

Trabajos Originales

BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PROCESO DE PARTO: DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN

Claudia Uribe T. ^{1a}, Aixa Contreras M. ^{1a}, Luis Villarroel D. ^{2b} PhD, Soledad Rivera M. ^{1c}, Paulina Bravo V. ^{1c}, Mariela Cornejo A. ^{3d}

¹ Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. ² Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ³ Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, SSMSO.

^a Enfermera Matrona. ^b Estadístico. ^c Enfermera. ^d Matrona

RESUMEN

Objetivo: Diseñar y validar un instrumento objetivo y autoaplicable para evaluar el nivel de bienestar que experimentan las mujeres en situación de parto. **Método:** Se consideró la combinación de las metodologías cualitativas y cuantitativas. A través de grupos de focos y entrevistas individuales, se recogió la percepción subjetiva del bienestar materno, sus indicadores y sus distintas dimensiones. En la tapa cuantitativa, a través de un diseño correlacional de corte transversal, se validó la escala y se exploró el nivel de bienestar materno en 303 mujeres puérperas que tuvieron su parto en un hospital público del área sur oriente de Santiago. **Resultados:** La Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto BMSP, exploró el bienestar materno en tres niveles: óptimo, adecuado y malestar; más de un 60% de las mujeres reportaron un nivel de bienestar adecuado u óptimo, referido al "buen trato", asociándose significativamente al tipo de parto y la paridad de la mujeres. El puntaje de bienestar no se relaciona con la hora del turno, con la situación de pareja, ni con el nivel educacional y socioeconómico de las mujeres. La dimensión que mejor se correlaciona con el bienestar corresponde al cuidado profesional de calidad, la que reportó mejor puntaje como subescala. **Conclusión:** El instrumento permitió evaluar el bienestar materno durante el parto.

PALABRAS CLAVES: *Bienestar materno, satisfacción de usuaria, parto, escala, puntaje*

SUMMARY

Objective: To design and test an objective and self-administered instrument in order to evaluate the wellbeing of women during childbirth. **Method:** Combinations of qualitative and quantitative methodologies were considered. Using focus groups and individual interviews, the subjective perception of maternal wellbeing in its distinct dimensions was explored. In the quantitative phase, using a cross sectional correlational design, the scale was tested and validated in 303 women post-partum in a public hospital in the south west section of Santiago, and at the same time the level of wellbeing of women in childbirth was explored. **Results:** The Scale of Maternal Wellbeing in Childbirth, explored maternal wellbeing in three levels: optimal, adequate and unpleasant; more than 60% of the women reported their level of wellbeing as adequate or optimal, significantly associated with the type of delivery and parity of the women. The score of wellbeing was not associated with time of shift, partner status, level of education, or socio-economic status of the women. The dimension that significantly correlated with the wellbeing score was the quality of professional care, this one reported de highest score as a subscale. **Conclusion:** The instrument allow to evaluate the maternal wellbeing during childbirth.

KEY WORDS: *Maternal wellbeing, patient satisfaction, childbirth, scale, score*

INTRODUCCIÓN

En Chile, actualmente, la cifra cercana al 100% del parto institucionalizado, lo ubica entre los países de punta en Latinoamérica en lo que respecta a cifras de morbilidad materna y perinatal (1). Sin embargo, sin desmerecer lo trascendente de los logros en las últimas dos décadas, el proceso del parto se ha visto amenazado en su naturaleza cultural y social.

El parto en las mujeres de bajo riesgo, actualmente se regula por el bienestar fetal y por la eficiencia en la conducción del proceso (2). No obstante, el desafío para esta nueva década ha sido incorporar activamente a la mujer que vive el proceso (3), considerando su bienestar multidimensional como un nuevo foco de regulación del cuidado en situación de parto.

Esto principalmente, porque en sí mismo, constituye un indicador de calidad de la atención maternal e indirectamente, podría contribuir en un continuo del mejoramiento de algunos indicadores maternos perinatales. El incluir este nuevo foco del cuidado implica, a su vez, la necesidad de objetivar el bienestar materno.

La situación de bienestar según Leddy y Pepper (4), corresponde a la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad de la persona; este estado personal es susceptible de describirse objetivamente en niveles. En los niveles más bajos de bienestar, el individuo se percibiría en situación de enfermedad, en los más altos, podría experimentar como la mayor satisfacción (4).

De la naturaleza subjetiva del fenómeno de bienestar, deriva la importancia de recoger dicho concepto y sus factores determinantes, a través de metodologías de investigación cualitativa, desde la perspectiva de las mujeres que viven la experiencia de parto. Existen diversas experiencias de desarrollo de instrumentos objetivos de medición, a partir de la percepción de los individuos que viven un fenómeno, utilizando las técnicas de recolección de información, propias de los diseños cualitativos, aportando beneficios para algunas disciplinas involucradas en el cuidado (5,6,7).

A nivel nacional, a través del proyecto FONIS SA05I20050 durante el periodo 2006-2007, a partir de una metodología combinada de tipo cuali-cuantitativa, se elaboró y se validó un instrumento objetivo con el fin de aproximarnos de una manera objetiva al nivel de bienestar que pueden experimentar las mujeres en proceso de parto, del sistema público del área sur oriente de Santiago.

MATERIAL Y MÉTODO

La primera etapa correspondió a la elaboración del instrumento de bienestar materno. Para determinar los indicadores o reactivos de bienestar que debía incluir este instrumento, se utilizó un diseño cualitativo de aproximación a la Teoría Fundada en los Datos (8), altamente utilizada para explorar los fenómenos sociales y experiencias de salud. Esta utiliza los grupos focales y entrevistas individuales como técnicas de recolección de la información. La muestra en la etapa cualitativa fue constituida por 29 participantes; todas puérperas de parto vaginal, de bajo riesgo obstétrico y neonatal; atendidas en el Hospital Sótero del Río, institución de nivel terciario del área sur oriente de la Región Metropolitana de Santiago, y que tuvieron una permanencia mínima de 4 horas en el preparto. La información se recolectó a partir del segundo o tercer día postparto.

La segunda etapa correspondió a un diseño analítico de corte transversal; con la validación estadística del instrumento de bienestar y, simultáneamente, con el diagnóstico de la situación de bienestar que experimentan las mujeres del área sur oriente, durante su proceso de parto. De un universo de 1300 mujeres con las mismas características exigidas para la etapa cualitativa, se estimó una muestra de 300 mujeres a las que se les aplicó el instrumento, durante los meses de Diciembre de 2006 a Febrero de 2007.

Para el análisis cuantitativo se utilizó el paquete estadístico SPSS; la validación del instrumento se realizó a través del modelo de confiabilidad de alpha de Cronbach para la consistencia interna, y a través del análisis factorial para determinar las agrupaciones de los reactivos o indicadores, es decir las dimensiones. Se utilizó además, estadística descriptiva para la caracterización de la muestra, y la prueba t de student para la comparación de medias para muestras independientes. Se consideró como significativo un valor $p < 0,05$.

El estudio contó con la aprobación de los comités de ética del Complejo Asistencial Dr Sótero del Río y de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se privilegió la autonomía, el respeto por la persona, el anonimato, y se cauteló la confidencialidad de los datos a través de claves de acceso computacionales que resguardaron las grabaciones digitales y las transcripciones de los grupos focales.

RESULTADOS

a) Resultados cualitativos. El análisis cualitativo de los grupos focales arrojó el concepto subjetivo de bienestar como: *Fenómeno complejo multidimensional, dinámico e interdependiente de satisfacción de la mujer durante su proceso de parto; resultado de una serie de situaciones que se relacionan entre sí, las que se ordenan en torno al "buen trato" (9)*. El resultado final se constituyó en un instrumento preliminar con 54 reactivos, o situaciones que podían constituir experiencias de bienestar o malestar, respecto a lo corporal, relacional, afectivo, cognitivo, espiritual, y lo relacionado al entorno físico. Estos reactivos fueron validados por 16 puérperas provenientes de la misma población.

b) Resultados cuantitativos. Como resultado de la prueba final se obtuvo un instrumento objetivo, fiable (alpha de Cronbach de 0,90), cuya puntuación se ubica entre los 42 y 210 puntos, capaz de explorar el bienestar materno en tres niveles; óptimo (puntaje >172); adecuado (puntaje 152 – 172); malestar (puntaje <152). Conformaron la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (EBMSP), 42 reactivos agrupados en 8 factores o dimensiones, según el método de rotación varimax del análisis factorial. De estos factores, el principal, y el que reunió mayor cantidad de reactivos, correspondió al cuidado profesional de calidad, referido a la dimensión relacional y a lo oportuno y efectivo del cuidado. El segundo factor agrupó a nueve situaciones determinantes del bienestar materno, derivadas del respeto de los profesionales hacia la mujer como persona y usuaria. El tercer factor correspondió a la agrupación de los ocho reactivos relacionados a las situaciones de malestar, producto de un cuidado despersonalizado, los que en ausencia, aportan positivamente al nivel de bienestar. Los cuatro últimos factores reunieron los reactivos restantes, referidos a la provisión de líquidos y alimentos, a la oportunidad de desplazamiento y libertad de movimiento durante el trabajo de parto, a la posibilidad de permanecer junto al hijo durante el momento del parto y a la oportunidad de vivir el proceso, acompañada de una persona significativa.

Esta etapa de validación permitió, además, explorar el bienestar en 299 puérperas, que según grupo etáreo, se concentraron en un 47,8% en el grupo entre 20 y 29 años. El análisis de la situación de pareja reportó un 63,8% de mujeres con relación de convivencia, sin embargo, se reveló un porcentaje no menor de mujeres (13,5%) privadas de relación de pareja. Respecto al nivel de escolaridad, las cifras mostraron que cercano al 78% de las mujeres cumplían con al menos la enseñanza media incom-

pleta. Un 53% de la muestra se constituyó por puérperas en su primera experiencia de parto.

El bienestar reportado por las mujeres durante el parto distribuyó de manera similar para los niveles óptimo, adecuado y malestar, con un 34%, 31% y 34%, respectivamente. Sin embargo, esta situación estaría revelando que un 65% de las mujeres experimentó, al menos, el nivel adecuado de bienestar durante el proceso de parto.

El horario de realización del turno no parece tener implicancias en el bienestar experimentado por las mujeres, dado que las que viven la experiencia de parto en horario diurno reportan un nivel de bienestar similar a las que lo viven en horario nocturno. Tampoco se determinó una relación significativa entre el puntaje de bienestar y las variables nivel socioeconómico, nivel educacional y situación de pareja. La paridad si tuvo relación con el grado de bienestar, el que resultó significativamente mayor en aquellas puérperas con experiencias previas ($t=3,85$; $p<0,001$). El resultado del tipo de parto, como normal y quirúrgico (incluye la cesárea y el fórceps), se asoció significativamente con el puntaje de bienestar materno experimentado durante el proceso ($t=2,97$; $p=0,003$). Finalmente se exploró la relación existente entre el bienestar global experimentado durante el proceso de parto y la percepción de estado de salud de las puérperas. Aquellas mujeres que percibieron un buen estado de salud postparto, reportaron un puntaje de bienestar en el parto significativamente mayor, en comparación con el reportado por las puérperas que percibieron un estado de salud regular o malo ($t=3,49$; $p=0,001$).

La Figura 1 muestra la asociación del puntaje con estas tres variables maternas.

Al interior de la escala, el cuidado profesional de calidad fue el que reportó un bienestar promedio más cercano al puntaje máximo esperado para esa

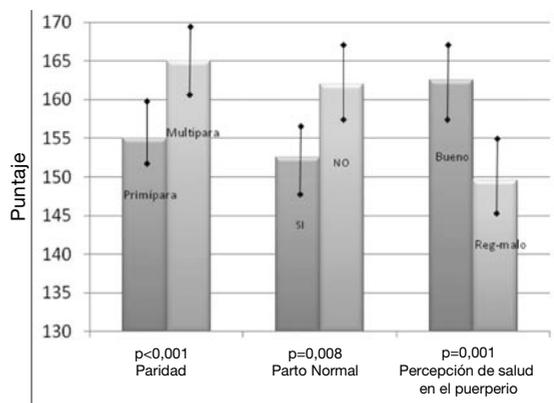


Figura 1. Comparación de medias de puntaje según variables maternas (promedio \pm DE)

subescala; mientras que aquellas dimensiones que conformaban la libertad de movimiento y desplazamiento, y la oportunidad de ingesta de líquidos y alimentos obtuvieron puntajes promedios más bajos respecto a su puntaje máximo esperado. La Tabla I, muestra los estadísticos descriptivos anteriores, y además muestra la comparación de las medias obtenidas según la paridad de las mujeres; en todas las dimensiones las múltiparas reportaron mejor puntaje promedio que las primíparas, siendo

estadísticamente significativa las que se relacionaron con el cuidado profesional, con el respeto del profesional hacia ellas, con la compañía de un significativo y con la oportunidad de un adecuado contacto precoz con el hijo. Por otro lado, las dimensiones cuidado profesional y respeto profesional a la mujer, fueron las dos subescalas que mejor se correlacionaron con el puntaje total del bienestar ($r=0,855$; $p<0,01$) y ($r=0,843$; $p<0,01$), respectivamente (Tabla II).

Tabla I
PUNTAJES PROMEDIOS OBTENIDOS EN CADA SUBESCALA DE BIENESTAR MATERNO

Subescalas/dimensiones del bienestar materno	N° reactivos	Puntaje mínimo obtenido	Puntaje máximo obtenido	Media \pm DE Múltipara	Media \pm DE Primípara	Valor p	Puntaje máximo esperado
Cuidado profesional de calidad	12	27	60	53,76 \pm 7,13	50,37 \pm 8,08	S	60
Respeto profesional a la mujer como persona/usuario	9	11	45	38,52 \pm 5,69	36,64 \pm 7,02	S	45
Atención despersonalizada (invertida)	8	8	40	27,68 \pm 7,25	26,87 \pm 7,09	NS	40
Ambiente físico confortable	4	6	20	16,04 \pm 3,31	15,33 \pm 3,24	NS	20
Oportunidad de ingesta e hidratación	3	3	15	8,66 \pm 3,78	8,22 \pm 3,64	NS	15
Contacto madre e hijo intraparto	2	2	10	7,84 \pm 2,33	7,13 \pm 2,60	S	10
Compañía significativa durante el proceso	2	2	10	7,38 \pm 2,64	5,98 \pm 2,79	S	10
Libertad de movimiento y desplazamiento	2	2	10	5,33 \pm 2,57	5,00 \pm 2,45	NS	10

DISCUSIÓN

Creemos relevante mencionar que los investigadores durante el proceso otorgaron una importancia equitativa a los resultados provenientes de ambas metodologías. Esto implica que del análisis cualitativo (10), la experiencia de bienestar es un fenómeno que se revela en profundidad. Sin perder el sentido del todo, se logró reducir el número de situaciones que determinaron el bienestar, considerando aquellas, que además de conformar un instrumento consistente internamente, fueran agrupadas en dimensiones similares a las obteni-

das desde lo cualitativo. Para ser congruente con el análisis factorial (11), se prescindió de algunos indicadores de bienestar que desde el punto de vista cualitativo, pudieron haber sido importantes. No obstante, aquel factor conformado por reactivos relacionados con el Cuidado Profesional de Calidad emergió de manera similar en ambas metodologías de análisis. Es decir, la exploración del fenómeno de bienestar en el parto se complementa con las dos metodologías (6,7,12).

El reporte de bienestar de las mujeres estudiadas reveló que más del 60% de las mujeres percibieron "buen trato" de parte del sistema, de-

Tabla II
CORRELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS Y PUNTAJE TOTAL DE BIENESTAR MATERNO

Subescalas del bienestar materno	Cuidado profesional	Respeto profesional	Atención despersonalizada	Ambiente confortable	Ingesta líquidos	Contacto madre-hijo	Compañía significativa	Libertad de movimiento	PUNTAJE
Cuidado profesional	-	,740(**)	,348(**)	,543(**)	,181(**)	,417(**)	,315(**)	,264(**)	,855(**)
		,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000
Respeto profesional	,740(**)	-	,234(**)	,533(**)	,313(**)	,498(**)	,346(**)	,303(**)	,843(**)
	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Atención despersonalizada	,348(**)	,234(**)	-	,220(**)	,006	,135(*)	-,001	-,002	,530(**)
	,000	,000		,000	NS	,019	NS	NS	,000
Ambiente confortable	,543(**)	,533(**)	,220(**)	-	,217(**)	,370(**)	,286(**)	,164(**)	,657(**)
		,000	,000		,000	,000	,000	,004	,000
Oportunidad de ingesta e hidratación	,181(**)	,313(**)	,006	,217(**)	-	,352(**)	,247(**)	,325(**)	,438(**)
	,002	,000	NS	,000		,000	,000	,000	,000
Contacto madre- hijo	,417(**)	,498(**)	,135(*)	,370(**)	,352(**)	-	,332(**)	,319(**)	,603(**)
	,000	,000	,019	,000	,000		,000	,000	,000
Compañía significativa	,315(**)	,346(**)	-,001	,286(**)	,247(**)	,332(**)	-	,176(**)	,450(**)
	,000	,000	NS	,000	,000	,000		,002	,000
Libertad de movimiento desplazamiento	,264(**)	,303(**)	-,002	,164(**)	,325(**)	,319(**)	,176(**)	-	,408(**)
	,000	,000	NS	,004	,000	,000	,002		,000
PUNTAJE	,855(**)	,843(**)	,530(**)	,657(**)	,438(**)	,603(**)	,450(**)	,408(**)	-
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

terminado, preferentemente, por el cuidado profesional otorgado, percibido como oportuno, efectivo, cariñoso y con acompañamiento profesional permanente. Esto concuerda con investigaciones que han estudiado el bienestar según el concepto de satisfacción usuaria, al compartir atributos similares (13,14,15).

El bienestar derivado del acompañamiento y guía durante todo el proceso, fue referido a la presencia continua del profesional, independiente de la compañía de un significativo. Las mujeres perciben este acompañamiento como aquel que es permanente, afectuoso y respetuoso en los momentos de intimidad, acorde con los hallazgos de otros autores (16,17,18). Considerando que a este atributo se le asigna un sentido relevante en el cuidado profesional (tanto en nuestras usuarias, como en la generalidad de mujeres que viven el proceso), investigaciones provenientes de otras realidades han revelado una falta de compromiso de parte del profesional con un escaso tiempo de permanencia con las mujeres (15), muchas veces en forma hostil,

o limitado sólo a la realización de procedimientos (17).

El respeto del profesional a la mujer como persona y usuaria resultó una dimensión bien puntuada, referida más, a la información oportuna sobre el estado de salud de la mujer y del hijo, y a la protección de la intimidad, que a los atributos relacionados con el autocontrol, propio del concepto de respeto percibido por mujeres de países más desarrollados.

El autocontrol, respecto al manejo del dolor y a la participación activa en la toma de decisiones, aparece, en algunas investigaciones, como el factor determinante del respeto a la mujer y asociado significativamente con la satisfacción (13,14) especialmente en las múltiples (14); mientras que el perfil de pasividad y de dependencia de nuestras usuarias, independiente de la paridad, determinan que el autocontrol y su relación con el bienestar, se limite exclusivamente, a la libertad de movimiento, a la oportunidad de posiciones más cómodas y a la opción de alimentarse y/o hidratarse según necesidad. En nuestros hallazgos, éstos últimos, con-

formaron las dimensiones con puntajes promedios más alejados del máximo esperado. Estos factores ni siquiera se mencionan en otros estudios como relevantes para alcanzar el bienestar, lo que hace pensar que son situaciones que están implícitos en el cuidado durante el proceso de parto. En Chile, existió una experiencia a nivel local, donde se observó que la satisfacción usuaria fue significativamente mayor en una modalidad con participación activa de la mujer durante el trabajo de parto, respecto a la modalidad tradicional (3), experiencia que pese a sus resultados, ha sido escasamente incorporada a nivel nacional.

Llama la atención que en nuestra población de mujeres, la condición de permanecer junto a la pareja o con un familiar significativo durante el proceso, se le asigne un lugar importante en la percepción de bienestar, y aunque sólo se conformó por dos reactivos del instrumento final, se constituyó en un tema recurrente durante la exploración cualitativa y arrojó la menor puntuación en los determinantes del bienestar social, principalmente en las primíparas. Esto tendría una explicación ya que en esta realidad sólo se "permitía" la presencia de la pareja, y exclusivamente durante el periodo expulsivo, tomando en cuenta, que cercano a un 13% de las mujeres no contaba con pareja. Autores que han estudiado el soporte social de un significativo, se han referido a la preferencia del acompañamiento no-profesional de las mujeres (madre o pareja), sin cuestionarse sobre la oportunidad del soporte social permanente (18). Otro caso similar correspondió a la necesidad de permanecer el tiempo necesario con el hijo, dimensión que agrupó solo dos indicadores, sin embargo, resultó entre las cuatro mejores puntuadas en forma independiente. No se encontraron estudios que analizaran este aspecto, lo que induce a pensar que profesionales que investigan actualmente la satisfacción o el bienestar en el proceso de parto, tienen ya incorporado el contacto precoz del parto y la permanencia continua de la madre con su hijo, como parte del cuidado.

CONCLUSIÓN

El fenómeno de bienestar de las mujeres en proceso de parto se comprende a través del "buen trato". Los factores determinantes se ordenan principalmente en torno a situaciones que les son externas, provenientes del sistema de salud, y que se constituyen en oportunidades para la mujer. Esto induce a pensar que el bienestar de las mujeres permanece aun, bajo nuestra responsabilidad y por ende debemos comprometernos con sus propias necesidades. Más que lo comfortable que pueda constituirse el entorno físico y las necesidades básicas satisfechas, debemos considerar como imperativo del cuidado, el acompañamiento, guía y

el afecto del profesional, junto a aquellos factores relacionados con el contacto libre permanente entre la madre, la persona significativa y el hijo, para mantener o mejorar las experiencias de nuestras usuarias. Por último, así como el puntaje de bienestar tiene una asociación significativa con el parto normal, y con la percepción de salud en el posparto, es posible alguna relación entre el bienestar y otras variables maternas que no han sido estudiadas, invitando a conducir futuras iniciativas en esta línea de investigación.

Agradecimientos: Nuestros sinceros agradecimientos a todas las profesionales que facilitaron y apoyaron durante la investigación: matronas y médicos del SSMO; al apoyo brindado por el Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, y la Comisión de FONIS/ Conicyt, y un especial reconocimiento a todas las mujeres del área sur oriente que depositaron su confianza en el desarrollo de la investigación, participando voluntariamente de alguna de las etapas de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Atención profesional del parto en Chile, 2006. Hallado en <http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/indi2006.pdf>. Acceso el 20 de diciembre de 2006.
2. Pincus J. Childbirth advice literature as it relates to two childbearing ideologies. *Birth* 2000;27(3):209-13.
3. Uribe C, Poupin L, Rodríguez J. Satisfacción usuaria en embarazadas de bajo riesgo, atendidas bajo dos modalidades durante el trabajo de parto. *Rev Chil Salud Pública* 2001;4(2):87-94.
4. Leddy S. In: Leddy S, Hood L (eds). *Leddy and Peppers conceptual basis of professional nursing*. 8th ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
5. Vogt DS, King DW, King LA. Focus groups in psychological assessment: enhancing content validity by consulting members of the target population. *Psychol Assess* 2004;16(3):231-43.
6. Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: Measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health* 2006;29(1):51-60.
7. Smith LFP. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: Dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care* 2001;10(1):17-22.
8. Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grounded Theory. Strategic for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company; (1967)
9. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería, Departamento de Salud de la Mujer. Concepto subjetivo de bienestar materno. Departamento de Derechos Intelectuales. Registro Propiedad Intelectual, 2007; N° 162651.
10. Streubert H, Carpenter D. *Qualitative Research in*

- Nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott; 1999.
11. Nunnally JC, Berstein I. Analisis factorial exploratorio: rotación y otros temas. En: Nunnally JC, Berstein I (eds). *TEORÍA PSICOMÉTRICA*. 3° ed. Santiago: Editorial McGRAW-HILL, 1995;552-70.
 12. Mozingo JN, Davis MW, Thomas SP, Droppleman PG. "I Felt Violated": Women's Experience of Childbirth-Associated Anger. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2002;27(6):342-8.
 13. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction: issues and innovations in nursing practice. *J Adv Nurs* 2004;46(2):212-9.
 14. Green JM, Baston HA. Feeling in Control during Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth* 2003;30(4):235-47.
 15. Gale J, Fothergill-Bourbonnais F, Chamberlain M. Nursing support during childbirth. *MCN Am J Mater Child Nurs* 2001;26(5):264-71.
 16. Torres J, Kopplin E, Peña V, Klauss M, Salinas R, Herrera M. Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999;64(5):405-12.
 17. el-Nemer A, Downe S, Small N. 'She would help me from the heart': An ethnography of Egyptian women in labour. *Soc Sci Med* 2006;62(1):81-92.
 18. Mosallam M, Rizk DE, Thomas L, Ezimokhai M. Women's attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates. *Arch Gynecol Obstet* 2004;269(3):181-7.
 19. Kornelsen J. Essences and imperatives: An investigation of technology in childbirth. *Soc Sci Med* 2005;61(7):1495-504.
-