

Trabajos Originales

Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral

Claudia Uribe T. MSc, ^{1,a}, Aixa Contreras M. MSc ^{1,a}, Luis Villarroel D. PhD ^{2,b}.

¹Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, ²Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^a Enfermera matrona. ^b Estadístico.

Financiamiento: Proyecto FONDEF D0711046, Conicyt-Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

RESUMEN

Antecedentes: La literatura actual ha mostrado escasa información respecto del bienestar materno durante el proceso de parto. **Objetivo:** Mejorar la exigencia de la Escala Bienestar materno en Situación de Parto (BMSP1), para ser utilizada en modalidades integrales de asistencia, se adapta la versión inicial y se valida estadísticamente. **Método:** Se utiliza una muestra no probabilística de 223 puérperas de bajo riesgo, que participan como grupo control, previo a la implementación del Centro de Asistencia Integral del Parto en un hospital público de Santiago. A la escala BMSP1 se agregan 10 afirmaciones alineadas con las políticas de parto integral y, posteriormente, se le aplica dos pruebas psicométricas que permiten evaluar su consistencia interna y reagrupar los ítems en nuevas dimensiones-subescalas. **Resultados:** Se obtiene un instrumento válido y fiable, apto para recoger la percepción de bienestar en modalidades de asistencia integral del parto. Se compone de 7 dimensiones que agrupan a 47 afirmaciones de bienestar o malestar. La primera, referida al cuidado relacional de calidad, concentra la mayor cantidad de afirmaciones. El resto de las dimensiones agrupan, cada una, a lo menos 4 ítems de bienestar o malestar, y se refieren a las condiciones ambientales, a la percepción de contacto precoz con el hijo, al acompañamiento familiar, a las medidas de autocuidado y confort, al cuidado oportuno y respetuoso; asimismo, la que tiene relación con la despersonalización del cuidado. **Conclusión:** La escala BMSP2 es aplicable para evaluar bienestar materno en escenarios de parto con las exigencias de un proceso integral, de calidad y seguridad.

PALABRAS CLAVE: *Bienestar materno, instrumento, escala, parto integral*

SUMMARY

Background: Current literature has shown scant information on maternal well-being during the birth process. **Objective:** With the purpose of applying methods of integral childbirth assistance to improve the standards of Maternal Welfare Scale (BMSP1), the initial version of has been adapted and subjected to statistical validation. **Method:** We have used a non-probabilistic sample of two hundred and twenty three low risk women during their puerperium period, who took part as a base controlled group, before the implementation of the Integral Childbirth Assistance Centre in a public hospital in Santiago. Ten statements that were in line with integral childbirth policies were added to the BMSP1; and two psychometric tests, which allowed evaluation of internal consistency and construct validity. **Results:** The attainment of a valid and reliable instrument for

evaluating the perception of wellbeing in integral assistance methods in childbirth. It has seven dimensions that can be grouped into 47 measures of wellbeing or discomfort. The first, which contains a larger number of statements or measures, refers to quality relational care. The remaining dimensions are collections of at least four items of wellbeing or discomfort each, and focus on environmental conditions, early contact with the child, family support, self-care methods, adequate and respectful attention, as well as the correlation with impersonalized care. *Conclusion:* The BMSP2 scale can be used to evaluate maternal welfare in childbirth scenarios with the standards of an integral, secure and high quality process.

KEY WORDS: *Maternal wellbeing, instrument, scale, integral childbirth*

INTRODUCCIÓN

La literatura actual ha mostrado escasa información respecto del bienestar materno (BM) durante el proceso de parto. La existente corresponde, principalmente, a exploraciones de la experiencia vivida por las mujeres al momento del parto desde lo cualitativo (1-5), así como, las dimensiones que componen el bienestar (5). No obstante, el escaso desarrollo de los determinantes del BM, se describe que uno de los factores relevantes para lograr el bienestar, en culturas desarrolladas, corresponde al auto control o auto eficacia materna (4,6-8) o al denominado "participación materna activa" en estudios que se han desarrollado a nivel nacional (9). Los estudios explican que para lograr un máximo de bienestar a través del autocontrol, es fundamental la actitud positiva y la confianza que el profesional deposita en la mujer (4,8,10) y de la entrega adecuada y oportuna de información para la toma de decisiones (3). Otras de las dimensiones blandas y relevantes que influye en el BM, y que han sido descritas desde la mirada cualitativa en distintas culturas, corresponde al apoyo social y al acompañamiento profesional permanente (2,11). Si bien es cierto, este tema está siendo cada vez más desarrollado por investigadores cualitativos, ha sido necesario ubicar esta información en una plataforma base para la elaboración de escalas de medición de BM o satisfacción con la atención. Los instrumentos resultantes, en su mayoría se refieren a situaciones unidimensionales del concepto de satisfacción, tales como: dolor, percepción de autocontrol (12) y percepción de seguridad y autocontrol (8), entre otros. Sin embargo, la necesidad de estimar el bienestar o satisfacción como dimensión multifactorial, ha requerido aplicar más de un instrumento por dimensión (6,8). El ideal, sin embargo, lo constituyen las escalas que integran el concepto global. El primer instrumento publicado como escala multidimensional de percepción ma-

terna del parto, fue desarrollada en el Reino Unido por Smith a principios del milenio. Esta escala se compone principalmente de apoyo profesional, acompañamiento de la pareja, contacto precoz con el hijo, alivio del dolor y control del proceso, entre otras (13). A esta le suceden otras que agregaron, confianza en el cuidado del recién nacido, respeto a la privacidad, ambiente físico, cuidados durante todo el proceso (14) y auto capacidad, soporte profesional, percepción de seguridad, participación (7). En forma simultánea se publica la escala multidimensional, propia para el proceso de parto y que proviene de la original de Wilde-Larsson y cols del año 1993, donde emergen los temas de la capacidad personal, ofrecimiento de distintas opciones de cuidado, la participación activa, apoyo profesional y percepción de seguridad (15).

Las anteriores son aplicables a sistemas convencionales de atención con algunos atributos de parto respetado, y en escenarios, que en sí mismos, corresponden a centros de atención integral del nacimiento. En Chile, desde fines de los años 90 se ha intentado estimar el nivel de satisfacción o BM de las mujeres (16). No obstante, ha sido en el año 2006 que se desarrolla y valida la primera escala que responde al concepto de bienestar materno en su globalidad (17). Las subescalas de este instrumento agrupan dimensiones que describen el significado de bienestar, desde la perspectivas subjetiva de las púerperas que vivieron su proceso de parto en una modalidad convencional hospitalaria. Esta escala ha sido aplicada a nivel nacional en dos de los principales Hospitales de la Región Metropolitana (18), posterior a su desarrollo. Sin embargo, a la luz de la recomendación de modelos integrales de asistencia, la Escala de Bienestar Materno en situación de Parto, en su versión original BMSP1 es poco exigente, en términos de evaluación de acciones concretas de fomento del parto respetuoso y participativo (19).

En virtud de los antecedentes expuestos, el

propósito de este artículo es reportar el proceso de adaptación y validación de la BMSP1 a una segunda versión para ser aplicada en escenarios de asistencia integral del parto.

MATERIAL Y MÉTODO

A la escala BMSP1, estructurada según Escala de Likert, de 42 ítems (17) se agregaron 10 relacionados directamente con el ambiente, el acompañamiento familiar y el contacto madre hijo durante el nacimiento, según distintas propuestas de cuidado integral reportados en la literatura.

Para obtener la validación estadística del instrumento se seleccionó durante el período 2009-2010 una muestra no probabilística de puérperas pertenecientes al grupo control basal (pre-intervención) del Proyecto FONDEF-MASIP (2009-2012), cuyo objetivo fue implementar y evaluar una modalidad de asistencia integral del parto para el sistema público de Santiago. La sub muestra para la validación del instrumento correspondió a 223 puérperas, que accedieron a participar en forma voluntaria, previa firma del consentimiento informado. Esta fue seleccionada según los criterios de inclusión del proyecto FONDEF, los que coinciden además con el estudio de construcción de BMSP1: embarazo de bajo riesgo, ingreso en trabajo de parto, probabilidad de parto normal, y con una permanencia de al menos de 4 horas en la unidad de parto en un Complejo Asistencial del área Sur Oriente. El instrumento fue auto aplicado alrededor de las 24 a 36 horas posparto en la unidad de puerperio.

Respecto del análisis se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de la escala (20); la prueba de esfericidad de Bartlett y el valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (21) para determinar la existencia de correlación entre las variables que justificara la realización de un análisis factorial (AF) (22). Posteriormente, para la validez de constructo se utilizó AF por método de componentes principales con rotación Varimax, con la finalidad de identificar y reagrupar las dimensiones del instrumento y reducir el número de ítems (23). El análisis se realizó con el programa estadístico SAS. El estudio enmarcado en el proyecto Fondef – Masip, contó con la Aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, el 8 de Junio del año 2009.

RESULTADOS

De la muestra total seleccionada inicialmente (223 puérperas), se describen algunas variables socio demográficas: edad promedio de 24 años;

respecto a paridad, cerca del 50% de las puérperas eran nulíparas. Otras variables como situación de pareja, previsión y escolaridad, se detallan en la Tabla I. Respecto del resultado de la muestra final para validar el instrumento, 37 puérperas omiten alguno de los 52 ítems incluidos inicialmente, constituyéndose en un total de 187 observaciones válidas.

Tabla I
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
DE LAS PARTICIPANTES

Descripción de variables socio demográficas		
Variable	n	%
Escolaridad		
- Básica completa	38	17
- Media incompleta	39	17,5
- Media completa	129	57,8
- Superior incompleta	13	5,8
- Superior completa	3	1,3
- Perdidos	1	0,4
Total	223	100
Estado Civil		
- Casada	43	19,3
- Conviviente	88	39,5
- Soltera	89	39,9
- Otro	3	1,3
Total	223	100
Paridad		
- Primípara	91	41
- Multípara	132	59
Total	223	100

Consistencia interna y validez de constructo de la Escala BMSP2. El análisis de la escala adaptada preliminar reporta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,934 para los 52 ítems. Esto indica que el 93,4% de la variabilidad de las respuestas obtenidas, entre 1 y 5 puntos, representa diferencias verdaderas entre las participantes puérperas y 6,6% refleja fluctuaciones al azar. Estos resultados indican que este nuevo instrumento preliminar es consistente. Del mismo modo la prueba de esfericidad de Bartlett del análisis factorial arroja un valor $p < 0,001$ indicando que la matriz de correlaciones de las variables es distinta de la matriz de identidad. Sin embargo, al existir correlación entre algunos ítems es posible identificar, por una parte, dimensiones que los agrupan, y por otra, afirmaciones posibles de eliminar debido a su falta de pertenencia a una dimensión específica. El instrumento resultante en

esta etapa se reduce a 47 ítems, donde las correlaciones entre cada uno de ellos y las 7 dimensiones identificadas a través del método de Varimax son mayores o iguales a 0,3, con 34 correlaciones mayores que 0,5. Las siete dimensiones o subescalas obtenidas explican en su conjunto 57,3% de la varianza de los datos, y se ordenan según importancia de la siguiente manera: cuidado relacional de calidad, autocuidado y confort, condiciones para el contacto madre e hijo, percepción de atención despersonalizada, participación familiar continua, cuidado respetuoso y oportuno, y ambiente físico confortable.

El cuidado relacional de calidad o dimensión I, con 13 afirmaciones, reporta un *eigenvalue* de 14,6 y explica el 31,1% de la varianza total. Esta constituye la gran subescala y dimensión del BM que agrupa los atributos propios de la asistencia profesional, y le otorga el mayor peso a la BMSP2. Las restantes 6 subescalas, en su conjunto, explican el 26,2% restante (Tabla II).

El coeficiente alfa de Cronbach para la BMSP2, con 47 afirmaciones homogéneas, corresponde a 0,937. Aún cuando, se elimine alguno de los 47 ítems de la escala, la confiabilidad final no experimenta variaciones. El nuevo análisis factorial arroja una prueba de esfericidad de Bartlett con un valor $p < 0,001$, negando también la esfericidad en la matriz. Asimismo, la medida de adecuación muestral de KMO, fue igual a 0,90, indicando que las variables consideradas, miden factores comunes. Un valor KMO igual a 0,9 se considera excelente o "marvelous".

La Tabla III muestra las correlaciones entre las distintas dimensiones entre sí, y entre cada una y la escala global. Esto confirma que, por asociación

con el BM global, el cuidado relacional de calidad es el que se asocia fuerte y significativamente con la escala global. Respecto al puntaje alcanzado con la escala BMSP2, este puede variar entre 47 y 235 puntos. Asimismo, discrimina y reporta el BM en tres niveles: Bienestar óptimo: puntaje >200 , percentil >75 ; adecuado: puntaje $>183-200$, percentil 50-75; y malestar: puntaje ≤ 183 , percentil <50 .

DISCUSIÓN

Como resultado de la validación de la segunda versión de la escala BMSP, se obtiene un instrumento de simple y rápida aplicación, objetivo y estadísticamente válido, que incorpora la ponderación de medidas integrales de cuidado específicos para el alivio del dolor, la participación familiar y la vinculación precoz con el recién nacido, dimensiones que tienen menor peso en la primera versión de este instrumento.

A través de su aplicación se puede estimar el bienestar reportado por las mujeres, el que se relaciona directamente con la percepción de "buen trato". La escala BMSP2 identifica aquellas características del cuidado profesional y del entorno del sistema, propias de un modelo de asistencia integral del proceso de parto, que no se logran evaluar en la primera versión (17). Esta segunda versión considera la incorporación de 10 nuevas afirmaciones construidas a partir de las propuestas de valoración de la asistencia integral de parto (2,8,13,14,15,19,24) las cuales enfatizan y mejoran la escala anterior los siguientes aspectos: acompañamiento familiar, contacto madre hijo durante el nacimiento y características del ambiente donde se vive el proceso.

Tabla II
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS 7 SUBESCALAS DE BMSP2

Factores, dimensiones/subescalas	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			
	Nº ítems	Eigen value	% de la varianza	% acumulado
1 Cuidado relacional de calidad	13	14,6	31,1	31,1
2 Autocuidado y confort	9	3,5	7,6	38,7
3 Condiciones para el contacto madre hijo	4	2,3	4,8	43,5
4 Cuidado despersonalizado	6	1,9	4,1	47,6
5 Participación familiar continua	4	1,7	3,7	51,3
6 Cuidado oportuno y respetuoso	6	1,5	3,2	54,4
7 Ambiente físico confortable	5	1,4	2,9	57,3

Tabla III
CORRELACIÓN ENTRE DIMENSIÓN-DIMENSIÓN / ESCALA BMSP2

Escala y subescalas	Escala BMSP2	Cuidado relacional de calidad	Autocuidado y confort	Condi-ciones propician contacto MH	Cuidado desperso-nalizado (invert)	Participación familiar continua	Cuidado oportuno respetuoso	Ambiente físico confortable
Escala BMSP	1	0,81921 (**)	0,78007 (**)	0,57893 (**)	0,50127 (**)	0,69141 (**)	0,80764 (**)	0,68675 (**)
Cuidado relacional de calidad		1	0,46852 (**)	0,35533 (**)	0,44323 (**)	0,4968 (**)	0,77568 (**)	0,61488 (**)
Autocuidado y confort			1	0,39588 (**)	0,13853 NS	0,51177 (**)	0,52157 (**)	0,39963 (**)
Condiciones que propician el contacto madre hijo				1	0,19063 (*)	0,40547 (**)	0,34032 (**)	0,31767 (**)
Cuidado despersonalizado (invertido)					1	0,22671 (*)	0,41665 (**)	0,34905 (**)
Participación familiar continua						1	0,49795 (**)	0,48875 (**)
Cuidado oportuno y respetuoso							1	0,57416 (**)
Ambiente físico confortable								1

* Significativo $p \leq 0,05$; **Significativo $p \leq 0,001$ NS: no significativo

Si bien, ambas versiones de BMSP reportan similares propiedades psicométricas relacionadas con la consistencia interna, esta segunda versión exhibe un mejoramiento en la conformación de las dimensiones. La primera se conforma por 8 subescalas (17), la segunda se constituye de 7, con un reordenamiento de las afirmaciones que repercute directamente en la figura conceptual de cada dimensión, dando un carácter más acorde con el modelo de asistencia integral del nacimiento.

De las 7 dimensiones generadas en la escala BMSP2, el cuidado relacional de calidad, cuidado oportuno y respetuoso del equipo, el autocuidado y confort, concuerdan con otras dimensiones determinantes del BM descritas en la literatura, tales

como: auto capacidad (7) apoyo profesional y participación activa de las mujeres (7,13). No obstante lo concordante de las dimensiones, el peso mayor otorgado a la autoeficacia en las culturas anglosajonas, difiere respecto al valor otorgado en nuestra cultura. La BMSP2 releva, como principal, a la subescala Cuidado Relacional de Calidad, según su "eigenvalue" y la explicación del porcentaje de la varianza. Al interior de esta se visualiza claramente que el bienestar en situación de parto, reportado por las mujeres chilenas, se mantiene en estrecha relación con la percepción del acompañamiento y contención profesional y calidez en el trato, entre otros.

Comparando ambas versiones nacionales,

dos de las subescalas que no se muestran muy relevantes en la escala BMSP1, corresponden al acompañamiento familiar y el momento del contacto inmediato de la madre con su recién nacido. Esto se debe a que en el momento que se realizó la construcción de la primera escala prevalecían en el país modelos de atención de perspectiva biomédica con escaso protagonismo de la mujer, baja participación del padre o acompañante y una breve opción de contacto inmediato de la madre con su recién nacido. En la versión actual del instrumento y dado el cambio paulatino que está viviendo dicho sistema de atención, a uno más integral y personalizado, estas dos dimensiones han cobrado mayor relevancia en la versión validada en este estudio. Llama la atención que el determinante de menor peso para el bienestar global, según el análisis BMSP2, corresponda al ambiente físico, lo que concuerda con otras escalas contemporáneas a esta (13,14), donde el ambiente físico ocupa lugares secundarios de relevancia. Esto podría indicar que la actual versión BMSP2 no discriminaría entre escenarios de atención con distinto nivel de hospitalidad y comodidad en nuestra cultura.

En virtud de los resultados y la discusión expuesta es recomendable para el futuro continuar en la línea de la exploración del bienestar de la madre durante todo el proceso, utilizando la versión BMSP2, así como, la adaptación de esta escala para la inclusión de otros actores significativos en el escenario del nacimiento como lo es el padre o algún miembro de la familia que sea fundamental en el proceso.

AGRADECIMIENTOS: La realización de esta etapa del Proyecto FONDEF-MASIP no pudo ser posible sin el auspicio de Conicyt, el aporte valorado de la Institución Pontificia Universidad Católica de Chile y del trabajo colaborativo del equipo de matronas, médicos y personal de salud de la maternidad del CASR. Un agradecimiento especial al grupo de mujeres púerperas participantes, por la entrega generosa para lograr esta nueva versión de la Escala BMSP2.

REFERENCIAS

- Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, Ghorayeb F. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Soc Sci Med* [Internet]. 2000 Jul;51(1):103-13. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953699004438>
- Coyle KL, Hauck Y, Percival P, Kristjanson LJ. Normality and collaboration: mothers' perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery* [Internet]. 2001 Sep [cited 2014 Jan 10];17(3):182-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11502138>
- Gibbins J, Thomson a M. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* [Internet]. 2001 Dec [cited 2014 Jan 10];17(4):302-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11749063>
- Namey EE, Lyerly AD. The meaning of "control" for childbearing women in the US. *Soc Sci Med* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Aug [cited 2014 Jan 10];71(4):769-76. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2910238&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res* [Internet]. 2012 Jul [cited 2014 Jan 10];22(7):897-910. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22427456>
- Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2007 Jan [cited 2014 Jan 10];7:26. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2200649&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2010 Jan [cited 2014 Jan 10];10(1):81. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3008689&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 Apr;46(2):212-9. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056335>
- Uribe C, Poupin L, González R, Rodríguez J. Protagonismo de la embarazada durante su trabajo de parto: efecto sobre los resultados maternos perinatales. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2000;65(5):371-7.
- Mahon PY. An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs* [Internet]. 1996 Dec;24(6):1241-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8953361>
- Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73(3):179-84.
- Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth* [Internet]. 2003 Dec;30(4):235-47. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14992154>
- Smith LF. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care* [Internet]. 2001 Mar;10(1):17-22. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1743424&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Janssen PA, Dennis C, Reime B. Development and Psychometric Testing of the Care in Obstetrics : Measure For Testing Satisfaction (COMFORTS) Scale. *Res Nurs Health* 2006;29:51-60.
- Wilde-Larsson B, Larsson G, Kvist LJ, Sandin-Bojö A-K. Womens' opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 Jun [cited 2014 Jan 10];19(11-12):1748-60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579209>

16. 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* 2000;4(2):87-94.
 17. Uribe C, Contreras A, Villarroel L, Rivera S, Bravo P, Cornejo M. Bienestar materno durante el proceso de parto : desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73(1):4-10.
 18. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery* [Internet]. Elsevier; 2013 Oct [cited 2014 Feb 2];29(10):1151-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932035>
 19. Uribe C, Rivera S, Contreras A, Bravo P, Cornejo M. Significado del bienestar materno en la experiencia de parto.pdf. *Rev Horiz Enfermería* 2007;18(1):89-100.
 20. Everitt B, Howel D. *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. John Wiley. Chichester; 2005.
 21. Kaiser H. *An Index of Factorial Simplicity*. *Psychometrika*. 39th ed. 1974. p. 31-6.
 22. Hinton P. *Statistics Explained - A Guide for Social Science Students*. (2nd Ed). Press P, editor. London; 2004.
 23. Stevens J. *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (4th Ed). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
 24. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *J Adv Nurs* [Internet]. 2007 Sep [cited 2014 Jan 10];59(5):474-87. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645495>.
-