cochrane que, las mujeres que reciben apoyo continuo en el trabajo de parto pueden



tener más probabilidades de tener un parto vaginal espontáneo, y menos probabilidades de informar sobre sentimientos negativos acerca de su experiencia vivida. Además, las mujeres tienen menos probabilidades de utilizar analgésicos, de tener un parto por cesárea o un parto vaginal instrumental y, de tener una puntuación de Apgar baja a los cinco minutos, es decir, la puntuación que se utiliza en la evaluación de la salud y el bienestar de los recién nacidos en el momento del parto. En este sentido, es más posible que se sientan mejor y que los trabajos de parto sean más cortos. (16)

De manera que, los cuidados de apoyo en la atención al parto pueden mejorar los procesos fisiológicos del trabajo de parto y también, fortalecer los sentimientos de control, seguridad y confianza de las mujeres respecto su propia fuerza y capacidad para dar a luz. Consecuentemente, puede disminuir la necesidad de intervención obstétrica y mejorar las experiencias y vivencias de las gestantes. (16)

2.3 El miedo: concepto.

El miedo es una emoción negativa que, sin embargo, desempeña un papel positivo en la supervivencia del individuo que la siente, ya que avisa de la existencia de un peligro y permite preparar, con la ayuda de la razón, una estrategia de defensa o de huida. Para los expertos de la afectividad, entre ellos Paul Ekman, “el *miedo* es junto con la *alegría*, la *tristeza*, la *ira*, el *asco* y la *sorpresa*, una de las emociones primarias y universales, con un fuerte determinante biológico y, por tanto, con un fuerte carácter instintivo.”(17)

Es conveniente destacar que el miedo tiene la función de generar tanto afectos positivos como negativos, que informan sobre la valoración, positiva o negativa, que para el sujeto merecen los estímulos que lo desencadenan. Así pues, es una manera básica de conocer la realidad que, sin embargo, deberá ser entendida o interpretada por la razón. Como señala el autor Fernando Sarráis, “no olvidemos que algo nos *afecta*, esto es, genera afectos en nosotros, en la medida en que es bueno o malo para nuestros objetivos biológicos, psicológicos o sociales”.(17)

Para entender mejor el concepto, es necesario comprender que las emociones son afectos muy intensos, breves, superficiales, aparentes y fáciles de detectar por los demás a través de su expresión corporal, desencadenados por estímulos ambientales. Se considera que las emociones tienen cuatro elementos: estímulo ambiental, reacción emocional, manifestaciones físicas y conducta asociada. En comparación con

las emociones, los sentimientos y estados de ánimo suelen ser menos intensos, pero por ser más profundos y duraderos, son menos aparentes o visibles para los demás. Según Ricardo Yepes, los sentimientos son como los sonidos del alma, de manera que cada persona suena de un modo distinto, por eso mismo, los sentimientos y la música se encuentran tan cerca. (17)

También, mencionar que, José Antonio Marina, autor de *Anatomía del miedo*, hace una explicación sobre la vivencia afectiva. Él afirma que los afectos humanos son un territorio psicológico delimitado por tres dimensiones que denomina “primitivos afectivos”, considerados los elementos más primarios y generales que, mezclados de forma diferente y con diversa intensidad, se dan en todos los afectos. Estos primitivos afectivos forman la triada *agradable/desagradable*, *inquietante/tranquilizante*, *atractivo/repulsivo*. Los afectos negativos, como el protagonista el miedo, son desagradables, inquietantes y repulsivos. (17)

2.3.1 La biología del miedo.

El cerebro es el órgano principal que se encarga del centro de control de las funciones psíquicas, una de ellas, la afectividad. Éste, recibe estímulos sensoriales a través de los cinco sentidos externos que informan del mundo externo y de múltiples receptores sensoriales internos que informan de su situación interna, tales como la posición, postura, tensión muscular, dolor, necesidad de orinar, defecar, hambre o sed.(17)

Por otro lado, los estímulos son analizados por neuronas, agrupadas en núcleos situados en la zona media del cerebro, entre el tronco cerebral, que une el cerebro con la médula espinal, y la corteza cerebral. Así, el primer núcleo analizador de los estímulos se denomina tálamo, que tiene un núcleo cercano, la amígdala, que le ayuda a analizar el peligro potencial de esos estímulos para la vida. En concreto, la amígdala se halla en el lóbulo temporal, detrás de la glándula hipofisaria, y tiene una función muy importante en la adaptación al estrés y en la modulación de las emociones, especialmente del miedo. En suma, se encarga de la tarea de guardar la memoria de los estímulos que han producido daño y sufrimiento al sujeto. (17)

2.3.2 Tipología del miedo.

El miedo es una emoción normal y beneficiosa siempre que se mantenga dentro de una proporción cualitativa y cuantitativa adecuada a los estímulos que lo producen. La intensidad del miedo depende de la interacción de varios factores: de la inminencia del riesgo de que ocurra algo, de la gravedad del daño que produce ese suceso y de la

actitud del sujeto hacia el sufrimiento. Esta última, deriva de que tal sufrimiento sea evitable o no, útil o no, merecido o no; y finalmente, depende de la habituación desarrollada en experiencias pasadas vividas. (17)

En general, todo lo que vuelva imprevisible el mundo o todo lo que convenza de incapacidad de controlar una situación, produce miedo. Cuando una persona que siente miedo está sola, siente más miedo; si está acompañada, se siente de alguna manera protegida y su miedo disminuye. (17)

Cuando el miedo es excesivo, la persona puede darse cuenta de que ha de enfrentarse a los riesgos que teme: pero, en la práctica, no tiene fuerza de voluntad suficiente para hacerlo, con lo que, durante el tiempo que le dura el miedo, su libertad está disminuida o incluso anulada. Hay un miedo de intensidad extrema, llamado pánico, que produce un bloqueo o paralización física y psicológica tal que impide huir o enfrentarse al peligro. Cuando se da esta evitación de algo por miedo a sufrir pánico, se dice que la persona padece fobia. (17)

Como se acaba de comentar, el pánico tiene tal fuerza que impide el funcionamiento psíquico normal, produce conductas irracionales durante el tiempo que dura, y puede dejar secuelas patológicas posteriores tales como trastornos de estrés postraumático, depresiones reactivas, fobias a las situaciones causantes de pánico, o una ansiedad de expectación, que es un temor permanente a que esa situación se repita. (17)

2.3.3 Miedo y parto.

Últimamente ha habido un aumento de interés en la investigación sobre el miedo durante el parto. Históricamente, el término "miedo al parto" se caracterizó hace décadas, en 1981, en una población de mujeres embarazadas de Suecia, descrito como: "una fuerte ansiedad que había afectado su funcionamiento y bienestar diarios (de las mujeres)". Después, hacia el 1990, algunos estudios de Finlandia lo definieron como un problema de salud para una mujer embarazada relacionado estrechamente con un trastorno de ansiedad o un miedo fóbico, incluyendo complicaciones físicas, pesadillas, dificultad de concentración y demandas de cesárea. Así pues, el término 'FOC clínica' abarca un "miedo incapacitante que interfiere en el funcionamiento ocupacional y doméstico, así como en las actividades y relaciones sociales", e incluso contiene la clasificación de fobia específica en el DSM IV. (3)

Por otra parte, más adelante aparece el concepto de "tocofobia", que según explican Hofberg y Brockington, se trata de un miedo irracional al parto que puede influir en la



mujer en posponer o evitar el embarazo o en solicitar una cesárea electiva (3,18). Además, la tocofobia puede ser primaria, si se produce en mujeres nulíparas, o secundaria, si aparece en mujeres que han tenido una experiencia previa ya sea de embarazo o incluso de un parto traumático (18,19)

En cuanto a la etiología de la tocofobia, es multifactorial, y se asocia con factores predisponentes como la susceptibilidad a la ansiedad o la depresión, el bienestar en las relaciones interpersonales, el abuso sexual y experiencia traumática de un nacimiento anterior. Además, el contexto sociocultural influye en cómo percibir el miedo al parto. (9)

Por otro lado, el miedo también está relacionado con el método de parto, tal como se muestra en el estudio de Karim Demisar et al, donde las mujeres que optarían por un parto vaginal eran las menos asustadas en comparación con las que elegirían una cesárea. De manera que, cuanto más alto es el miedo, más tienden a tener cesárea. (9) Y, este es un problema importante ya que hay una gran demanda y, el miedo es uno de los causantes, como en Turquía, un país donde la tasa de cesáreas ocupa el primer lugar con un 53,1%. (6) También, entre los miedos más significativos, se encuentra el miedo a tener una episiotomía, seguido por el miedo a no tener control sobre la situación y el miedo al dolor. (9)

En relación a la transmisión del miedo al parto, los blogs y foros forman parte de un medio universal que es muy utilizado entre las mujeres, donde pueden expresarse libremente y difundir sus propias experiencias vividas. Tal como se referencia en la Tabla 1, se puede deducir que hay variedad de miedos y preocupaciones que atormentan a la mujer, y afectan físicamente y psicológicamente a su salud, no obstante, también hay quién no tiene miedo al parto como la mujer de la experiencia 5, en que la educación previa sobre la consideración del parto como un proceso normal ha sido un factor favorable para no tener miedo. (20–23)

2.4 Escalas de medición de salud: fiabilidad.

En el campo de la salud, es necesaria la disponibilidad de instrumentos de medida que puedan ser utilizados para analizar y evaluar atributos subjetivos para orientar acciones de promoción y atención de la salud. (24) En concreto, en cuanto al miedo al parto, existen diversos instrumentos tales como escalas que se utilizan para medir el sentimiento de miedo que experimentan las mujeres al parto.

Respecto a la fiabilidad, es el grado en que un instrumento de medida es capaz de medir sin error. En este caso, mide la proporción de variación en las mediciones que se debe a la variedad de valores que toma una variable y que no es producto del error sistemático, es decir, sesgo, o aleatorio, es decir, azar. De manera que, esta propiedad determina la proporción de la varianza total atribuible a diferencias verdaderas que existen entre los sujetos. (24)

En concreto, el coeficiente alfa de Cronbach es uno de los recursos estadísticos más utilizados y reconocidos para evaluar la fiabilidad de un instrumento. Su valor está comprendido entre 0 y 1, y depende tanto del número de ítems que componen la escala como de la correlación media entre ellos. Además, el valor mínimo aceptado para este coeficiente es de 0,70. Aquellos valores que sean inferiores al número anteriormente citado, indican que la fiabilidad de la escala utilizada es baja. Por otro lado, se espera un valor máximo de 0,90, donde los valores mayores indican que hay redundancia o duplicación, lo cual, significa que varios ítems están midiendo el mismo elemento de un dominio o constructo y, por tanto, dichos ítems deben eliminarse. De todas formas, en general, se prefieren valores de alfa entre 0,80 y 0,90. (24)

Tabla 1. Experiencias de mujeres sobre el miedo al parto.

Experiencias	Foro/Blog
Nº1: "Hola bueno, tengo 34 semanas y tengo miedo de morir en el parto, o de los dolores de las contracciones, ¡tengo miedo de todo! estoy como loca en serio tengo mucho miedo... no sé cómo quitármelo... tengo miedo de alguna complicación incluso de perder a mi bebé..."	Enfemenino(20)
Nº2: "Estoy de 35 semanas. Y es mi #5 embarazo tengo 35 años... tengo hasta ansiedad de pensar en el dolor del parto...no sé si es normal o es por mi edad que siento que no podré aguantar... me siento muy cansada y débil."	Babycenter(21)
Nº3: "con mi primera hija acabé en una cesárea de urgencia después de muchas horas... En mi segundo embarazo, el bebé se quedó sin latido a los 3 meses, lo pasé realmente mal... Este tercer embarazo ha sido bastante duro tanto a nivel físico como psicológico. He lidiado y sigo lidiando con muchos miedos. Ahora con 35 semanas comienzo a tener pánico al parto..."	Babycenter(21)
Nº4: "Desde la adolescencia tenía claro que quería adoptar, no quería ni me sentía capaz de parir. Una de las primeras noches tras el positivo en el test de embarazo, me dio un ataque de ansiedad".	El Diario(22)
Nº5: "Recuerdo mi primera visita a la matrona durante mi primer embarazo...una de las cosas que le sorprendió fue que no tuviera ningún miedo ante el parto; me preguntó si mi madre me había hablado bien de sus alumbramientos y, es curioso, pero era cierto, siempre la recuerdo hablando de ir a dar a luz como si fuera una cosa súper normal... he tenido el miedo al parto nunca "	No soy una drama mamá (23)

(Fuente: elaboración propia)

3. Pregunta de investigación.

La formulación de la pregunta de investigación es un punto clave en el estudio, ya que es la base en la que éste se sustenta. La estrategia de búsqueda utilizada para formular la pregunta clínica estructurada es la estrategia PICO, que se describe con detalle a continuación, en la Tabla 2.(25)

Por otra parte, para valorar la pregunta, se han revisado los requisitos que ha de cumplir, como son: que sea factible, ya que el estudio debe ser viable ajustándose a los recursos disponibles; interesante, es decir, que los resultados tengan un interés potencial en el campo de salud; novedosa, permitiendo ampliar el conocimiento sobre el tema a estudiar y; ética, teniendo en cuenta los principios éticos básicos de la investigación científica como el principio de beneficencia, autonomía y justicia, y la relación riesgo/beneficio. (25)

Tabla 2. Pregunta de investigación

Población (P)	Gestantes
Intervención (I)	Aplicación de instrumentos de evaluación del miedo al parto
Comparación (C)	La no aplicación de instrumentos de medida
Outcome (O)	Detectar el nivel de miedo frente al parto
Pregunta formulada	¿La aplicación de instrumentos de evaluación del miedo al parto son fiables para detectar el nivel de miedo y útiles en el manejo de parto en pacientes gestantes?

(Fuente: elaboración propia)

4. Objetivos.

- General: Analizar los instrumentos existentes de evaluación sobre el miedo de las mujeres al parto.
- Específicos:
 - Identificar escalas de medición de miedo al parto, antes, durante o después de éste.
 - Analizar la fiabilidad y validez de los instrumentos de medición del miedo que sienten las mujeres al parto.
 - Identificar los instrumentos utilizados por enfermería para la detección del miedo al parto.
 - Determinar el rango de edad de la población de estudio en los diferentes artículos.

5. Metodología.

5.1 Descripción del diseño de estudio.

El estudio realizado se llevó a cabo mediante una revisión sistemática (RS) de la literatura existente basada en evidencia científica, con el objetivo de dar respuesta a la pregunta de investigación planteada anteriormente.

5.2 Periodo de estudio.

El intervalo de tiempo del estudio es de Octubre de 2020 hasta Abril de 2021.

5.3 Fuentes de información.

Las bases de datos utilizadas en la recopilación de datos para la revisión se explican con claridad a continuación:

-PubMed: El inicio de esta base de datos surgió en la década de los años 90, a partir del desarrollo del internet, cuando la base de datos MIDLINE¹ se hizo universal a través de una nueva interfaz, conocida como PubMed. Además, fue desarrollada por la NCBI² y, se define como un archivo gratuito con texto completo, de literatura de revistas biomédicas y de ciencias de la vida en la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH/NLM). (26)(27)

-Web of Science (WoS): Esta base de datos es una de las principales bases de datos mundiales de referencias bibliográficas, propiedad de Clarivate Analytics y, gestionada por FECYT³.(28)

-Scopus: Se trata de una base de datos de referencias bibliográficas y citas de la empresa Elsevier que, permite realizar búsqueda con diferentes opciones, calcular las citas para una selección de artículos con la funcionalidad "Citation Overview", evaluar el rendimiento de una revista, y con métricas de impacto. (29)

-CINAHL: Es una interfaz fácil de usar que, abarca una amplia gama de temas, entre ellos la enfermería y biomedicina y, proporciona acceso a libros de atención de la

¹Base de datos, originada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

²Centro Nacional de Información Biotecnológica que promueve la ciencia y la salud al proporcionar acceso a información biomédica y genómica.

³ Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, fundación pública del Ministerio de Ciencia e Innovación

salud, tesis de enfermería, conferencias, normas de práctica, audiovisuales y capítulos de libros. (30)

-Dialnet: Es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana que, integra distintos recursos, como una base de datos de contenidos científicos hispanos, un servicio de alertas bibliográficas, una hemeroteca virtual y un repositorio de acceso a la literatura científica a texto completo. (31)

5.4 Términos de búsqueda.

Para realizar la búsqueda bibliográfica para este estudio de investigación, se han establecido unos términos clave. Éstos se pueden diferenciar en “*Descriptor de Ciencias de la Salud*” (DeCS) y “*Medical Subject Headings*” (MeSH), disponibles en la Tabla 3.

Tabla 3. *Descriptor de Ciencias de la Salud y Medical Subject Headings.*

Términos clave	Descriptor DeCS	Descriptor MeSH	URL.
Miedo	Miedo	Fear	- DeCS Server - ListTerms (bvshalud.org) (decs) - Surveys and Questionnaires - MeSH - NCBI (nih.gov)(mehs)
Parto/childbirth	Parto	Parturition	
Encuestas y cuestionarios	Encuestas y cuestionarios	Questionnaires and Surveys	
Parto obstétrico	Parto obstétrico	Delivery, obstetric	
Escala/scale	-	-	

(Fuente: elaboración propia)

5.5 Límites de búsqueda

Previamente a la búsqueda, se han establecido unos criterios de selección, de inclusión y exclusión, utilizados en los filtros de las bases de datos escogidas, bien definidos en la siguiente tabla, Tabla 4.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Artículos publicados entre los años 2015-2020, ambos incluidos, de ámbito nacional e internacional. ✓ Artículos de fuentes fiables. ✓ Artículos de idiomática castellana, catalana o inglesa. ✓ Artículos con texto completo gratuito. 	<ul style="list-style-type: none"> × Artículos de revisiones o metaanálisis. × Literatura gris (informes, tesis doctorales, entre otros)

(Fuente: elaboración propia)

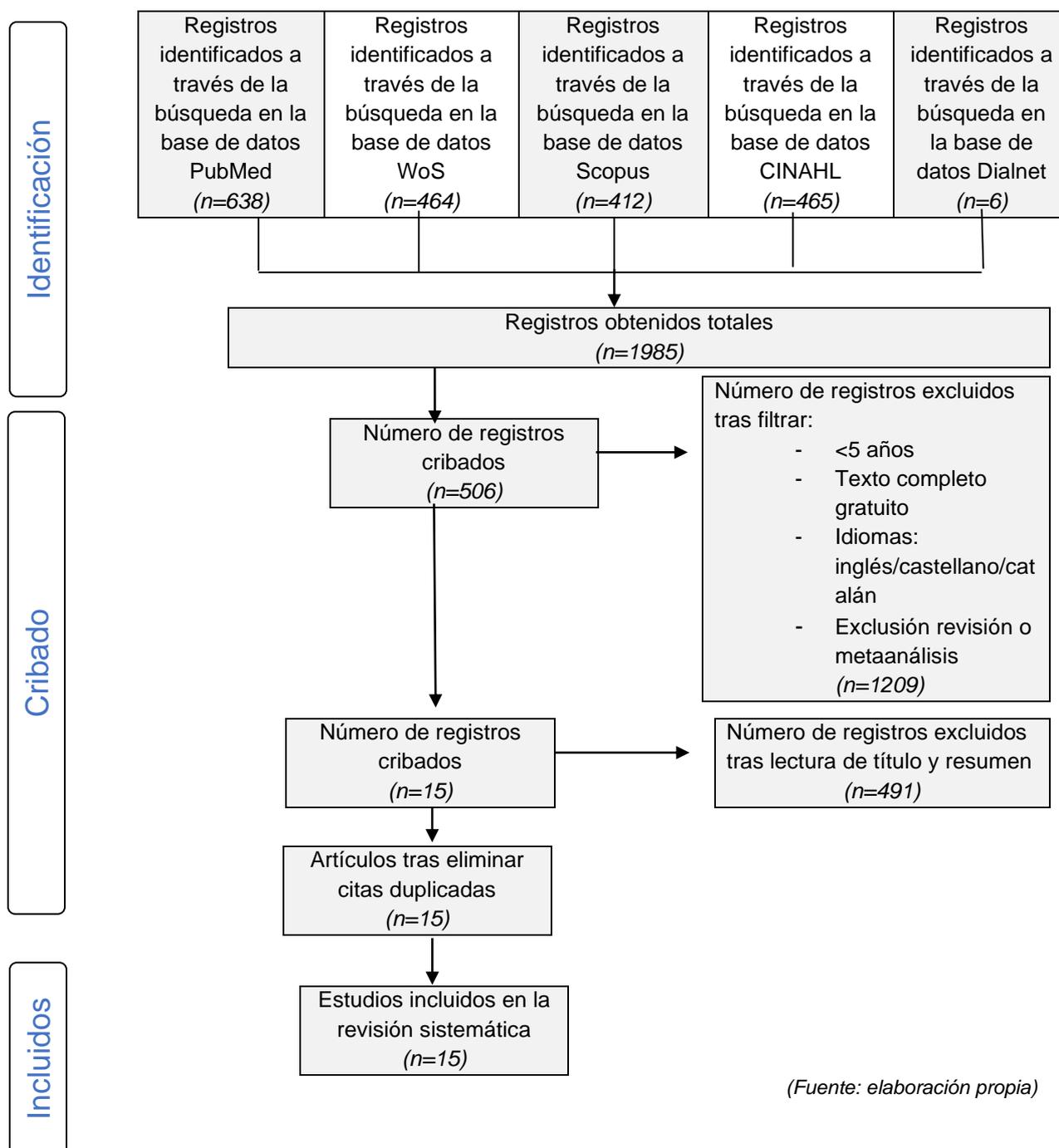
6. Resultados

La estrategia de la búsqueda y recopilación del conjunto de artículos se ha basado en los criterios descritos en el punto anterior (Tabla 4). Se realizaron 5 búsquedas en las bases de datos: PubMed, WoS, Scopus, CINAHL y Dialnet. De manera que, se obtuvo un total de 1985 referencias, de las cuales, 1209 fueron excluidas tras aplicar los filtros específicos proporcionados para cada base de datos. Seguidamente, tras la lectura del título y resumen de los diferentes artículos, y la posterior eliminación de citas duplicadas, se cribaron 15 artículos; finalmente incluidos en la presente revisión sistemática.

6.1 Diagrama de flujo

En el presente trabajo se siguieron las directrices de búsqueda según la Declaración PRISMA.

Gráfico 1. Diagrama de flujo de la búsqueda basado en el modelo PRISMA 2009.



(Fuente: elaboración propia)

6.2 Descripción detallada de búsqueda en las bases de datos

Tabla 5. Búsqueda en PubMed.

Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
(fear) AND (childbirth OR delivery obstetric) AND (questionnaire* OR scale* OR survey*)	Sin filtros	n=638
	▪ <5 años	n=313
	▪ Texto completo gratuito	n= 221
	▪ Idiomas: inglés/castellano/catalán	n=610
	▪ Exclusión de revisión o metaanálisis	n=637
	▪ Con filtros	n= 136

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 6. Búsqueda en Web of Science.

Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
(fear) AND (childbirth OR delivery obstetric) AND (questionnaire* OR scale* OR survey*)	Sin filtros	n=464
	▪ <5 años	n=464
	▪ Texto completo gratuito	n=222
	▪ Idiomas: inglés/castellano/catalán	n=446
	▪ Exclusión de revisión o metaanálisis	n=457
	▪ Con filtros	n= 191

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 7. Búsqueda en Scopus.

Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
(fear) AND (childbirth OR delivery obstetric) AND (questionnaire* OR scale* OR survey*)	Sin filtros	n=412
	▪ <5años	n=194
	▪ Texto completo gratuito	n=134
	▪ Idiomas: inglés/castellano/catalán	n=385
	▪ Exclusión de revisión o metaanálisis	n=391
	▪ Con filtros	n=88

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 8. Búsqueda en CINAHL.

Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
(fear) AND (childbirth OR delivery obstetric) AND (questionnaire* OR scale* OR survey*)	Sin filtros	n=465
	▪ <5años	n=279
	▪ Texto completo gratuito	n=130
	▪ Idiomas: inglés/castellano/catalán	n=443
	▪ Exclusión de revisión o metanálisis	n=458
	▪ Con filtros	n=87

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 9. Búsqueda en Dialnet.

Frase de Búsqueda	Criterios	Resultados
(fear) AND (childbirth OR delivery obstetric) AND (questionnaire* OR scale* OR survey*)	Sin filtros	n=6
	▪ <5años	n=4
	▪ Texto completo gratuito	n=6
	▪ Idiomas: inglés/castellano/catalán	n=6
	▪ Exclusión de revisión o metaanálisis	n=6
	▪ Con filtros	n=4

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 10. Descripción de la búsqueda y artículos seleccionados.

Base de datos	Número de artículos obtenidos	Número de artículos seleccionados
PubMed	136	5
WoS	191	4
Scopus	88	3
CINAHL	87	2
Dialnet	4	1

(Fuente: elaboración propia)

6.3 Descripción detallada de artículos seleccionados

Tabla 11. Resultados de búsqueda.

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto.						
Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. https://www-degruyter-com.sabidi.urv.cat/view/journals/jpme/46/2/article-p151.xml	PubMed	Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I et al. 2018 Slovenia	Identificar la prevalencia y determinar los factores de riesgo para desarrollar tocofobia.	Estudio observacional, transversal. n=191 mujeres entre 18 y 44 años con 32,6 ± 2,6 semanas de gestación.	-STAI ⁴ , cuestionario de ansiedad. -CES-D ⁵ , escala de depresión. -SWLS ⁶ , escala de vida. -W-DEQ ⁷ versión A, cuestionario de experiencia/expectativa de parto para evaluar la tocofobia. Éste mide el nivel de miedo con la respectiva puntuación: bajo, 0-37; moderado, 38-66; alto, 66-85; muy alto, 85-99; patológico, >90=100. -Ranking del atributo del miedo al parto.	Respecto al cuestionario W-DEQ, la confiabilidad medida mediante el α de Cronbach dio como resultado 0,92. Además, el miedo moderado al parto estuvo en el 53,4% de las embarazadas, el miedo alto o muy alto en el 23,1% y el miedo patológico en el 1,6%. Respecto a la clasificación de los miedos al parto, el más significativo fue sufrir una episiotomía, después no tener control de la situación, seguido del dolor. Por otro lado, la depresión y ansiedad son factores de riesgo a destacar para la tocofobia, y en concreto, la depresión es mejor predictor. El miedo se asocia con el modo de parto, ya que contra más alto sea el miedo mayor es la probabilidad de cesárea.

⁴State-trait anxiety inventory, Cuestionario del inventario de ansiedad estado-rasgo

⁵Center for Epidemiologic Studies Depression scale, Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

⁶Life scale, Escala de vida que mide la calidad de vida del individuo

⁷Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, Cuestionario de experiencia / expectativa de parto de Wijma

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear - ScienceDirect (urv.cat)	PubMed	Swift E, Zoega h, Stoll K, Avery M, Gottfreðs dóttir H. 2020 Islandia	Evaluar la CEA ⁸ en términos de satisfacción de las mujeres con la atención, autonomía en la toma de decisiones y su eficacia para reducir el miedo.	Ensayo controlado casi experimental . n=32 mujeres nulíparas de bajo riesgo que recibieron EAC y 60 que recibieron atención prenatal habitual.	<p>-Se compara la satisfacción de mujeres con el cuidado y autonomía tras la intervención, EAC (6 visitas prenatales individuales y 4 sesiones grupales durante el embarazo), con la chi-cuadrado. Para ello, se usa la escala de miedo al parto antes y tras la intervención.</p> <p>-Se utilizan 2 encuestas: pre-intervención (a las 12-16 semanas) y post intervención (a las 36-40 semanas).</p> <p>-FOBS⁹, escala con sensibilidad del 89%. Es una escala analógica visual de 2 elementos de 100 mm, y se pide a los participantes que respondan a la pregunta "¿Cómo se sienten en este momento acerca del nacimiento que se acerca?". Los anclajes se definen como a) "calma" y "preocupado" y b) "sin miedo" y "miedo fuerte". La puntuación va de 0 a 100, la más alta indica más miedo.</p>	<p>Al principio, hubo mayor proporción de participantes de la EAC que reportaron un alto temor (>60 puntos) en comparación con las mujeres con atención habitual (28% y 21%, respectivamente). Tras la intervención, menos mujeres reportaron un alto temor al nacimiento en la EAC en comparación con la atención habitual (9,4% y 15,0%, respectivamente). Y, el número de mujeres en la EAC con alto temor disminuyó de 9 a 3.</p> <p>Se concluye que, la EAC fue más eficaz que la atención habitual para reducir el miedo al nacimiento.</p>

⁸Enhanced Antenatal Care, atención prenatal mejorada

⁹Fear of Birth Scale, escala de miedo al nacimiento.

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Fear of Childbirth among Pregnant Women Availing Antenatal Services in a Maternity Hospital in Rural Karnataka. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31247979/	PubMed	Johnson A, Kumar M, Jacob R, Arul M, María F. 2019 Karnataka	Documentar el miedo al parto y los factores asociados, entre las mujeres que utilizaran servicios de atención prenatal, en Karnataka.	Estudio transversal n=388 mujeres prenatales, con edad media de 22,9 ± 2,9 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de miedo al parto validado, de 30 ítems dividido en 3 partes: miedo antes del parto con 11 preguntas, miedo durante el parto con 13 preguntas y miedo después del parto con 6 preguntas. La respuesta a cada una tiene una de las tres respuestas: de acuerdo(1 punto), en desacuerdo o neutral (0 puntos). El puntaje va de 0 a 30, donde el miedo aumenta en puntuación ascendente. - Se utilizó la prueba <i>t</i> de Student y el Análisis de varianza (ANOVA). 	<ul style="list-style-type: none"> -El alfa de Cronbach fue de 0,89; indica un alto nivel de consistencia interna (confiabilidad). -El 45,4% de las mujeres embarazadas tenían miedo al parto. -Los miedos más comunes fueron: no tener confianza en el parto, tener miedo o estar tenso, y miedo al dolor, cesárea o episiotomía. -Hubo una asociación significativa del miedo al parto con una puntuación de gestación más baja, una paridad más baja, un número menor de hijos vivos y antecedentes de muerte fetal previa.

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Individual and Contextual Factors of Nulliparas' Levels of Depression, Anxiety and Fear of Childbirth in the Last Trimester of Pregnancy: Intimate Partner Attachment a Key Factor? Individual and Contextual Factors of Nulliparas' Levels of Depression, Anxiety and Fear of Childbirth in the Last Trimester of Pregnancy: Intimate Partner Attachment a Key Factor? (urv.cat)	PubMed	Rus P, Rus M, Vidmar M, Premru T, Perat M. 2019 Slovenia	Obtener información sobre factores de riesgo de síntomas depresivos y ansiedad en mujeres embarazadas, enfatizando en el apego de pareja.	Estudio transversal n=325 mujeres nulíparas en el tercer trimestre del embarazo	-ECR-R ¹⁰ , para evaluar el apego romántico entre adultos. -EDS ¹¹ , para evaluar síntomas depresivos. -The Zung Anxiety Scale, para evaluar la ansiedad. - Escala validada de miedo al parto, que consta de 6 elementos. Además, tiene 5 puntos, que varía de 1 (en absoluto) a 5 (mucho); a más puntuación, mayor miedo.	-La escala de miedo al parto tiene una alta fiabilidad de medición (Cronbach α 0,82). -La ansiedad por el apego se asoció significativamente con tres indicadores de salud mental: nivel de depresión, ansiedad y miedo al parto. -Incorporar preguntas sobre las relaciones laborales en los cuestionarios de embarazo es un aspecto a mejorar para el reconocimiento de las mujeres vulnerables.

¹⁰ *Experiences in Close Relationships-Revised*, Experiencias en relaciones estrechas revisadas

¹¹ *The Edinburgh Depression Scale*.

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study (urv.cat)	PubMed	Ghanbari S, Fardiazar Z, Meedyas S, Mohammad S, Asghari M et al. 2019 Tabriz, Irán	Evaluar la prevalencia de una experiencia de nacimiento traumática e identificar sus predictores entre un grupo de mujeres primíparas.	Estudio transversal n=800 mujeres de uno a 4 meses después del parto	-CEQ 2.0 ¹² ; cuestionario que consta de 23 preguntas, 20 de las cuales se realizan por escala de Likert (de 1 a 4 puntos) y 3 preguntas utilizando la escala visual (de 0 a 100). Las subescalas incluyen la capacidad propia, apoyo profesional, participación, y seguridad percibida. Las preguntas negativas se puntuaron en orden inverso. El rango de puntuación total y subescalas está entre 1 y 4, y las puntuaciones más bajas representan una experiencia más traumática.	-El cuestionario ha sido verificado con alfa de Cronbach de 0,94. -El estudio muestra una alta tasa de una experiencia de parto traumática del 37%. - La probabilidad de tener una experiencia de nacimiento traumática era 2,81 veces más entre las mujeres que no hacían ningún ejercicio durante el embarazo. -La falta de uso del alivio del dolor durante el parto y el miedo al parto aumentaron la probabilidad de experiencia con el parto traumático en 4,24 y 3,47 veces.

¹²Childbirth Experience Questionnaire version 2.0, Cuestionario de Experiencia para el Parto versión 2.0

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Development and psychometric properties of Iranian women childbirth experience questionnaire. https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/pdfdirect/10.1002/nop2.752	WoS	Hosseini M, Keramat A, Shahhosseini Z, Kolahdozan S, Moosazadeh M, Motaghi Z. 2020 Irán	Desarrollar un cuestionario para evaluar las experiencias de parto en mujeres iraníes.	Estudio transversal, n=781 mujeres que tuvieron un parto en las últimas 12h a 2 meses.	-IWCBEQ ¹³ ; cuestionario de 148 ítems en la escala Likert de 5 puntos (totalmente de acuerdo, de acuerdo, sin comentarios, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). La puntuación más baja es para la opción: totalmente en desacuerdo con 1 punto. Así, cuanto mayor puntuación total, más positiva es la experiencia de parto. El número de factores se redujo a 7 factores: apoyo profesional, apoyo del marido y otros apoyos, bebé, preparación, percepción positiva y control. -La validez del cuestionario se evalúa mediante la validez aparente, de contenido, con Content Validity Ratio (CVR) mínimo de 0,49 y, de constructo.	-El cuestionario indicó un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,91; es útil para identificar experiencias de parto negativas, planificación e intervención. -El miedo influyó en las experiencias negativas y llevó a la elección de cesárea para el próximo parto.

¹³Exploratory factor analysis of Iranian women childbirth experience questionnaire, Análisis factorial exploratorio del cuestionario de experiencia de parto de mujeres iraníes

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Childbirth and Postpartum Period Fear and the Related Factors in Pregnancy. https://www.jcpsp.pk/archive/2020/Feb2020/07.pdf	WoS	Zengin H, Olgu I Yalnizoglu C, Tiryaki O. 2019 Sakarya, Turquía	Determinar los factores que afectan los niveles de ansiedad de las embarazadas durante el parto y el período posparto.	Estudio descriptivo, n=500 mujeres embarazadas.	-FCPPS, escala de miedo al parto y período posparto, con las subdimensiones siguientes: ansiedad sobre el bebé, ansiedad de parto, ansiedad sobre amamantamiento, ansiedad por insuficiencia en el cuidado del bebé posparto, ansiedad sobre la vida social posparto, ansiedad por la salud del bebé y puerperio, ansiedad por no ser capaz de recibir apoyo del marido tras el parto, ansiedad previa al parto, ansiedad sobre el comportamiento de la asistencia sanitaria durante el parto, ansiedad por parto por cesárea. -Formulario de 25 preguntas sobre aspectos sociodemográficos y características obstétricas. -Se utilizó número, porcentaje y mediana (IQR).	-La ansiedad aumentó en mujeres embarazadas sobre el parto y el cuidado del bebé, especialmente en el último trimestre. - Las participantes con empleo, fumadoras, primíparas y las que no recibían apoyo durante el embarazo, tuvieron mayor nivel de ansiedad.

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/artic/e/10.1007/s00737-019-01011-0	WoS	Garthus S, Horsch A, Soest T, Haga S, Drozd F, Ayers S, Eberhard M. 2019 Noruega	Investigar la relación prospectiva entre los síntomas del TEPT después del parto y el apego prenatal en el embarazo posterior.	Estudio longitudinal, n=1473 mujeres embarazadas	-Inventario de apego prenatal -IES ¹⁴ , para medir los síntomas del TEPT en relación con el parto anterior. Es una escala de autoinforme que mide síntomas de intrusión (7 ítems) y evitación (8 ítems). Consta de 4 categorías de respuesta: 0 = nada, 1 = raras veces, 3= a veces, y 5 =a menudo . Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 75; la puntuación más alta refleja un mayor grado de estrés postraumático, y una puntuación superior a 34 indica que es probable que exista un trastorno de estrés postraumático. - W-DEQ, versión A. -Registro de nacimiento electrónico.	-IES, obtuvo una confiabilidad de $\alpha = 0,88$, y W-DEQ obtuvo una confiabilidad de $\alpha = 0,96$. - A las 17 semanas de gestación, el 3,2% de las participantes tenían síntomas de TEPT después del parto, definidos por puntuaciones por encima de 34. - La puntuación media de la IES fue de 7,43, las puntuaciones variaron entre 0 y 65 en toda la muestra. -El miedo al parto se relacionó negativamente con el apego prenatal. - Los síntomas de TEPT auto informados tras un parto anterior predijeron de manera prospectiva niveles más altos de apego prenatal en el embarazo posterior, mientras se controlaban los factores de confusión importantes, como síntomas de depresión y ansiedad materna.

¹⁴Impact of Event Scale, Escala de Impacto de Eventos

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00409/full	WoS	Ayers S, Wright D, Thornton A. 2018 Londres	Desarrollar un cuestionario que mida el PTSD específicamente para mujeres en el posparto de acuerdo con los criterios del DSM-5.	Estudio longitudinal, n=950 mujeres embarazadas entre 18 y 46 años.	-City Birth Trauma Scale; cuestionario de 31 preguntas: 29 preguntas que se asignan a los criterios de diagnóstico del DSM-5; y 2 preguntas de los criterios del DSM-IV. La puntuación va de 0 ("en absoluto") a 3 ("5 o más veces"). Una puntuación más alta indica una mayor gravedad de los síntomas del PTSD. -Se evaluó los siguientes aspectos de validez: facilidad de comprensión y validez de construcción mediante un análisis de factores exploratorios.	-La escala total obtuvo $\alpha = 0,92$, demostrando confiabilidad y validez.

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Influence of intimate partner violence during pregnancy on fear of childbirth. https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S187757561730071X?via%3Dihub	Scopus	Moghaddam V, Toohill J, Akaberi A, Hashemi B. 2017 Irán	Examinar la prevalencia de la VPI (violencia de pareja íntima), y si la VPI física, sexual y psicológica durante el embarazo predice el miedo al parto.	Estudio transversal poblacional, n=174 mujeres embarazadas de al menos 14 semanas de gestación, entre 18 y 40 años.	-CTS2 ¹⁵ -rFDQ ¹⁶ ; instrumento que incluye 11 ítems relacionados con el miedo al parto vaginal con respuestas dicotómicas de "sí" o "no". Se considera que 6 o más respuestas positivas es un miedo severo al parto. -STAI ¹⁷ , para evaluar la ansiedad.	-El alfa de Cronbach de rFDQ fue de 0,87. -El 61,5% (n = 107) de las mujeres embarazadas informaron tener miedo al parto. -Las 2 razones más importantes del miedo de las mujeres fueron: estar preocupadas por la salud del bebé (87,4%) y el pánico en el parto (81,7%). -El 73% (n = 127) de las mujeres habían experimentado IPV al menos una vez durante el embarazo. El resultado fue: VPI psicológica (66,1% n = 115) seguida de la sexual (30,5% n = 53) y la física (23% n = 40). -Las nulíparas mostraron más miedo con un 65,7%. -Existe un alto nivel de violencia de género y miedo al parto durante el embarazo en las mujeres iraníes. -La exposición a la IPV física durante el embarazo es un factor de predicción del miedo al parto vaginal y es pertinente para las mujeres nulíparas.

¹⁵Revised Conflict tactics scale

¹⁶ Fear of Vaginal Delivey

¹⁷Inventario de ansiedad de rasgo de estado

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravid women: A cross-sectional study. https://sites.kowsarpub.com/semj/articles/61896.html	Scopus	Pirdadeh S, Behboodi Z, Salsali M, Alavi H, Birjandi M, Bostani Z 2017 Khorramabad, Irán	Determinar la prevalencia del miedo al parto y sus factores asociados en mujeres primigrávidas en Khorramabad.	Estudio transversal, n=400 mujeres primigrávidas	-CAQ ¹⁸ , para evaluar el miedo al parto, que incluye 14 ítems basados en una escala Likert de 4 puntos (Para nada, muy poco, moderadamente, demasiado). Las puntuaciones oscilan entre 14 y 56, y a mayor puntuación, mayor miedo. - Cuestionario de apoyo social de Northouse, para evaluar el nivel de apoyo social percibido.	-La confiabilidad se confirmó con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,75. -La puntuación media para el miedo al parto fue 37,86 (± 9,44). Se observó miedo al parto en la mayoría de las mujeres primigrávidas (80,8%). -Las variables de ingresos suficientes para los gastos de manutención, participación en clases de preparación para el parto y preferencia por el modo de parto fueron predictores del miedo al parto. El miedo al parto en las mujeres, que no estaban satisfechas con sus ingresos, fue 3,7 veces mayor que en aquellas que si lo estaban. -El miedo al parto en las mujeres que participaron en clases de preparación para el parto fue casi el doble que en las que no lo hicieron. -El nivel de miedo en las mujeres, que prefirieron el parto vaginal fue 6,6 veces mayor que las que prefirieron la cesárea.

¹⁸ Childbirth attitude questionnaire

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. http://web.a.ebscohost.com/sabidi.urv.cat/ehost/detail/detail?vid=4&sid=d53075ca-4444-4d2f-aa38-befb608bc2f7%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRi#AN=114489631&db=c8hhttps://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2014.943838	CINAHL	Korukcu O, Bulut O, Kukul K. 2016 Turquía	Contribuir a la literatura internacional al determinar y describiendo la estructura factorial y las cualidades psicométricas del WDEQ-B.	Estudio descriptivo, longitudinal. n= 227 madres en una clínica prenatal en Turquía.	-PIQ. ¹⁹ -BAI. ²⁰ , inventario para medir el estrés postraumático después del parto de escala Likert de 4 puntos de 21 ítems, de 0 (<i>nunca</i>) a 3 (<i>extremadamente</i>). La puntuación total está entre 0 y 63; una puntuación cercana o igual a 63 indica ansiedad severa. - WDEQ-B ²¹ , cuestionario de 33 ítems con una escala Likert de 5 puntos, que va de 0 (<i>nada</i>) a 5 (<i>extremadamente</i>) para todos los ítems utilizado para determinar el temor, sentimientos, pensamientos después del parto. Los ítems 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12 y 15 están codificados positivamente, por lo que se codifican en sentido inverso para el cálculo de la puntuación total.	-La consistencia interna y la confiabilidad de WDEQ-B es ≥ 0.87 ; muestra una buena calidad psicométrica -BAI tiene un α de Cronbach igual a 92%.

¹⁹ *Personal Information Questionnaire*

²⁰ *Beck Anxiety Inventory*

²¹ *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B*

Instrumentos del miedo al parto durante el embarazo, o durante/tras el parto. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Perceived satisfaction of women during labour at the Hospital Universitario Materno-Infantil of the Canary Islands through the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1130862120303259	Dialnet	González H, Miñarro S, Palma I, Jeppesen J, Berenguer M, Verdú J. 2020-21 Gran Canaria	Conocer el grado de satisfacción de las mujeres tras el parto en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Gran Canaria (HUMIC).	Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. n=257 gestantes entre 18 y 45 años.	-CEQ ²² , CEQ-E consta de 22 ítems; 19 de ellos están medidos en una escala Likert de 4 valores y los 3 restantes se miden utilizando una escala visual analógica. Los valores de la escala visual analógica se recodifican de la siguiente manera: 0-40 = 1, 41-60 = 2, 61-80 = 3 y 81-100 = 4	-El cuestionario CEQ-E tiene una alta consistencia interna con un coeficiente de Cronbach global de 0,88. -Respecto los resultados, las mujeres cuyo parto había sido menor o igual a 12h sin traumatismo perineal y aquellas a las que no se les ha realizado episiotomía obtuvieron mejor puntuación final en el CEQ-E. El parto instrumental frente al parto eutócico se asocia a puntuaciones menores respecto a la puntuación final en el CEQ-E. -La satisfacción global de la gestante tras el parto en el HUMIC es alta. El parto instrumental parece asociarse a menor satisfacción percibida. Además, el miedo y el cansancio en el parto pueden influir negativamente en la satisfacción.

²² Childbirth Experience Questionnaire en su versión validada en español

Instrumentos del miedo al parto previo al embarazo.

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1877575616000227?via%3Dihub	Scopus	Stoll K, Hauck Y, Downe S, Edmonds J, Gross M, Malott A 2016 Australia, Canadá, Alemania, , Islandia, EEUU.	Desarrollar una medida que capture las dimensiones del miedo que han sido reportadas por los adultos jóvenes que planean tener hijos en el futuro.	Estudio psicométrico, n=2240 Estudiantes universitarios de Australia, Canadá, Inglaterra, Alemania, Islandia y Estados Unidos.	-CFPP ²³ , <i>escala unidimensional</i> de 10 ítems para evaluar el miedo al parto entre los adultos jóvenes antes de su primer embarazo y nacimiento. Las opciones de respuesta fueron las siguientes: (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) algo en desacuerdo, (4) algo de acuerdo, (5) de acuerdo y (6) totalmente de acuerdo. -Se evaluó la validez discriminativa y convergente de la escala, donde las correlaciones corregidas de ítem a total excedieron 0.48 en todas las muestras.	-Las puntuaciones del CFPP fueron más altas entre los estudiantes ingleses (38,5) y más bajas entre los estudiantes alemanes (29,8). -La escala mostró una alta consistencia interna entre las muestras ($\alpha > 0,86$). Así, se trata de una medida corta, confiable y válida.

²³ The Childbirth Fear – Prior to Pregnancy

Instrumentos del miedo al parto previo al embarazo. (Continuación)

Artículo	Base de datos	Autor Año País	Objetivo general	Tipo de estudio Muestra	Variables/Instrumento	Conclusión
Preliminary study of the Portuguese version of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale in a sample of university students. Preliminary study of the Portuguese version of the Childbirth Fear Prior to...: EBSCOhost (urv.cat)	CINAHL	Ferreira M, Teixeira Z. 2020 Portugal	Adaptar y verificar las propiedades psicométricas de un instrumento para medir el miedo al parto previo al embarazo en una población no embarazada.	Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo. n=327 estudiantes universitarios entre 18 y 35 años.	-EMPAG ²⁴ , adaptación transcultural portuguesa de la escala original CFPP, para evaluar el miedo al parto de mujeres y hombres según 3 dimensiones: miedo al dolor de parto, al daño corporal y a las complicaciones, principalmente a bebé. -Se evaluó la validez convergente y discriminativa, con resultados de la prueba KMO (r =0.83) y la prueba de esfericidad de Bartlett (sig = 0.00).	La escala tiene un alfa de Cronbach total de 0,88; tiene buenas cualidades psicométricas.

(Fuente: elaboración propia)

²⁴ Escala do Medo do Parto antes da Gravidez



6.4 Tablas de otros resultados

Tabla 12. Resultados de la edad materna en la población de estudio.

Artículos	Edad materna mínima	Edad materna máxima
Demsar K et al.	18	44
Swift E et al.	18	-
Johnson A et al.	20	25
Rus P et al.	18	-
Ghanbari S et al.	18	-
Hosseini M et al.	20	41
Zengin H et al.	18	-
Garthus S et al.	18	-
Ayers S et al.	18	46
Moghaddam V et al.	18	40
Pirdadeh S et al.	18	-
Koruku O et al.	15	44
González H et al.	18	45
Stoll K et al.	18	-
Ferreira M et al.	18	35

(Fuente: elaboración propia)

Resulta que la edad materna mínima se ha encontrado en el artículo de Turquía de Koruku O et al, con una cifra de 15 años. Y, la edad máxima encontrada corresponde con 46 años, en el artículo de Ayers S et al, en el estudio de Londres.

Tabla 13. Origen de estudio según los artículos seleccionados.

Países de estudio	Número de artículos
Slovenia	2
Islandia	1
Karnataka	1
Irán	4
Turquía	2
Noruega	1
Londres	1
Gran Canaria	1
Australia, Canadá, Alemania, Reino Unido	1
Portugal	1

(Fuente: elaboración propia)



Tabla 14. Instrumentos de medida.

Instrumentos de medida	W-DEQ versión A
	Cuestionario de miedo al parto
	CEQ 2.0
	FCPPS
	City Birth Trauma Scale
	CAQ
	W-DEQ versión B
	FOBS
	Escala validada de miedo al parto
	IES
	rFDW
	BAI
	CEQ-E

(Fuente: elaboración propia)

6.5 Evaluación según los criterios de calidad Joanna Briggs Institute.

Se realizó una lectura crítica de los artículos mediante los criterios de calidad Joanna Briggs Institute (Anexo 1,2). De manera que, a continuación, se ha elaborado una serie de tablas detalladas respecto a la evaluación según los criterios aplicados.

Tabla 15. JBI Critical appraisal checklist for studies reporting prevalence data.

JBI Critical appraisal checklist for studies reporting prevalence data.	1 ^a	2 ^b	3 ^c	4 ^d	5 ^e	6 ^f	7 ^g	8 ^h	9 ⁱ	Total items	%
Studies Reporting Prevalence data.											
Demšar K et al. 2018										9/9	100
Johnson A et al. 2019										8/9	88,88
Rus P et al. 2019										9/9	100
Ghanbari S et al. 2019										8/9	88,88
Hosseini M et al. 2020										9/9	100
Zengin H et al. 2019										9/9	100
Garthus S et al. 2019										8/9	88,88
Ayers S et al. 2018										6/9	66,66
Moghaddam V et al. 2017										8/9	88,88
Pirdadeh S et al. 2017										9/9	100
Korukcu O et al. 2016										8/9	88,88
González H et al 2020-21										8/9	88,88
Stoll K et al 2016.										8/9	88,88
Ferreira M et al. 2020										8/9	88,88
a) Was the sample frame appropriate to address the target population? b) Were study participants sampled in an appropriate way? c) Was the sample size adequate? d) . Were the study subjects and the setting described in detail? e) Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? f) Were valid methods used for the identification of the condition? g) Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? h) Was there appropriate statistical analysis? i) Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?											
Answers:	YES		NO		UNCLEAR		N/A				

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 16. JBI Critical appraisal checklist for quasi-experimental studies.

JBI appraisal checklist for quasi- experimental studies.	Critical checklist for quasi- experimental studies.	1 ^a	2 ^b	3 ^c	4 ^d	5 ^e	6 ^f	7 ^g	8 ^h	9 ⁱ	Total items	%
Quasi-experimental studies												
Swift E et al. 2020											8/9	88,88%
a) Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)? b) Were the participants included in any comparisons similar? c) Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest? d) Was there a control group? e) Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure? f) Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed? g) Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way? h) Were outcomes measured in a reliable way? i) Was appropriate statistical analysis used?												
Answers:	YES		NO		UNCLEAR		N/A					

(Fuente: elaboración propia)

7. Análisis/Discusión

La mayor parte de los estudios que han sido revisados evalúan la fiabilidad de las escalas de medida a través del coeficiente de alfa de Cronbach, es decir, el grado en el que un instrumento de medida es capaz de medir sin error. De manera que, los valores inferiores a 0,70 indican una baja fiabilidad, mientras que los valores mayores a 0,90 indican duplicación o redundancia. (24) Tras la evaluación de las escalas del presente trabajo, consta una fiabilidad entre 0,75 y 0,96, por lo que podrían considerarse escalas con una adecuada fiabilidad. (4,9,32–43)

No obstante, en cuanto a la validez de los instrumentos de medida del miedo al parto, todas las escalas no evalúan otros aspectos psicométricos. En la revisión, solamente en 4 estudios se documenta sobre un análisis psicométrico más detallado. Entre ellos se encuentra el cuestionario IWCBEQ, en el cual se evalúa: la validez aparente, haciendo referencia al grado en que los ítems o preguntas de la escala, y que mide el constructo que se pretende medir dependiendo del juicio de los expertos; de

contenido, donde se evalúa si los ítems representan los dominios del constructo correctamente; y de constructo, el grado en que la escala describe el fenómeno que se quiere medir. También, en la escala City Birth Trauma Scale, se evalúa la validez de construcción mediante análisis de factores exploratorios y, la facilidad de comprensión. En cuanto a la validez discriminatoria, que determina el grado de correlación que existe entre los ítems de una dimensión y el puntaje de las otras dimensiones a los cuales no pertenecen, y la validez convergente, es decir, el grado en que las puntuaciones de una escala correlacionan positivamente con las de escalas congruentes o similares, se evalúan en las escalas CFPP y EMPAG. (34,35,38,41)

Otro aspecto relevante, es el momento en que se aplican las escalas, ya que el miedo se evalúa durante el embarazo o durante/tras el parto, o previamente a la concepción. Se observa que no se sigue ningún patrón ni criterio específico respecto cuándo se ha de evaluar el miedo al parto, sin seguir un protocolo de actuación.

En cuanto al rango de edad de la población de estudio, la edad mínima que se ha encontrado ha sido de 15 años, y la máxima de 46 años, según el país donde se han aplicado la escalas.

En la mayoría de los estudios, ha resultado una alta prevalencia de miedo al parto. Además, el miedo a la episiotomía y al dolor son dos de los más significativos en varios artículos. Otro aspecto común mencionado es la ansiedad como factor de riesgo para desencadenar el miedo al parto en la mujer. (4,33,36,39,40,44)

8. Conclusiones

Tras la lectura y análisis de los diferentes estudios realizados, se demuestra que el miedo es frecuente en los sentimientos que experimenta la mujer frente al periodo de parto. Por ello, es importante indagar e investigar más en este tema, sobre todo en el papel de la enfermería.

Asimismo, se han encontrado 13 instrumentos de medida, con buenas propiedades psicométricas. (4,9,42,43,32–35,37–40) Adicionalmente, éstos se han aplicado en muestras de estudio de distintos lugares, con diferentes culturas y sistemas de atención. Sin embargo, se podría difundir un método de cribaje del miedo al parto con el fin de elaborar un protocolo de detección y actuación, gracias a una validación de dichos instrumentos o escalas en otras muestras, pudiendo así utilizarlas en un abanico intercultural.

Por otra parte, las escalas descritas en la revisión, pueden servir de utilidad para futuros estudios de investigación, y para los profesionales de enfermería, ayudándoles a conseguir un cuidado más eficiente de las gestantes, con el objetivo de conseguir un bienestar óptimo de la madre y del futuro bebé, y una mejoría que los resultados perinatales.

También, se ha asociado el miedo con el modo de parto, a mayor miedo, mayor probabilidad de cesárea. (9,38,43) Así pues, el miedo es influyente en las experiencias negativas, y por eso mismo, la mujer elige la cesárea para parir como mejor opción.

Un punto a comentar, es la atención prenatal, ya que la evolución de una atención prenatal mejorada, incluyendo visitas prenatales individuales y sesiones grupales durante el embarazo, es eficaz para reducir el miedo, como la EAC. (45) Éste podría ser un punto de partida en futuras intervenciones durante el parto.

Otro aspecto a destacar, es que el miedo al parto está relacionado con una puntuación de gestación más baja, un número menor de hijos vivos y antecedentes de muerte fetal previa. (4)

Respecto a la ansiedad, es un problema de salud de riesgo para desarrollar miedo al parto, y que, además, está relacionado negativamente con el apego prenatal. (9,36,39,40)

Por otro lado, la probabilidad de tener una experiencia de nacimiento traumática se ha demostrado que es superior en aquellas mujeres que no realizan ejercicio durante el embarazo. Y, además el miedo al parto es otro factor añadido a esta experiencia traumática. (37)

En cuanto a los países menos desarrollados, como Irán, las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir violencia de pareja íntima durante el embarazo y existe un alto nivel de miedo al parto. Teniendo en cuenta que la exposición a la VPI física durante el embarazo es un factor de predicción del miedo al parto vaginal, es esencial planificar intervenciones de detección como, por ejemplo, la terapia familiar. (42)

Por último, como limitaciones de la revisión, se ha encontrado menos artículos sobre el miedo antes del embarazo ya que está menos investigado y hay una escasez de publicaciones. Tampoco se ha podido analizar ningunas intervenciones realizadas por la enfermera frente al miedo al parto.



9. Bibliografia

1. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. *Women and Birth* [Internet]. 2014 Mar 1 [citado 2020 Nov 30];27(1):68–71. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1871519213004393?via%3Dihub>
2. Qiu L, Sun N, Shi X, Zhao Y, Feng L, Gong Y, et al. Fear of childbirth in nulliparous women: A cross-sectional multicentre study in China. *Women and Birth* [Internet]. 2020 Mar 1 [citado 2020 Nov 30];33(2):e136–41. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1871519218316548?via%3Dihub>
3. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 Jan 12 [citado 2020 Nov 30];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29329526/>
4. Gelaw T, Ketema TG, Beyene K, Gurara MK, Ukke GG. Fear of childbirth among pregnant women attending antenatal care in Arba Minch town, southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 Dec 1 [citado 2020 Nov 30];20(1):672. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03367-z>
5. Badaoui A, Kassm SA, Naja W. Fear and Anxiety Disorders Related to Childbirth: Epidemiological and Therapeutic Issues. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. 2019 Apr 1 [citado 2020 Nov 30];21(4):1–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1010-7>
6. Serçekuş P, Vardar O, Özkan S. Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2020 Jun 1 [citado 2020 Nov 30];24:100501. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1877575619304094?via%3Dihub>
7. De Vries NE, Stramrood CAI, Sligter LM, Sluijs AM, van Pampus MG. Midwives'



- practices and knowledge about fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. *Women and Birth* [Internet]. 2020 Feb 1 [citado 2020 Nov 30];33(1):e95–104. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1871519218300842?via%3Dihub>
8. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* [Internet]. 2009 Apr 1 [citado 2020 Dec 1];25(2):e1–9. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0266613807000368?via%3Dihub>
 9. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *J Perinat Med* [Internet]. 2018 Feb 23 [citado 2020 Dec 1];46(2):151–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28379837/>
 10. Alcaraz L, Aliaga F, Armelles M, Basteiro E, Boadas N, Borrell A, et al. Guía para embarazadas [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2018 [citado 2020 Dec 1]. p. 3–119. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/E/embaras_part_i_postpart/documents/arxiu/guia-embaras-castella.pdf
 11. Organización Mundial de la Salud. La clasificación de ROBSON, manual de aplicación [Internet]. 2018 [citado 2020 Dec 1]. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320303esp.pdf>
 12. Hospital sanitas de Zarzuela. Conoce todo lo importante sobre el parto humanizado [Internet]. [citado 2020 Dec 1]. Disponible en: <https://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>
 13. De Molina I, Rubio L, Roca. Alba, Jimenez M, Lopez M, Sirgo A. Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. *Rev Port Enferm Saúde Ment* [Internet]. 2015 [citado 2020 Dec 1];13(17):17–32. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a03.pdf>
 14. Sofía N. El rol del psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal. [Internet]. Universidad del Aconcagua; 2016 [citado 2020 Dec 1]. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/667/tesis-5172-el.pdf
 15. Fernández L, Quintana C, Etxeandia I. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política sobre la Atención al Parto Normal.



- 2010 [citado 2020 Dec 1]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
16. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Jul 6 [citado 2020 Dec 1];2017(7). Disponible en: <https://www-cochranelibrary-com.sabidi.urv.cat/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>
17. Sarráis F. El miedo [Internet]. EUNSA; 2014 [citado 2020 Dec 1]. Disponible en: <https://urv.on.worldcat.org/atoztitles/ebooks?searchType=matchAny&btile=miedo>
18. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *Br J psychiatry* [Internet]. 2000 [citado 2020 Dec 1];176:83–5. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core>.
19. O'Connell M, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC. Tocophobia - the new hysteria? *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2015 Jun 1 [citado 2020 Dec 1];25(6):175–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751721415000548>
20. Enfemenino. Tengo mucho miedo al parto!! [Internet]. 2012 [citado 2020 Dec 10]. Disponible en: <https://maternidad.enfemenino.com/foro/tengo-mucho-miedo-al-parto-fd195839>
21. Babycenter. Miedo al parto [Internet]. 2020 [citado 2020 Dec 10]. Disponible en: <https://espanol.babycenter.com/thread/5332388/miedo-al-parto>
22. elDiario. Cómo afrontar el miedo al parto: “Una de las primeras noches tras el positivo me dio un ataque de ansiedad” [Internet]. 2019 [citado 2020 Dec 10]. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/enfrentar-miedo-parto_1_1495020.html
23. Carmen. El miedo al parto - No soy una Drama Mamá [Internet]. 2016 [citado 2020 Dec 10]. Disponible en: <https://nosoyunadramamama.com/2016/07/05/miedo-al-parto/>
24. Cardona A. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *iMedPub Journals* [Internet]. 2015 [citado 2020



- Dec 1];11(3:1). Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccin-y-validacin-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades-psicomtricas.pdf>
25. Salamanca A. El aeiou de la investigación en enfermería. 2a ed. FUDEN, editor. Madrid; 2018. 11–636 p.
 26. Trueba-Gómez R, Estrada-Lorenzo JM. La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica. Semin la Fund Esp Reumatol [Internet]. 2010 Apr 1 [citado 2021 Enero 11];11(2):49–63. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-la-base-datos-pubmed-busqueda-S1577356610000229>
 27. National Center for Biotechnology Information. National Center for Biotechnology Information [Internet]. 2018 [citado 2021 Enero 11]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
 28. FECYT. Recursos Científicos, WOS [Internet]. 2004 [citado 2021 Enero 21]. Disponible en: <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/>
 29. Fundación Española para la Ciencia y Tecnología. Base de datos de Scopus | Recursos Científicos [Internet]. 2016 [citado 2021 Feb 11]. Disponible en: <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/licencias/productos-contratados/scopus>
 30. EBSCO. CINAHL Complete [Internet]. 2021 [citado 2021 Mar 19]. Disponible en: <https://www.ebsco.com/es/products/research-databases/cinahl-complete>
 31. Universidad de la Rioja. Dialnet [Internet]. 2020 [citado 2021 Mar 19]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/>
 32. Korukcu O, Bulut O, Kukulcu K. Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. Health Care Women Int [Internet]. 2016 May 3 [citado 2021 Mayo 19];37(5):550–67. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2014.943838>
 33. González-de la Torre H, Miñarro-Jiménez S, Palma-Arjona I, Jeppesen-Gutierrez J, Berenguer-Pérez M, Verdú-Soriano J. Perceived satisfaction of women during labour at the Hospital Universitario Materno-Infantil of the Canary Islands through the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E). Enfermería Clínica (English Ed [Internet]. 2021 Jan 1 [citado 2021 Mayo 19];31(1):21–30.



- Disponibile en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1130862120303259>
34. Stoll K, Hauck Y, Downe S, Edmonds J, Gross MM, Malott A, et al. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2016 Jun 1 [citado 2021 Mayo 18];8:49–54. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1877575616000227?via%3Dihub>
 35. Ferreira M. Preliminary study of the Portuguese version of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale in a sample of university students. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2020;3. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/21478-Texto do Trabalho-82713-1-10-20201112 \(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/21478-Texto do Trabalho-82713-1-10-20201112 (3).pdf)
 36. Prelog PR, Makovec MR, Šimic MV, Sršen TP, Perat M. Individual and contextual factors of nulliparas' levels of depression, anxiety and fear of childbirth in the last trimester of pregnancy: Intimate partner attachment a key factor? *Zdr Varst* [Internet]. 2019 [citado 2021 Mayo 18];58(3):112–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31275438/>
 37. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Meedyda S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Mohammadi E, et al. Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: A cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 May 22 [citado 2021 Mayo 19];19(1):1–9. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2333-4>
 38. Hosseini M, Keramat A, Kolahdodozan S, Moosazadeh M. Development and psychometric properties of Iranian women childbirth experience questionnaire. *Nurs Open* [Internet]. 2021 [citado 2021 Mayo 18];8:1360–8. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/pdfdirect/10.1002/nop2.752>
 39. Zengin H, Olgu I, Yalnizoglu S, Tiryaki O. Childbirth and Postpartum Period Fear and the Related Factors in Pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pakistan* [Internet]. 2020 [citado 2021 May 18];30 (2):144–8. Disponible en: <https://www.jcpsp.pk/archive/2020/Feb2020/07.pdf>
 40. Garthus-Niegel S, Horsch A, von Soest T, Haga SM, Drozd F, Ayers S, et al.



- Posttraumatic stress symptoms following childbirth: associations with prenatal attachment in subsequent pregnancies. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2020 Aug 1 [citado 2021 Mayo 19];23(4):547–55. Disponible en: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007/s00737-019-01011-0>
41. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Front Psychiatry* [Internet]. 2018 Sep 18 [citado 2021 Mayo 18];9(SEP):409. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00409/full>
 42. Moghaddam Hossieni V, Toohill J, Akaberi A, HashemiAsl BM. Influence of intimate partner violence during pregnancy on fear of childbirth. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2017 Dec 1 [citado 2021 May 19];14:17–23. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S187757561730071X?via%3Dihub>
 43. Beiranvand SP, Moghadam ZB, Salsali M, Majd HA, Birjandi M, Khalesi ZB. Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravidwomen: A cross-sectional study. *Shiraz E Med J* [Internet]. 2017 Nov 1 [citado 2021 Mayo 19];18(11). Disponible en: <https://sites.kowsarpub.com/semj/articles/61896.html>
 44. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *J Perinat Med* [Internet]. 2018 Feb 23 [citado 2021 Mayo 19];46(2):151–4. Disponible en: <https://www-degruyter-com.sabidi.urv.cat/document/doi/10.1515/jpm-2016-0282/html>
 45. Swift EM, Zoega H, Stoll K, Avery M, Gottfreðsdóttir H. Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women and Birth* [Internet]. 2020 [citado 2021 May 19];20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32718800/>
 46. JBI. CHECKLIST FOR PREVALENCE STUDIES [Internet]. 2020. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Prevalence_Studies.pdf
 47. JBI. CHECKLIST FOR QUASIEXPERIMENTAL STUDIES (NON-RANDOMIZED EXPERIMENTAL STUDIES) [Internet]. 2020.[citado 2021 Mayo 19] Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Criterios de calidad: JBI Critical appraisal checklist for studies reporting prevalence data.(46)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Anexo 2. Criterios de calidad: JBI Critical appraisal checklist for quasi-experimental studies. (47)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reason for exclusion)

