



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Comparativa de Dos Modelos Diferentes de Asistencia
al Parto y su Influencia en la Satisfacción de la Mujer
con la Experiencia del Parto

Dña. M.^a Belén Conesa Ferrer

2014

“La maternidad de la mujer, en el periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento del niño, es un proceso biofisiológico y psíquico que hoy día se conoce mejor que en tiempos pasados y que es objeto de profundos estudios. El análisis científico confirma plenamente que la misma constitución física de la mujer y su organismo tienen una disposición natural para la maternidad, es decir, para la concepción, gestación y parto del niño, como fruto de la unión matrimonial con el hombre. Al mismo tiempo, todo esto corresponde también a la estructura psíquico-física de la mujer. Todo lo que las diversas ramas de la ciencia dicen sobre esta materia es importante y útil, a condición de que no se limiten a una interpretación exclusivamente biofisiológica de la mujer y de la maternidad. Una imagen así ‘empequeñecida’ estaría a la misma altura de la concepción materialista del hombre y del mundo”.

Mulieris Dignitatem, Juan Pablo II (1988).

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero darle gracias a Dios por la maravillosa vida que me ha dado, por mi familia, por poder trabajar en lo que a mí me gusta, que es ayudando a traer nuevas vidas a este mundo; y por permitirme realizar esta tesis, porque sin su ayuda habría sido una tarea imposible para mí.

Asimismo, quiero darle las gracias a mi esposo, Tomás, que, además de su amor, me ha apoyado en todos mis proyectos ayudándome a superar todos los momentos difíciles.

Del mismo modo, les agradezco a mis siete hijos: Ester, Belén, Isabel, Tomás, Pedro, David y José, porque todos, de alguna manera, me han estado ayudando y cada uno a su nivel me han aportado lo necesario para no tirar la toalla en estos largos años de trabajo.

A mis padres, Domingo y Fina, que, además de entregarme el amor incondicional de unos buenos padres, me han dado la oportunidad de acceder a los estudios universitarios, aunque ellos en su día no la tuvieran.

A mis directores de tesis, Dra. M^a Emilia Martínez-Roche y Dr. Manuel Canteras, por su orientación, seguimiento y supervisión continua de la misma, pero sobre todo por su apoyo moral, por la dedicación de su tiempo, por sus sabios consejos a nivel personal y el aliento en los momentos más arduos a lo largo de estos años.

A las instituciones que han servido de base para hacer posible la elaboración de este estudio, al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, al Hospital Universitario de Torrevieja y a la Universidad de Murcia, en concreto, a la Facultad de Enfermería.

A doña Concepción, supervisora del paritorio del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por su apoyo.

A las supervisoras de las plantas de maternidad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, doña Milagros y doña Mercedes, que me ayudaron en la recogida de la información necesaria para el estudio, haciendo que me sintiera como una más dentro de su equipo.

A la supervisora del paritorio del Hospital Clínico Universitario de Torrevieja, doña María Noelia Rodríguez Blanco, por apoyar esta investigación en todo momento.

También me gustaría agradecer la ayuda de mi compañera de doctorado, Dra. Carmen Ballesteros, porque para mí ha sido un referente que, por su situación personal de madre trabajadora, me ha dado ánimos para seguir con este proyecto y poder ver cumplido en ella que podía salir adelante. De la misma manera, le quiero agradecer su apoyo tanto académico como personal, porque para mí es más que una compañera, para mí es una amiga.

A mis compañeros del Hospital de Torrevieja por su motivación e interés mostrado por mi trabajo y sus sugerencias, así como por el ánimo infundido. Especialmente a mi compañero de clave Marcos que ha tenido que sufrir mis desánimos y preocupaciones. A mis compañeras Sheryl y Encarna que me han ayudado a revisar los artículos científicos que he redactado en inglés.

A doña Josefa Delicado Flores, técnico auxiliar de enfermería del Hospital Universitario de Torrevieja y mi muy querida amiga, por su confianza en mí depositada, ya que siempre creyó que este proyecto saldría adelante, aunque ni siquiera yo lo creía.

Y, finalmente, y aunque no va a poder leer el final de este proyecto, le agradezco su constante apoyo y comprensión a mi difunto y queridísimo suegro, Pedro, que, aunque para muchas personas les pareciese una locura por mi situación familiar, él siempre me animó a seguir con mis estudios.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
INTRODUCCIÓN	3
BLOQUE I MARCO TEÓRICO	7
CAPÍTULO 1: Modelos de asistencia al parto	9
1.1. Modelo biomédico de atención al parto	9
1.2. Modelo humanizado de atención al parto	10
CAPÍTULO 2: Teorías filosóficas y de enfermería que fundamentan los diferentes modelos de atención al parto	31
2.1. El Positivismo y la experiencia positiva	31
2.2. La Hermenéutica y la experiencia hermenéutica	33
2.3. Teoría del cuidado humano de J. Watson	36
CAPÍTULO 3: Marco legal	47
3.1. La Declaración Universal de los Derechos Humanos	47
3.2. La Declaración de los Derechos del Niño	48
3.3. Derechos de la familia	48
3.4. Legislación Española	49
CAPÍTULO 4: La satisfacción del paciente	53
4.1. Concepto de satisfacción del paciente	53

4.2. Dimensiones que influyen en la satisfacción del paciente	55
4.3. La calidad asistencial y su evaluación	60
4.4. La satisfacción como medida de la mejora de la calidad asistencial e instrumento de evaluación de las intervenciones sanitarias	65
4.5. Modelos teóricos que explican cómo se produce la satisfacción del paciente	73
4.6. Factores relacionados con la satisfacción del paciente	75
4.7. Metodología para medir la satisfacción del paciente	86
4.8. Corriente actual que ve al paciente como sujeto activo que participa en la toma de decisiones sobre su cuidado frente al paciente sumiso	88
4.9. Contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción	89
4.10. Contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción	93
CAPÍTULO 5: La satisfacción de la mujer con la experiencia del parto	95
5.1. Métodos de medida de la calidad asistencial en el parto normal	95
5.2. Aspectos estresantes del parto que tienen impacto en la mujer y la familia	99
5.3. La satisfacción como medida de la calidad de la atención sanitaria en el proceso del parto y una forma de que las mujeres y familias participen en ella	102
5.3.1. Factores que más influyen en la satisfacción de la mujer con su experiencia del parto	106
5.3.2. Factores relacionados con la insatisfacción de la mujer con su experiencia del parto	107
5.3.3. Consecuencias de experiencias negativas o insatisfactorias durante el parto.	108

CAPÍTULO 6: Análisis del contexto	117
CAPÍTULO 7: Justificación	145
BLOQUE II OBJETIVOS E HIPÓTESIS	151
CAPÍTULO 1: Objetivo General y Objetivos Específicos	153
CAPÍTULO 2: Hipótesis del estudio	155
BLOQUE III MARCO METODOLÓGICO	157
CAPÍTULO 1: Material y Método	159
1.1. Revisión Bibliográfica	159
1.2. Diseño de la Investigación	160
1.3. Ámbito de la Investigación	160
1.4. Periodo de Estudio	161
1.5. Población de Referencia	161
1.6. Muestra	161
1.7. Técnicas de recogida de la Información	161
1.8. Variables del estudio	167
1.9. Fase de Aplicación	169
1.10. Análisis de los Datos	169
1.11. Consideraciones Éticas	170
BLOQUE IV MARCO EMPÍRICO	173
CAPÍTULO 1: Resultados	175
1.1. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en El Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca	175

1.2. Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en El Hospital Universitario de Torrevieja	197
1.3. Análisis factorial	218
1.4. Comparativa de las características sociodemográficas y de los resultados obstétricos de las mujeres participantes en el estudio en los modelos de asistencia al parto	227
1.5. Comparativa de las características sociodemográficas y de los resultados obstétricos de las mujeres primíparas participantes en el estudio en los modelos de asistencia al parto	229
1.6. Comparativa de las puntuaciones globales al cuestionario “ Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire” (WOMBLSQ) en los modelos de atención al parto que se comparan en el estudio	231
1.7. Análisis de la satisfacción general de la mujer y su relación con las variables sociodemográficas, datos del parto y con los ítems de los cuestionarios “WOMBLSQ” Y “CEQ”	232
1.8. Comparativa de la satisfacción de la mujer con su proceso de parto y puerperio inmediato según los ítems del cuestionario “WOMBLSQ”	290
1.9. Comparativa de las puntuaciones globales al cuestionario “THE CHILDBIRTH EXPERIENCE QUESTIONNAIRE” (CEQ) en los dos modelos de atención al parto que se comparan en el estudio	293
1.10. Comparativa de la satisfacción de la mujer con su proceso de parto y puerperio inmediato según los ítems del cuestionario “CEQ” en los dos modelos de atención al parto	294
1.11 Análisis de las expectativas de la mujer con su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato	304
1.12 Análisis de la satisfacción del acompañante con relación al resto de factores que influyen en la satisfacción de la mujer	392

CAPÍTULO 2: Discusión	411
2.1. Análisis descriptivo de los resultados	411
2.2. Satisfacción de las mujeres con su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato en los modelos de atención al parto que se comparan en el presente estudio	412
2.3. Las expectativas de la mujer con su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato	438
2.4. La satisfacción del acompañante con relación al resto de factores que influyen en la satisfacción de la mujer en su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato	444
BLOQUE V CONCLUSIONES	445
CONCLUSIONES	447
BLOQUE VI BIBLIOGRAFÍA	453
BIBLIOGRAFÍA	455
BLOQUE VII ANEXOS	499
ANEXO I	501
ANEXO II	507
ANEXO III	515
ANEXO IV	519
ANEXO V	531
ANEXO VI	539

ÍNDICE DE TABLAS

❖ Tabla 1. Nacionalidad o etnia de la madre H. C. U. Virgen de la Arrixaca	176
❖ Tabla 2. Estado civil H. C. U. Virgen de la Arrixaca	176
❖ Tabla 3. Nivel educativo H. C. U. Virgen de la Arrixaca	176
❖ Tabla 4. Situación laboral H. C. U. Virgen de la Arrixaca	177
❖ Tabla 5. N° de partos de las madres H. C. U. Virgen de la Arrixaca	177
❖ Tabla 6. Asistencia a clases de preparación al parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	177
❖ Tabla 7. Apoyo por parte del profesional 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	177
❖ Tabla 8. Apoyo por parte del profesional 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	178
❖ Tabla 9. Apoyo por parte del profesional 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	178
❖ Tabla 10. Apoyo por parte de los profesionales 4 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	178
❖ Tabla 11. Apoyo por parte de los profesionales 5 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	179
❖ Tabla 12. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	179
❖ Tabla 13. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	179

❖ Tabla 14. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	180
❖ Tabla 15. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	180
❖ Tabla 16. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	180
❖ Tabla 17. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	181
❖ Tabla 18. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	181
❖ Tabla 19. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	181
❖ Tabla 20. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	182
❖ Tabla 21. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	182
❖ Tabla 22. Dolor durante el proceso de la dilatación 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	182
❖ Tabla 23. Dolor durante el proceso de la dilatación 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	183
❖ Tabla 24. Dolor durante el proceso de la dilatación 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	183
❖ Tabla 25. Dolor después del parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	183
❖ Tabla 26. Dolor después del parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	184
❖ Tabla 27. Dolor después del parto 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	184

❖ Tabla 28. Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	184
❖ Tabla 29. Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	185
❖ Tabla 30. Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	185
❖ Tabla 31. Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	185
❖ Tabla 32. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	186
❖ Tabla 33. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	186
❖ Tabla 34. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	186
❖ Tabla 35. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	187
❖ Tabla 36. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca	187
❖ Tabla 37. El parto fue como esperaba H. C. U. Virgen de la Arrixaca	187
❖ Tabla 38. Me sentí fuerte durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	188
❖ Tabla 39. Me sentí capaz durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	188
❖ Tabla 40. Me sentí cansada durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	188
❖ Tabla 41. Me sentí feliz durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	189

- ❖ Tabla 42. Me sentí capaz de manejar bien la situación H. C. U. Virgen de la Arrixaca 189
- ❖ Tabla 43. La matrona me dedicó la atención necesaria H. C. U. Virgen de la Arrixaca 189
- ❖ Tabla 44. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja H. C. U. Virgen de la Arrixaca 190
- ❖ Tabla 45. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca 190
- ❖ Tabla 46. La matrona entendió mis necesidades H. C. U. Virgen de la Arrixaca 190
- ❖ Tabla 47. Me sentí muy bien atendida por la matrona H. C. U. Virgen de la Arrixaca 191
- ❖ Tabla 48. Tenía miedo durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca 191
- ❖ Tabla 49. Tengo muchos recuerdos positivos del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca 191
- ❖ Tabla 50. Tengo muchos recuerdos negativos del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca 192
- ❖ Tabla 51. Me ponen triste algunos recuerdos del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca 192
- ❖ Tabla 52. Me dio seguridad la competencia de los profesionales H. C. U. Virgen de la Arrixaca 192
- ❖ Tabla 53. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndose o estar acostada H. C. U. Virgen de la Arrixaca 193
- ❖ Tabla 54. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé H. C. U. Virgen de la Arrixaca 193

❖ Tabla 55. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor H. C. U. Virgen de la Arrixaca	193
❖ Tabla 56. Modo de inicio del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	194
❖ Tabla 57. Analgesia usada durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	194
❖ Tabla 58. Tipo de parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	194
❖ Tabla 59. Estado del periné después del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca	195
❖ Tabla 60. Ingreso del recién nacido en unidad de Neonatología H. C. U. Virgen de la Arrixaca	195
❖ Tabla 61. Edad gestacional del recién nacido H. C. U. Virgen de la Arrixaca	195
❖ Tabla 62. Embarazo gemelar H. C. U. Virgen de la Arrixaca	196
❖ Tabla 63. Estadísticos variables cuantitativas H. C. U. Virgen de la Arrixaca	196
❖ Tabla 64. Test de Apgar al minuto del nacimiento H. C. U. Virgen de la Arrixaca	196
❖ Tabla 65. Test de Apgar a los 5 min del nacimiento H. C. U. Virgen de la Arrixaca	197
❖ Tabla 66. Nacionalidad o etnia de la madre H. U. de Torre vieja	197
❖ Tabla 67. Estado civil H. U. de Torre vieja	198
❖ Tabla 68. Nivel educativo H. U. de Torre vieja	198
❖ Tabla 69. Situación laboral H. U. de Torre vieja	198
❖ Tabla 70. Nº de partos de las madres H. U. de Torre vieja	199

❖ Tabla 71. Asistencia a clases de preparación al parto H. U. de Torrevieja	199
❖ Tabla 72. Apoyo por parte del profesional 1 H. U. de Torrevieja	199
❖ Tabla 73. Apoyo por parte del profesional 2 H. U. de Torrevieja	199
❖ Tabla 74. Apoyo por parte del profesional 3 H. U. de Torrevieja	200
❖ Tabla 75. Apoyo por parte de los profesionales 4 H. U. de Torrevieja	200
❖ Tabla 76. Apoyo por parte de los profesionales 5 H. U. de Torrevieja	200
❖ Tabla 77. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 H. U. de Torrevieja	200
❖ Tabla 78. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 H. U. de Torrevieja	201
❖ Tabla 79. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 H. U. de Torrevieja	201
❖ Tabla 80. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 H. U. de Torrevieja	201
❖ Tabla 81. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 1 H. U. de Torrevieja	202
❖ Tabla 82. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 2 H. U. de Torrevieja	202
❖ Tabla 83. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 3 H. U. de Torrevieja	202
❖ Tabla 84. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1 H. U. de Torrevieja	203
❖ Tabla 85. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2 H. U. de Torrevieja	203

❖ Tabla 86. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 3 H. U. de Torrevieja	203
❖ Tabla 87. Dolor durante el proceso de la dilatación 1 H. U. de Torrevieja	204
❖ Tabla 88. Dolor durante el proceso de la dilatación 2 H. U. de Torrevieja	204
❖ Tabla 89. Dolor durante el proceso de la dilatación 3 H. U. de Torrevieja	204
❖ Tabla 90. Dolor después del parto 1 H. U. de Torrevieja	205
❖ Tabla 91. Dolor después del parto 2 H. U. de Torrevieja	205
❖ Tabla 92. Dolor después del parto 3 H. U. de Torrevieja	205
❖ Tabla 93. Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 1 H. U. de Torrevieja	206
❖ Tabla 94. Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2 H. U. de Torrevieja	206
❖ Tabla 95. Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1 H. U. de Torrevieja	206
❖ Tabla 96. Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2 H. U. de Torrevieja	207
❖ Tabla 97. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 H. U. de Torrevieja	207
❖ Tabla 98. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 H. U. de Torrevieja	207
❖ Tabla 99. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 1 H. U. de Torrevieja	208
❖ Tabla 100. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 2 H. U. de Torrevieja	208

❖ Tabla 101. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 3 H. U. de Torrevieja	208
❖ Tabla 102. El parto fue como esperaba H. U. de Torrevieja	209
❖ Tabla 103. Me sentí fuerte durante el parto H. U. de Torrevieja	209
❖ Tabla 104. Me sentí capaz durante el parto H. U. de Torrevieja	209
❖ Tabla 105. Me sentí cansada durante el parto H. U. de Torrevieja	210
❖ Tabla 106. Me sentí feliz durante el parto H. U. de Torrevieja	210
❖ Tabla 107. Me sentí capaz de manejar bien la situación H. U. de Torrevieja	210
❖ Tabla 108. La matrona me dedicó la atención necesaria H. U. de Torrevieja	211
❖ Tabla 109. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja H. U. de Torrevieja	211
❖ Tabla 110. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto H. U. de Torrevieja	211
❖ Tabla 111. La matrona entendió mis necesidades H. U. de Torrevieja	212
❖ Tabla 112. Me sentí muy bien atendida por la matrona H. U. de Torrevieja	212
❖ Tabla 113. Tenía miedo durante el parto H. U. de Torrevieja	212
❖ Tabla 114. Tengo muchos recuerdos positivos del parto H. U. de Torrevieja	213
❖ Tabla 115. Tengo muchos recuerdos negativos del parto H. U. de Torrevieja	213

❖ Tabla 116. Me ponen triste algunos recuerdos del parto H. U. de Torrevieja	213
❖ Tabla 117. Me dio seguridad la competencia de los profesionales H. U. de Torrevieja	214
❖ Tabla 118. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada H. U. de Torrevieja	214
❖ Tabla 119. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé H. U. de Torrevieja	214
❖ Tabla 120. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor H. U. de Torrevieja	215
❖ Tabla 121. Modo de inicio del parto H. U. de Torrevieja	215
❖ Tabla 122. Analgesia usada durante el parto H. U. de Torrevieja	215
❖ Tabla 123. Tipo de parto H. U. de Torrevieja	216
❖ Tabla 124. Estado del periné después del parto H. U. de Torrevieja	216
❖ Tabla 125. Ingreso del recién nacido en unidad de Neonatología H. U. de Torrevieja	216
❖ Tabla 126. Edad gestacional del recién nacido H. U. de Torrevieja	217
❖ Tabla 127. Embarazo gemelar H. U. de Torrevieja	217
❖ Tabla 128. Estadísticos variables cuantitativas H. U. de Torrevieja	217
❖ Tabla 129. Test de Apgar al minuto del nacimiento H. U. de Torrevieja	218
❖ Tabla 130. Test de Apgar a los 5 min del nacimiento H. U. de Torrevieja	218
❖ Tabla 131. Análisis factorial en Hospital Virgen de la Arrixaca Primíparas + Multíparas	219
❖ Tabla 132. Análisis factorial Hospital de Torrevieja Primíparas +	

Múltiparas	220
❖ Tabla 133. Análisis factorial en Hospital Virgen de la Arrixaca Primíparas	221
❖ Tabla 134. Análisis factorial Hospital de Torre Vieja Primíparas	223
❖ Tabla 135. Comparativa del análisis factorial primíparas + múltiparas en los dos modelos de atención al parto	225
❖ Tabla 136. Comparativa del análisis factorial primíparas en los dos modelos de atención al parto	226
❖ Tabla 137. Características sociodemográficas de las mujeres participantes en el estudio	227
❖ Tabla 138. Resultados obstétricos de las mujeres participantes en el Estudio	228
❖ Tabla 139. Características sociodemográficas de las mujeres primíparas participantes en el estudio	229
❖ Tabla 140. Resultados obstétricos de las mujeres primíparas participantes en el estudio	230
❖ Tabla 141. Tabla de contingencia Satisfacción general + Variables sociodemográficas	232
❖ Tabla 142. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Paridad	233
❖ Tabla 143. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Estado civil	234
❖ Tabla 144. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Nivel educativo	235
❖ Tabla 145. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Asistencia a clases de preparación al parto	236

❖ Tabla 146. Tabla de contingencia Satisfacción general + Datos del parto	236
❖ Tabla 147. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Tipo de parto	237
❖ Tabla 148. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y duración del parto	237
❖ Tabla 149. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Estado del Periné	238
❖ Tabla 150. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Estado del Periné	239
❖ Tabla 151. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Hospital de estudio	240
❖ Tabla 152. Tabla de contingencia Satisfacción general + Apoyo profesionales	241
❖ Tabla 153. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de los profesionales 1	242
❖ Tabla 154. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de los profesionales 2	242
❖ Tabla 155. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de los profesionales 3	243
❖ Tabla 156. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de los profesionales 4	243
❖ Tabla 157. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de los profesionales 5	244
❖ Tabla 158. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 1	244

- ❖ Tabla 159. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 2 245
- ❖ Tabla 160. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 3 245
- ❖ Tabla 161. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 4 246
- ❖ Tabla 162. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 5 246
- ❖ Tabla 163. Tabla de contingencia Satisfacción general + Cumplimiento expectativas 247
- ❖ Tabla 164. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1 248
- ❖ Tabla 165. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2 248
- ❖ Tabla 166. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3 249
- ❖ Tabla 167. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4 249
- ❖ Tabla 168. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1 250
- ❖ Tabla 169. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2 250
- ❖ Tabla 170. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3 251
- ❖ Tabla 171. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4 251

- ❖ Tabla 172. Tabla de contingencia Satisfacción general + Cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 252
- ❖ Tabla 173. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 1 253
- ❖ Tabla 174. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 2 253
- ❖ Tabla 175. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 3 254
- ❖ Tabla 176. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido1 254
- ❖ Tabla 177. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 2 255
- ❖ Tabla 178. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 3 255
- ❖ Tabla 179. Tabla de contingencia Satisfacción general + Cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 256
- ❖ Tabla 180. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 1 257
- ❖ Tabla 181. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 2 257
- ❖ Tabla 182. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 1 258
- ❖ Tabla 183. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 2 258
- ❖ Tabla 184. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 3 259

- ❖ Tabla 185. Tabla de contingencia Satisfacción general + Dolor durante el proceso de dilatación 260
- ❖ Tabla 186. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor durante el proceso de dilatación 1 261
- ❖ Tabla 187. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor durante el proceso de dilatación 2 261
- ❖ Tabla 188. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor durante el proceso de dilatación 3 262
- ❖ Tabla 189. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor durante el proceso de dilatación 1 262
- ❖ Tabla 190. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor durante el proceso de dilatación 2 263
- ❖ Tabla 191. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor durante el proceso de dilatación 3 263
- ❖ Tabla 192. Tabla de contingencia Satisfacción general + Dolor durante el puerperio inmediato 264
- ❖ Tabla 193. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor después del parto 1 265
- ❖ Tabla 194. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor después del parto 2 265
- ❖ Tabla 195. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor después del parto 3 266
- ❖ Tabla 196. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor después del parto 1 266
- ❖ Tabla 197. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor después del parto 2 267

- ❖ Tabla 198. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor después del parto 3 267
- ❖ Tabla 199. Tabla de contingencia Satisfacción general + Entorno físico 268
- ❖ Tabla 200. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Entorno físico 1 268
- ❖ Tabla 201. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Entorno físico 2 269
- ❖ Tabla 202. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Entorno físico 1 269
- ❖ Tabla 203. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Entorno físico 2 270
- ❖ Tabla 204. Tabla de contingencia Satisfacción general + Control de la mujer en su proceso de dilatación y parto 271
- ❖ Tabla 205. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Control de la mujer 1 271
- ❖ Tabla 206. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Control de la mujer 2 272
- ❖ Tabla 207. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Control de la mujer 1 272
- ❖ Tabla 208. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Control de la mujer 2 273
- ❖ Tabla 209. Tabla de contingencia Satisfacción general + Propia capacidad de la mujer 274
- ❖ Tabla 210. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y El parto fue como esperaba 275

- ❖ Tabla 211. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí fuerte durante el parto 275
- ❖ Tabla 212. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí capaz durante el parto 276
- ❖ Tabla 213. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí cansada durante el parto 276
- ❖ Tabla 214. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí feliz durante el parto 277
- ❖ Tabla 215. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí capaz de manejar bien la situación 277
- ❖ Tabla 216. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Escala de dolor 278
- ❖ Tabla 217. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Escala de control 279
- ❖ Tabla 218. Tabla de contingencia Satisfacción general + Apoyo por parte de la matrona 280
- ❖ Tabla 219. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y la matrona me dedicó la atención necesaria 281
- ❖ Tabla 220. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja 281
- ❖ Tabla 221. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el Parto 282
- ❖ Tabla 222. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y La matrona entendió mis necesidades 282
- ❖ Tabla 223. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí muy bien atendida por mi matrona 283
- ❖ Tabla 224. Tabla de contingencia Satisfacción general + Percepción de seguridad 284
- ❖ Tabla 225. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto 285

❖ Tabla 226. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto	285
❖ Tabla 227. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto	286
❖ Tabla 228. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales	286
❖ Tabla 229. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Escala de seguridad sentida por la mujer en el parto	287
❖ Tabla 230. Tabla de contingencia Satisfacción general + Participación de la mujer	288
❖ Tabla 231. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	289
❖ Tabla 232. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	289
❖ Tabla 233. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor	290
❖ Tabla 234. Comparativa del resultado por ítems del cuestionario agrupados en las distintas subescalas1	291
❖ Tabla 235. Comparativa de resultados por ítems del cuestionario agrupados en las distintas subescalas 2	292
❖ Tabla 236. Comparativa puntuación global cuestionario CEQ en los dos modelos de asistencia al parto	293
❖ Tabla 237. Prueba de Levene para igualdad de varianzas del cuestionario CEQ en los dos modelos de asistencia al parto	293
❖ Tabla 238. Comparativa medias puntuación global cuestionario CEQ en los dos modelos de asistencia al parto	293
❖ Tabla 239. Tabla de contingencia Comparativa de los dos modelos de atención al parto + Propia capacidad de la mujer	294
❖ Tabla 240. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me sentí fuerte durante el parto	295

❖ Tabla 241. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me sentí capaz durante el parto	295
❖ Tabla 242. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me sentí feliz durante el parto	296
❖ Tabla 243. Comparativa modelo de asistencia al parto y Escala de dolor	296
❖ Tabla 244. Tabla de contingencia Escala de dolor + Propia capacidad de la mujer	297
❖ Tabla 245. Tabla de contingencia Escala de dolor y Me sentí fuerte durante el parto	298
❖ Tabla 246. Tabla de contingencia Escala de dolor y Me sentí capaz durante el parto	298
❖ Tabla 247. Tabla de contingencia Escala de dolor y Me sentí feliz durante el parto	299
❖ Tabla 248. Tabla de contingencia Comparativa de los dos modelos de atención al parto + Apoyo por parte de la matrona	300
❖ Tabla 249. Tabla de contingencia Comparativa de los dos modelos de atención al parto + Percepción de seguridad	301
❖ Tabla 250. Tabla de contingencia Comparativa de los dos modelos de atención al parto + Participación de la mujer	302
❖ Tabla 251. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	303
❖ Tabla 252. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	303
❖ Tabla 253. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Datos sociodemográficos	304
❖ Tabla 254. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1 y Paridad	305
❖ Tabla 255. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2 y Paridad	305
❖ Tabla 256. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3 y Paridad	305

❖ Tabla 257. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4 y Paridad	306
❖ Tabla 258. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Resultados obstétricos	307
❖ Tabla 259. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1 y Modo de inicio del parto	308
❖ Tabla 260. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2 y Modo de inicio del parto	308
❖ Tabla 261. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3 y Modo de inicio del parto	309
❖ Tabla 262. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4 y Modo de inicio del parto	309
❖ Tabla 263. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Duración del parto	310
❖ Tabla 264. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Duración del parto	310
❖ Tabla 265. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Duración del parto	311
❖ Tabla 266. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Duración del parto	311
❖ Tabla 267. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1 y Tipo de parto	312
❖ Tabla 268. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2 y Tipo de parto	312
❖ Tabla 269. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3 y Tipo de parto	313
❖ Tabla 270. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4 y Tipo de parto	313
❖ Tabla 271. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Estado del periné	314
❖ Tabla 272. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Estado del periné	314

❖ Tabla 273. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Estado del periné	315
❖ Tabla 274. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Estado del periné	315
❖ Tabla 275. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto /el apoyo de los profesionales y la matrona	317
❖ Tabla 276. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 1	318
❖ Tabla 277. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 2	319
❖ Tabla 278. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 3	319
❖ Tabla 279. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 4	320
❖ Tabla 280. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 5	320
❖ Tabla 281. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 1	321
❖ Tabla 282. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 2	321
❖ Tabla 283. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 3	322
❖ Tabla 284. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 4	322
❖ Tabla 285. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 5	323
❖ Tabla 286. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 1	323
❖ Tabla 287. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 2	324
❖ Tabla 288. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 3	324

- ❖ Tabla 289. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 4 325
- ❖ Tabla 290. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 5 325
- ❖ Tabla 291. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 1 326
- ❖ Tabla 292. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 2 326
- ❖ Tabla 293. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 3 327
- ❖ Tabla 294. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 4 327
- ❖ Tabla 295. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 5 328
- ❖ Tabla 296. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 1 328
- ❖ Tabla 297. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 2 329
- ❖ Tabla 298. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 3 329
- ❖ Tabla 299. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 4 330
- ❖ Tabla 300. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 5 330
- ❖ Tabla 301. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 1 331
- ❖ Tabla 302. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 2 331
- ❖ Tabla 303. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 3 332
- ❖ Tabla 304. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 4 332

- ❖ Tabla 305. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 5 333
- ❖ Tabla 306. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 1 333
- ❖ Tabla 307. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 2 334
- ❖ Tabla 308. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 3 334
- ❖ Tabla 309. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 4 335
- ❖ Tabla 310. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 5 335
- ❖ Tabla 311. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 1 336
- ❖ Tabla 312. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 2 336
- ❖ Tabla 313. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 3 337
- ❖ Tabla 314. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 4 337
- ❖ Tabla 315. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 5 338
- ❖ Tabla 316. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 339
- ❖ Tabla 317. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El contacto con el recién nacido 1 340
- ❖ Tabla 318. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El contacto con el recién nacido 1 340
- ❖ Tabla 319. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El contacto con el recién nacido 1 341
- ❖ Tabla 320. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El contacto con el recién nacido 1 341

- ❖ Tabla 321. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Cómo fue el apoyo de la pareja 342
- ❖ Tabla 322. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la pareja 1 343
- ❖ Tabla 323. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la pareja 2 343
- ❖ Tabla 324. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo de la pareja 1 344
- ❖ Tabla 325. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo de la pareja 2 344
- ❖ Tabla 326. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo de la pareja 1 345
- ❖ Tabla 327. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo de la pareja 2 345
- ❖ Tabla 328. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo de la pareja 1 346
- ❖ Tabla 329. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo de la pareja 2 346
- ❖ Tabla 330. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Dolor durante la dilatación 347
- ❖ Tabla 331. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El dolor durante la dilatación 2 348
- ❖ Tabla 332. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El dolor durante la dilatación 2 348
- ❖ Tabla 333. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El dolor durante la dilatación 2 349
- ❖ Tabla 334. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El dolor durante la dilatación 2 349
- ❖ Tabla 335. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Dolor después del parto 350
- ❖ Tabla 336. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El dolor después del parto 3 351

❖ Tabla 337. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El dolor después del parto 3	351
❖ Tabla 338. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El dolor después del parto 3	352
❖ Tabla 339. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El dolor después del parto 3	352
❖ Tabla 340. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Entorno físico	353
❖ Tabla 341. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El Entorno físico2	354
❖ Tabla 342. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El Entorno físico2	354
❖ Tabla 343. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El Entorno físico2	355
❖ Tabla 344. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El Entorno físico2	355
❖ Tabla 345. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Control de la mujer	356
❖ Tabla 346. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El Control de la mujer 1	357
❖ Tabla 347. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El Control de la mujer 2	357
❖ Tabla 348. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El Control de la mujer 1	358
❖ Tabla 349. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El Control de la mujer 2	358
❖ Tabla 350. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El Control de la mujer 1	359
❖ Tabla 351. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El Control de la mujer 2	359
❖ Tabla 352. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El Control de la mujer 1	360

- ❖ Tabla 353. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El Control de la mujer 2 360
- ❖ Tabla 354. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Propia capacidad de la mujer 361
- ❖ Tabla 355. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El parto fue como esperaba 362
- ❖ Tabla 356. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí fuerte durante el parto 363
- ❖ Tabla 357. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí capaz durante el parto 363
- ❖ Tabla 358. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí feliz durante el parto 364
- ❖ Tabla 359. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí capaz de manejar bien la situación 364
- ❖ Tabla 360. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El parto fue como esperaba 365
- ❖ Tabla 361. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí fuerte durante el parto 365
- ❖ Tabla 362. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí capaz durante el parto 366
- ❖ Tabla 363. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí cansada durante el parto 366
- ❖ Tabla 364. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí feliz durante el parto 367
- ❖ Tabla 365. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí capaz de manejar bien la situación 367
- ❖ Tabla 366. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El parto fue como esperaba 368
- ❖ Tabla 367. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí fuerte durante el parto 368
- ❖ Tabla 368. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí capaz durante el parto 369

- ❖ Tabla 369. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí cansada durante el parto 369
- ❖ Tabla 370. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí feliz durante el parto 370
- ❖ Tabla 371. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí capaz de manejar bien la situación 370
- ❖ Tabla 372. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El parto fue como esperaba 371
- ❖ Tabla 373. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me sentí fuerte durante el parto 371
- ❖ Tabla 374. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me sentí capaz durante el parto 372
- ❖ Tabla 375. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me sentí feliz durante el parto 372
- ❖ Tabla 376. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me sentí capaz de manejar bien la situación 373
- ❖ Tabla 377. Expectativas de la mujer con su proceso de parto + Percepción de seguridad 374
- ❖ Tabla 378. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto 375
- ❖ Tabla 379. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto 376
- ❖ Tabla 380. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto 376
- ❖ Tabla 381. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales 377
- ❖ Tabla 382. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto 377
- ❖ Tabla 383. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto 378
- ❖ Tabla 384. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto 378

- ❖ Tabla 385. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales 379
- ❖ Tabla 386. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Escala de seguridad 379
- ❖ Tabla 387. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Tenía miedo durante el parto 380
- ❖ Tabla 388. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto 380
- ❖ Tabla 389. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto 381
- ❖ Tabla 390. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto 381
- ❖ Tabla 391. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales 382
- ❖ Tabla 392. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales 382
- ❖ Tabla 393. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto 383
- ❖ Tabla 394. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto 383
- ❖ Tabla 395. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto 384
- ❖ Tabla 396. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales 384
- ❖ Tabla 397. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Escala de seguridad 385
- ❖ Tabla 398. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Participación de la mujer 386
- ❖ Tabla 399. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor 387
- ❖ Tabla 400. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada 387

- ❖ Tabla 401. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé 388
- ❖ Tabla 402. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor 388
- ❖ Tabla 403. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada 389
- ❖ Tabla 404. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé 389
- ❖ Tabla 405. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor 390
- ❖ Tabla 406. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada 390
- ❖ Tabla 407. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé 391
- ❖ Tabla 408. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor 391
- ❖ Tabla 409. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Satisfacción de la pareja/acompañante 392
- ❖ Tabla 410. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 393
- ❖ Tabla 411. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 393
- ❖ Tabla 412. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 394
- ❖ Tabla 413. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 394
- ❖ Tabla 414. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 395

❖ Tabla 415. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	395
❖ Tabla 416. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	396
❖ Tabla 417. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	396
❖ Tabla 418. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	397
❖ Tabla 419. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	397
❖ Tabla 420. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	398
❖ Tabla 421. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	398
❖ Tabla 422. Tabla de contingencia Contacto de la madre con el recién nacido + Satisfacción de la pareja/acompañante	399
❖ Tabla 423. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Contacto de la madre con el recién nacido 1	400
❖ Tabla 424. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Contacto de la madre con el recién nacido 1	400
❖ Tabla 425. Tabla de contingencia Apoyo de la pareja + Satisfacción de la pareja/acompañante	401
❖ Tabla 426. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Apoyo de la pareja 1	402
❖ Tabla 427. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Apoyo de la pareja 1	402
❖ Tabla 428. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Apoyo de la pareja 1	403
❖ Tabla 429. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Apoyo de la pareja 2	403
❖ Tabla 430. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Apoyo de la pareja 2	404

- ❖ Tabla 431. Tabla de contingencia Modelos de atención al parto + Satisfacción de la pareja/acompañante 405
- ❖ Tabla 432. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Modelo de asistencia al parto 405
- ❖ Tabla 433. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Modelo de asistencia al parto 406
- ❖ Tabla 434. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Modelo de asistencia al parto 406
- ❖ Tabla 435. Tabla de contingencia Satisfacción general de la mujer + Satisfacción de la pareja/acompañante 407
- ❖ Tabla 436. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Satisfacción general de la mujer 407
- ❖ Tabla 437. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Satisfacción general de la mujer 408
- ❖ Tabla 438. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Satisfacción general de la mujer 1 408

ÍNDICE DE FIGURAS

❖ Figura 1. Los factores que favorecen la humanización del parto	23
❖ Figura 2. Los factores que dificultan la humanización del parto	24
❖ Figura 3. Modelo Conceptual de Watson. Modelo Adaptado al profesional de Enfermería durante la intervención con los pacientes (2007)	45
❖ Figura 4. Representación gráfica del resultado del meta-análisis de Hall y Dornan sobre las dimensiones de la satisfacción del paciente	60
❖ Figura 5. Diagrama de las causa de la mortalidad del ejército en el Este, por Florence Nightingale	64
❖ Figura 6. Factores que influyen en la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto según Hodnett (2002)	107
❖ Figura 7. Áreas de Salud del Servicio Murciano de salud	120
❖ Figura 8. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	121
❖ Figura 9. Salas de reconocimiento H. C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca	122
❖ Figura 10. Sala de monitorización H.C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca	123
❖ Figura 11. Sala de paritorio 1 H.C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca	124
❖ Figura 12. Cuna de reanimación neonatal H.C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca	125
❖ Figura 13. Sala de paritorio 2 H.C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca	126
❖ Figura 14. Sala de recuperación de madres H C.U. Virgen de la Arrixaca	127
❖ Figura 15. Profesionales de H.C.U. Virgen de la Arrixaca	128
❖ Figura 16. N° de nacimientos en el H.C. U. Virgen de la Arrixaca desde 2008-2012	129

❖ Figura 17. Departamentos de salud de la Agencia Valenciana de Salud	130
❖ Figura 18. Departamento de salud de Torrevieja	131
❖ Figura 19. Hospital Universitario de Torrevieja	132
❖ Figura 20. Países de origen de las mujeres atendidas en el H.U. de Torrevieja desde 2007-2011	133
❖ Figura 21. Sala de observación H.U. de Torrevieja	134
❖ Figura 22. Sala de dilatación 5 H.U. Torrevieja	135
❖ Figura 23. Sala de dilatación 3 H.U. Torrevieja	135
❖ Figura 24. Bañera del H.U. Torrevieja	136
❖ Figura 25. Sala de reanimación neonatal H.U. Torrevieja	137
❖ Figura 26. Sala de paritorio 1 H.U. Torrevieja	138
❖ Figura 27. Sala de dilatación 2 H.U. Torrevieja	138
❖ Figura 28. Quirófano 11 H.U. Torrevieja	139
❖ Figura 29. Profesionales del H.U. de Torrevieja	140
❖ Figura 30. Evolución del número de nacimientos H.U. Torrevieja	141
❖ Figura 31. Descripción del estado del periné después del parto en los años 2009-2012	142
❖ Figura 32. Protocolo de actuación en urgencias obstétricas del H. U. de Torrevieja	143
❖ Figura 33. Comparativa de la puntuación del cuestionario en los hospitales del estudio	231

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La rápida expansión tecnológica que surgió a mediados del siglo XX influyó en la atención al parto. Al igual que en el resto de ramas de la medicina, se aplicó esta tecnología a la obstetricia. El parto pasó a ser asistido por los médicos especialistas en obstetricia en el ámbito hospitalario. Se comenzó a utilizar la tecnología para desencadenar, aumentar, acelerar, regular y monitorizar un proceso que antes se creía como fisiológico con el objetivo de hacerlo “más normal” y mejorar así, la salud de las madres y sus hijos.

Con la intención de mejorar la asistencia al parto adoptaron de forma acrítica intervenciones inapropiadas e innecesarias y, muchas veces, arriesgadas, sin comprobar su efectividad y seguridad (Enkin, 1995; 2000).

En la actualidad, los nacimientos tienen lugar en el hospital. En las instituciones hospitalarias se actúa en base a una serie de normas para conseguir un funcionamiento eficaz. Esto ha llevado a un cambio en la concepción del parto: desde un proceso fisiológico que se llevaba a cabo en un ambiente familiar, en el domicilio; a un proceso patológico sobre el que hay que actuar para que evitar cualquier tipo de riesgo.

De esta forma, se ha producido la medicalización de la atención al nacimiento sobre todo en los países más desarrollados y la extensión de una serie de prácticas obstétricas como: la estimulación e inducción del parto, el uso de la analgesia epidural, cesáreas, episiotomías, etc. Esto ha dado lugar a una percepción médica e intervencionista del parto en el contexto hospitalario (Sandin Bojo et al., 2007).

Una reflexión crítica sobre este modelo de asistencia al parto se inicia cuando, en el contexto del Año Internacional del Niño (1979), se crea un comité regional en Europa para estudiar los límites de las intervenciones propuestas para reducir la morbi-mortalidad perinatal y materna en este continente.

A partir de este comité, varios grupos de profesionales se unieron para organizar y sistematizar los estudios de eficacia y seguridad en la asistencia al embarazo, parto y postparto. Fue un esfuerzo a nivel mundial apoyado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1985; Chalmers, 1992).

A mediados de la década de los 80, con la publicación de la primera fase de los trabajos (WHO, 1985; 1986), con la comprobación científica de la asistencia, van evidenciando la seguridad de una atención al parto con una intervención mínima centrada en la fisiología del parto y en las necesidades de las mujeres, en lugar de en las necesidades de asistencia de las instituciones.

La OMS publicó en 1996 una guía práctica sobre los cuidados en el parto normal, donde se proponía como objetivo fundamental:

“...conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura”.

Así, surge un nuevo paradigma de asistencia al parto, el parto humanizado, con el que se pretende devolver el protagonismo a las madres y sus familias, tratando de reducir la medicalización y el intervencionismo.

El parto humanizado es fruto de una serie de cambios que se han ido dando a lo largo de todos estos años de investigación, como veremos en el recorrido que se ha llevado a cabo en este estudio.

La satisfacción se ha considerado un instrumento muy útil que proporciona información sobre la calidad percibida por los usuarios (Vuori, 1987). Por este motivo y siguiendo las líneas de investigación propuestas por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), este estudio pretende analizar si existe diferencia en la satisfacción de las mujeres y su acompañante en dos modelos diferentes de atención al parto, el modelo biomédico y el modelo humanizado.

El presente estudio se encuentra estructurado en:

- **Introducción**
- **Bloque I. Marco Teórico.** Estructurado en cuatro capítulos.
 - Capítulo 1: Modelos de asistencia al parto
 - Capítulo 2: Teorías filosóficas y de enfermería que fundamentan los diferentes modelos de atención al parto
 - Capítulo 3: Marco legal
 - Capítulo 4: La satisfacción del paciente
 - Capítulo 5: La satisfacción de la mujer con la experiencia del parto
 - Capítulo 6: Análisis del contexto
 - Capítulo 7: Justificación.
- **Bloque II. Objetivos e Hipótesis del Estudio.** Dispuesto en dos capítulos.
 - Capítulo 1: Objetivos del Estudio
 - Capítulo 2: Hipótesis del Estudio
- **Bloque III. Marco Metodológico.** Organizado en un capítulo único.
 - Capítulo 1: Material y Método
- **Bloque IV. Marco Empírico.** Ordenado en dos capítulos.
 - Capítulo 1: Resultados
 - Capítulo 2: Discusión
- **Bloque V. Conclusiones**
- **Bloque VI. Bibliografía**
- **Bloque VII. Anexos**

BLOQUE I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

MODELOS DE ASISTENCIA AL PARTO

Se pueden distinguir tres modelos de atención al parto (Wagner, 2006). El primero es el altamente medicalizado, el modelo biomédico (centrado en el médico), en el cual los cuidados de la matrona no son suficientemente valorados; este modelo se encuentra, por ejemplo, en los EEUU, Irlanda, Rusia, Italia, República Checa, Francia, Bélgica y las zonas urbanas de Brasil. Otro de ellos es el modelo humanizado, en el cual las matronas son más autónomas y existen menores tasas de intervención en el parto; este modelo lo encontramos en países como Holanda, Nueva Zelanda, Dinamarca, Noruega, y Suiza. El tercer modelo es una mezcla de los enfoques ya mencionados y lo podemos encontrar en Gran Bretaña, Canadá, Alemania, Japón y Australia. En este capítulo se expondrán las características del modelo biomédico y humanizado, puesto que son los dos modelos que se comparan en el presente estudio. Se ha realizado una exposición más amplia del modelo humanizado debido a que el modelo biomédico es el más conocido, de hecho toda la Obstetricia moderna está basada en la observación del mismo (WHO, 1985).

1.1 MODELO BIOMÉDICO DE ASISTENCIA AL PARTO

Desde finales del siglo XIX el parto pasa de realizarse en un entorno familiar, las casas de las familias, a tener lugar en los centros hospitalarios. Esto redujo la morbilidad perinatal pero también cambió la concepción que se tenía hasta ese momento del parto. Se pasó desde la visión del parto como un proceso fisiológico a

verlo como algo patológico lleno de posibles riesgos y sobre el que hay que actuar para prevenirlos.

Es el modelo en el que el médico tiene siempre el control, son los ginecólogos–obstetras quienes toman las decisiones, aportan información sesgada a las mujeres y son ellos los que deciden si van o no a aceptar la elección de la mujer; y, por otra parte, los cuidados de la matrona están marginalizados (Wagner, 2006). Existe un alto nivel de intervencionismo y de medicalización extendiendo prácticas como: cesáreas, partos instrumentales, epidurales, episiotomías, o la utilización de oxitocina y prostaglandinas para estimular o inducir el parto.

Las investigaciones muestran que este es el modelo médico e intervencionista es el que predomina en el contexto hospitalario (Olsson et al., 2000; Sandin Bojö et al., 2007). En España, el modelo de atención al parto que predomina es este, donde el parto se ha institucionalizado, existiendo un alto nivel de intervencionismo, restándole el protagonismo a la mujer y su familia durante su parto (Arnau, 2012).

1.2 MODELO HUMANIZADO DE ASISTENCIA AL PARTO

Asistimos al nacimiento de un nuevo paradigma en la asistencia al parto demandado, por un lado, por los profesionales sanitarios, por las mujeres y sus familias; y, por otro, por los sistemas sanitarios de los diferentes países del mundo. Las personas quieren ser tratadas, no solo en su faceta biológica, sino de forma integral, como seres biopsicosociales. La FAME, al definir el parto normal, indica que es un proceso fisiológico en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales que no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (FAME, 2006). La medicina basada en la evidencia científica está demostrando que el modelo actual no obtiene los resultados perinatales que se esperaban; en cambio, un modelo humanizado podría mejorar y, lo más importante, puede lograr una mayor satisfacción para la mujer y la familia debido a que los pone como centro de este proceso del parto, que es uno de los momentos más importantes de su vida.

1.2.1. Los factores que facilitan o dificultan la adopción del cuidado humanizado en el proceso del parto

1.2.1.1. El modelo de cuidado centrado en la mujer, el niño y la familia es un factor favorecedor de la humanización del parto (Behruzi et al., 2011; WHO Regional Office for Europe, 1998; WHO, 2001)

En este modelo, se respeta la privacidad y dignidad del paciente y la familia (WHO Regional Office for Europe, 1998; WHO, 2001). Se les pide a las mujeres su consentimiento antes de realizar alguna técnica e incluso para que estén presentes el personal o los estudiantes. De esta forma, las mujeres están centradas en su parto y en su familia favoreciendo el proceso (Behruzi et al., 2010).

Al poner a las mujeres y sus familias en el centro de cuidado se les da información durante la asistencia en el trabajo de parto. Esto ha demostrado ser un factor de gran relevancia para las mujeres que aumenta la percepción de control interna y externa y facilita la comprensión sobre el cuidado realizado, posibilitando su participación en los procesos decisivos (Nagahama y Santiago, 2008).

La falta de participación de la mujer y la familia en el proceso de toma de decisiones sobre el parto y su rol, generalmente pasivo, en el ambiente hospitalario se considera como una barrera para hacer posible el parto humanizado (Behruzi et al., 2010).

En España, el ministerio de Sanidad y Consumo emitió un documento donde se recomendaba esta atención familiar al parto que pretende que la mujer reciba una completa información sobre el embarazo y el parto con el fin de que pueda seleccionar, junto con su familia y el personal sanitario, las medidas a adoptar en el mismo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

El Ministerio de Sanidad, en 2010, entre las recomendaciones que da para la asistencia al parto está la de que se trate a las mujeres en trabajo de parto con el máximo respeto, que dispongan de toda la información y estén implicadas en la toma de decisiones. Para favorecer esto, los profesionales sanitarios deben establecer una

relación empática con las mujeres, interesándose por sus expectativas y necesidades para apoyarlas y orientarlas siendo conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en la que se proporcionan los cuidados (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

La SEGO también tiene entre sus objetivos en la asistencia al parto humanizado, el ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones siempre que no se vean comprometidas la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido. También habla de favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres (SEGO, 2008).

La SEGO indica que, para proporcionar un soporte emocional adecuado, es necesario transmitir a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado actual del parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere, para que, conociendo la realidad de los hechos, puedan tranquilizarse (SEGO, 2008).

1.2.1.2. Normas sobre el acompañante y las visitas

El hecho de que a la parturienta se le permita estar acompañada por personas en las que ella confíe y con las que se sienta bien (su pareja, su mejor amiga, una doula...) es uno de los indicadores establecidos por la OMS de cuidado humanizado en el parto (WHO 1985; 1996; 1998).

Existen estudios que demuestran que la mayoría de las mujeres manifiestan que un acompañante les prestó su apoyo y esto las ayudó mucho, y que la humanización del parto es mayor cuando el personal sanitario permite su presencia, sobre todo durante intervenciones médicas u operaciones (Behruzi et al., 2011).

Otros estudios ven como una barrera la restricción en el número de acompañantes permitidos en el trabajo de parto y el parto. Las mujeres demandan el poder estar acompañadas en la preparación para la cesárea y en los momentos de antes de la misma (Behruzi et al., 2010).

Existen hospitales que se resisten a la presencia del acompañante durante el trabajo de parto y el parto siendo esto una barrera muy importante a la humanización de este proceso. Los motivos para ello fueron institucionales: las reglas del hospital, que alegaban que el acompañante no era necesario, que una mayor de edad no necesita estar acompañada. Además, las pacientes no demandaban el tener un acompañante porque desconocían que tenían derecho al mismo (Nagahama y Santiago, 2008).

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1989, proponía respetar el derecho de la embarazada a tener a su pareja o a quien ella decida a su lado durante el proceso de dilatación y parto, salvo que este sea instrumentado. También habla de ampliar y flexibilizar el horario de régimen de visitas, procurando la mayor independencia de las madres dentro del hospital en la medida de lo posible, para que, la mujer pueda estar acompañada en todo momento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

La SEGO también en la valoración de las necesidades de la mujer, tanto en el proceso de dilatación como en el expulsivo contempla el acompañamiento en todo momento por la persona que ella elija (SEGO, 2008).

El Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010 afirma, basándose en diferentes estudios científicos revisados, que el acompañamiento por parte de la pareja, familiar o persona elegida por la mujer, se considera un factor que aumenta el bienestar y parece mejorar los resultados del parto. En estos estudios de la revisión se mostraba que las mujeres que recibían un apoyo continuo y personal durante el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y duración algo menor del trabajo de parto. Además, se observó una menor probabilidad de usar analgesia/anestesia regional, tener un parto vaginal instrumental, tener un parto por cesárea y quedar insatisfecha con la experiencia del parto. Por todo ello, la recomendación es facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección, ya que es un factor facilitador de la humanización del parto (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

La FAME también opina que las mujeres deberían poder elegir la persona que les dará apoyo social durante el parto, ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amistad. En España la persona elegida por lo general es la pareja (94%), y la mayoría de las parejas refieren la vivencia como agradable y se sienten satisfechas con su labor de acompañante. De hecho, las mujeres que estuvieron acompañadas durante el parto estuvieron más satisfechas que las que estuvieron solas (FAME, 2007).

La FAME afirma que el apoyo continuo del acompañante mejora la fisiología del parto y la sensación de confianza materna. Dicho apoyo, también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido (FAME, 2007).

1.2.1.3. Prevenir el uso de intervenciones médicas innecesarias

Este es un factor facilitador de la humanización del parto. Uno de los principios para proteger, promocionar y apoyar el cuidado humanizado del embarazo y parto normales para la OMS es el de no ser medicalizado, o sea, que en el parto normal debería de existir una razón válida para interferir en el proceso natural. El cuidado fundamental debe ser provisto con el número mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible (WHO, 1985; 1996; 1998; 2001).

En uno de los estudios de la presente revisión que fue realizado en un hospital altamente especializado, muestra que la mayoría de las mujeres entrevistadas (95%) estaban satisfechas con el cuidado recibido y el que recibieron sus hijos. Ellas eligieron este tipo de hospital porque consideraban que se sentían más seguras pariendo en un hospital de alto nivel de especialización. Destacaron estar satisfechas con el cuidado y la competencia de sus cuidadores. Asimismo, uno de los obstetras destacó que la intervención médica no excluye el cuidado humanizado para él (Behruzi, 2011).

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social, reconoce que la medicina basada en la evidencia ha demostrado que la adopción de toda una serie de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de maternidad. Por

este motivo, en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, que parte de la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico examina la evidencia a favor o en contra de las prácticas más comunes relacionadas con la atención al parto normal. Establece como resumen de sus objetivos, que debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural del parto normal (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

La SEGO, en 2008, muestra entre sus objetivos en la asistencia al parto, el favorecer el proceso de parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad (SEGO, 2008).

La FAME, como respuesta al alto nivel de intervencionismo en el parto normal, que constituye un factor de vulnerabilidad e insatisfacción de la mujer y la familia, realiza el documento de consenso: “Iniciativa al parto normal”, donde el parto se considera un proceso fisiológico en el que no se debería intervenir a no ser que exista una razón para ello (FAME, 2007).

1.2.1.4. Métodos no-farmacológicos para el alivio del dolor

La OMS aconseja una educación prenatal sobre los métodos no-farmacológicos de alivio del dolor a la mujer embarazada, su pareja y su familia. Considera que el soporte adecuado antes y durante el trabajo de parto por parte de cuidadores y acompañantes puede reducir la necesidad de métodos farmacológicos para el alivio del dolor y así, mejorar la experiencia del parto (WHO, 1996).

El uso de los métodos no-farmacológicos se debe complementar con una atención personal a la mujer en trabajo de parto que es lo que la hace sentirse confortable y ayudada (WHO, 1996).

Para usar estos métodos naturales de alivio del dolor (masajes, técnicas de respiración, pelotas de partos, aromaterapia, bolsas con agua caliente, soporte emocional y psicológico por parte de los acompañantes) se debe crear un ambiente agradable para la mujer y la familia (Behruzi et al., 2011).

En un estudio de los revisados, encontramos que el punto de vista de las mujeres que usaron primero métodos no-farmacológicos para el alivio del dolor del parto, después decidieron que querían analgesia epidural. Ellas estaban satisfechas con su experiencia del parto sin dolor y lo calificaron como una aproximación humanística al nacimiento (Behruzi et al., 2011).

En uno de los estudios las mujeres quedaron insatisfechas porque el dolor sufrido les dejó una mala experiencia, se sintieron frustradas en sus expectativas. Creían que no sufrirían tanto (da Silva et al., 2011).

En otro estudio se observó que los métodos no-farmacológicos de alivio del dolor fueron usados más por enfermeras que por el equipo médico, que usó más los métodos farmacológicos. Los alumnos de Medicina veían con cierto sarcasmo los métodos no-farmacológicos, considerándolos como una negación al acceso a la tecnología moderna (Nagahama y Santiago, 2008).

En otro artículo, habla de la experiencia del dolor en cuanto a la expresión sociocultural y variable que no es compartida por la biomedicina, que tiende a asociarlas a manifestaciones orgánicas, universales y cuantificables. Afirma que la experiencia del dolor también es construida culturalmente. Habla de que las propuestas de humanización del parto recuperan técnicas de alivio del dolor no invasivas y que, uniéndolo a la presencia del acompañante y el soporte emocional y apoyo del equipo, a veces, no son suficientes para eliminar la experiencia del dolor, esta se relaciona con la subjetividad de cada mujer y, más aún, con la forma en que este dolor es construido por la cultura (Tornquist, 2004).

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social revisó los estudios que hacen referencia al dolor, analgesia y satisfacción materna en el parto obteniendo los siguientes resultados:

La experiencia del parto está influenciada por varios factores, tales como, las expectativas, nivel de preparación, complicación del parto y el grado de dolor experimentado.

- La actitud y el comportamiento de los cuidadores son los factores que más influyen en la satisfacción materna. Las mujeres están más satisfechas cuando sus expectativas de dolor y de elección del manejo del mismo se cumplen.
- La satisfacción con la experiencia del parto está relacionada con cuatro aspectos claves: el grado y tipo de dolor, la participación, cuidado estructurado y control en la toma de decisiones. El cumplimiento de las expectativas es el factor que más se relaciona con la satisfacción.

Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

La SEGO en cuanto al control del dolor dice que se debe informar a la gestante de los medios que el centro dispone para el alivio del dolor. Considera que la analgesia de elección es la epidural, la menor dosis posible que permita el control del dolor, con el fin de producir el mínimo bloqueo motor y permitir que la parturienta deambule o adopte aquella postura que le aporte una mayor comodidad. También considera importante facilitarle apoyo psicológico y si se dispone, medidas físicas coadyuvantes (SEGO, 2008).

La FAME afirma que el alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona (FAME, 2007).

Se recomienda que se ofrezca a las gestantes una información sobre las posibilidades de alivio del dolor que incluya todas las opciones existentes, y no solo sobre las ventajas y desventajas de la analgesia epidural. Destaca entre los principales métodos no farmacológicos de alivio del dolor los siguientes: libertad de movimientos,

apoyo continuo durante el parto, uso del agua estéril y otras técnicas como TENS, acupuntura, técnicas de relajación o masajes (FAME, 2007).

1.2.1.5. Estructura física

Se hace necesario humanizar los hospitales, habilitando salas de dilatación y parto individuales que permitan un ambiente familiar, al mismo tiempo que se establezca un adecuado control de todo el proceso (Acién, 2001: 282).

Las habitaciones comunes para el trabajo de parto, el parto y el puerperio se consideran una barrera para el cuidado humanizado del parto. Es una barrera evidente debido a que las mujeres y sus maridos/acompañantes no tienen privacidad durante el trabajo de parto y las mujeres tienen el espacio para caminar y cambiar de posición muy limitado (Behruzi et al., 2010).

En un estudio de esta revisión, las mujeres encontraron que las habitaciones dobles eran muy inhumanas e incómodas. Había poco espacio en las habitaciones, era ruidoso el ambiente y con muchas personas. Incluso se quejaban porque no podían dormir por las noches. En este estudio, los profesionales de enfermería mencionaban que las habitaciones que eran compartidas proveían de un cuidado contrario al de la humanización, al cuidado centrado en la familia y en la intimidad (Behruzi et al., 2011).

Otro estudio destacó que ninguna maternidad tenía habitaciones PDP (pre-partum, delivery and puerperium). Las que tenían eran inapropiadas para el cuidado humanizado porque eran pequeñas (García de Lima y Leite, 2007). Sin embargo, las habitaciones LDR, perfectamente equipadas, son factores facilitadores del parto humanizado, son grandes y espaciales, equipadas con TV, refrigeradas y con un baño privado. Tienen alfombrillas y pelotas de parto. Permiten que los miembros de la familia acompañen a la madre ofreciéndole un apoyo continuo (Behruzi et al., 2010).

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, entre las recomendaciones que dio respecto a la atención familiar al parto incluyó la de la necesidad de reformas arquitectónicas de las Maternidades, de forma que garanticen el derecho a la intimidad

familiar, mediante habitaciones de dilatación separadas, y posibilidades de deambulación de las parturientas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

La FAME manifiesta que el entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influye en su evolución. Esta recomienda que la habitación o sala polivalente para el proceso de parto normal debe tener las siguientes características básicas: ser una sala única habilitada para la atención de la dilatación y el expulsivo, con un ambiente agradable y parecido al del hogar, con colores cálidos, de uso individual e insonorizada, que disponga de la luz natural, una cama obstétrica articulada automatizada, cojines, pelotas, mecedora, sillas cómodas, luz indirecta de intensidad regulable, posibilidad de escuchar música suave, temperatura agradable, bañera de agua caliente, lavabo, W.C., ducha en la habitación, y monitor o Doppler (FAME, 2007).

La SEGO reconocía asimismo en 2008 la necesidad de habilitar espacios adecuados para la atención del proceso del parto. Es importante que las salas de dilatación sean individuales, de tal forma que permitan a la parturienta estar acompañada por su pareja o persona de elección y mantener la intimidad del momento (SEGO, 2008).

1.2.1.6. La cultura, los valores y las creencias de las mujeres son considerados como factores facilitadores o que dificultan el parto humanizado

En la cultura japonesa se considera que la mujer embarazada no es una enferma y que el parto no es una enfermedad, por ello el parto natural con un alivio del dolor usando métodos no-farmacológicos es el mejor visto. Así, se ve el dolor como algo necesario. Sin embargo, esto no es vivido así por las mujeres americanas, que prefieren el uso de la epidural en el parto (Behruzi et al., 2010). En el parto humanizado se pretende adecuar la asistencia a la cultura, creencias, valores y diversidad de opiniones dependiendo de la individualidad de las mujeres y sus familias (Castro y Clapis, 2005).

La Oficina Regional Europea de la OMS entre los principios que desarrolló para proteger, promocionar y apoyar un cuidado perinatal efectivo en Europa está el de que debía ser apropiado culturalmente, o sea, que siempre que sea posible se deben respetar

las prácticas de cuidado tradicionales después de haber sido analizada su seguridad y efectividad (WHO Regional Office for Europe, 1998).

La OMS en su Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto señaló que el cuidado del embarazo y parto normales debe ser integral, tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solo un cuidado biológico (WHO, 2001).

La FAME ve que en el acompañamiento de las parejas en el acompañamiento de las parejas en el parto influye la cultura y etnia de la que procede cada mujer y que se deben respetar las distintas opciones que de ellas se derivan (FAME, 2007).

También influyen factores tanto personales como socioculturales en la experiencia del dolor en el parto, en su apreciación y manifestación; así como, en los modos de afrontarlo, por ello, el conocer la cultura, los valores y las creencias de las mujeres es un factor facilitador en el proceso de humanización del parto (FAME, 2007).

1.2.1.7. La sobrecarga de trabajo y la falta de profesionales son dos factores que dificultan el desarrollo del cuidado humanizado

La sobrecarga de trabajo de las matronas en hospitales de tercer nivel y el gran número de tareas a realizar era una de las razones principales para que los profesionales no pudiesen prestar un soporte continuo a las mujeres durante su hospitalización (Behruzi et al., 2010).

La falta de profesionales en el hospital fue considerada en algunos estudios como una barrera para el cuidado humanizado en el parto. La escasez de profesionales produce una sobrecarga de trabajo y estrés que se torna en un aumento del cansancio y, si el profesional no se encuentra bien consigo mismo, difícilmente podrá ayudar a otros. Por otro lado, muchas mujeres reclamaban la presencia de más matronas en el hospital en un futuro debido a que el parto no era para ellas una enfermedad (Behruzi et al., 2011).

La FAME habla de la necesidad de “una matrona para una mujer” en los centros que ofrecen la asistencia al parto normal, para que la matrona pueda asistir de forma individualizada a la mujer que desea este tipo de parto (FAME, 2007).

1.2.1.8. Hospitales Universitarios

Los hospitales Universitarios se vieron como una barrera para los programas del parto humanizado, debido a que interfiere el cuidado continuo (Behruzi et al., 2010).

Un entorno hospitalario dedicado a la docencia se considera una barrera al parto humanizado debido a la presencia de muchos profesionales de la salud. Esto puede interferir con la privacidad de la mujer y de la familia, provocar la falta de intimidad y de continuidad del cuidado. En este estudio las mujeres encuestadas relataban que habían tenido en su parto de tres a cuatro proveedores de cuidados en el trabajo de parto y parto, e incluso algunos hasta cinco (Behruzi et al., 2011).

1.2.1.9. Falta de comunicación entre los profesionales sanitarios

Esto supone una barrera para la humanización del parto. Esta falta de comunicación aparece entre enfermeras en los cambios de turno, lo que conlleva no estar informado de la historia del paciente. También existe la falta de comunicación con los médicos. Las enfermeras lo atribuyen a una sobrecarga de trabajo (Behruzi et al., 2011).

La Oficina Regional Europea de la OMS propone como uno de los principios para el cuidado del embarazo y el parto normales que debe ser multidisciplinario, compuesto por: matrona, neonatólogo, educador antenatal, médico de familia, psicólogo, trabajador social, acompañante, familia y grupos de apoyo. Afirma que la colaboración interdisciplinar debe ser transparente y estrecha. Debe existir una continuidad de cuidados y cuidadores (Oficina Regional Europea de la OMS, 1998).

La OMS en 2001, vuelve a incidir en la necesidad de que el cuidado del embarazo y parto normales debe ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales (OMS, 2001).

Asimismo, la FAME ve necesario contar con un equipo obstétrico dentro del mismo hospital que tenga: obstetra, matrona, neonatólogo/ga, anestesista y auxiliar de enfermería. Este equipo tiene que estar sensibilizado y receptivo a las posibles demandas que surjan en un área de baja intervención (FAME, 2007).

Se puede afirmar que trabajar en un equipo multidisciplinar donde exista una adecuada comunicación entre los profesionales que lo forman es un factor facilitador del parto humanizado.

1.2.1.10. Falta de autoridad de la matrona en el hospital

La falta de autoridad de las matronas representa una barrera para la humanización del parto porque cuando ellas son las responsables del embarazo y parto normal no se permiten procedimientos innecesarios como episiotomías (Behruzi et al., 2010).

1.2.1.11. Tiempo de hospitalización tras el parto

En un estudio de la presente revisión considera que una estancia hospitalaria más larga (9-14 días después de la cesárea y 5-7 días después del parto normal) son percibidos como una estrategia facilitadora del cuidado humanizado en el parto, debido a que provee a las mujeres de un tiempo de confort que ellas pueden usar para recuperarse y adaptarse a sus nuevas vidas. Las matronas lo ven también importante para facilitar la lactancia materna. Este estudio fue realizado en Japón donde el apoyo familiar es escaso y las madres vuelven a casa solas y sin ayuda (Behruzi et al., 2010).

Por otro lado en España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, recomendaba el alta precoz de la embarazada considerando que no debía permanecer en el hospital más tiempo del estrictamente necesario, debiendo procurar en su caso, la asistencia domiciliaria de matronas de su área. Indicaba que el informe de Alta debía ser remitido al Centro de Atención Primaria correspondiente para el seguimiento del puerperio y la posible asignación de programas Materno-Infantiles que se estuviesen desarrollando (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

La OMS recomienda utilizar un criterio flexible en cuanto al momento del alta que permita que las mujeres juzguen cuando es el momento de volver a su hogar. También se debe asegurar que exista una situación familiar adecuada y sostenedora después del alta y, si no fuese, así habría que realizar un seguimiento intensivo (WHO, 2001). Es necesario facilitar a las mujeres contactos en la comunidad y fuentes de soporte local para todas las mujeres (WHO, 2001).

La posición de la OMS de poner a la mujer en el centro del cuidado y en el de la toma de decisión sobre el momento del alta sería la que más se aproximaría al modelo de humanización del cuidado del postparto.

A continuación se exponen en dos gráficos los factores facilitadores y que dificultan la humanización del parto:



Figura 1. Los factores que favorecen la humanización del parto.



Figura 2. Los factores que dificultan la humanización del parto.

1.2.2. Los profesionales más adecuados para poner en marcha el proceso de humanización del parto

La OMS afirma que las matronas son los profesionales más adecuados para llevar a cabo el cuidado del parto normal. La OMS extrae esta conclusión a partir de las recomendaciones de la FIGO (FIGO, 1992) sobre los proveedores de cuidado en obstetricia en pequeños centros de salud, en pueblos, en casa e incluso en hospitales (WHO, 1996).

En la definición de matrona, dada por la Confederación Internacional de Matronas, queda claro que es el profesional más adecuado para llevar a cabo este proyecto de parto humanizado debido a que trabaja prestando el apoyo, los cuidados y consejos necesarios para las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como al neonato y lactante. Incide en el papel importante que tiene en el asesoramiento y educación para la salud de la mujer, en el seno de su familia y la sociedad (ICM, 2005).

La ICM, en el documento en el que expone las competencias esenciales para la práctica básica de la partería dicta unos conceptos clave que definen el rol único de las matronas en la promoción de la salud de las mujeres y sus familias, debido a que promueven el autocuidado, la salud de las madres, los niños y sus familias, el respeto a la dignidad humana y a las mujeres como sujetos con derechos humanos plenos (ICM, 2010).

Resalta la ICM que la matrona tiene conocimientos sobre la fisiología y patología del proceso de embarazo, puerperio, pero también sobre derechos humanos, cultura y creencias religiosas, por ello, en su comportamiento profesional, actúa coherentemente junto a la ética profesional, los valores y los derechos humanos; muestra respeto por las personas, sus culturas y costumbres, sea cual sea su condición social, origen étnico o creencia religiosa, y trabaja conjuntamente con las mujeres y sus familias, posibilitando que tomen decisiones informadas sobre su salud. También resalta que trabaja en equipo con otros trabajadores de salud para mejorar los cuidados prestados a las mujeres y sus familias.

Es un profesional de la salud que por su formación puede proveer de apoyo físico y psicológico a la mujer y su familia y promover así el parto humanizado (ICM, 2010).

En Japón, a las mujeres se les permite decidir y escoger entre matronas y médicos obstetras para atender su parto. La mayoría de las mujeres prefieren a la matrona porque consideran que ellas tienen más práctica en el parto normal. Por ello, allí se considera un factor facilitador del parto humanizado en todos los estudios realizados (Behruzi et al., 2010).

En otro estudio de los revisados se consideró que la enfermera obstétrica como parte del equipo de salud presenta unas actitudes y prácticas que facilitan la promoción del parto y nacimiento saludable y el respeto a la autonomía de la mujer y tienden a mejorar la calidad de la asistencia. También afirma que la enfermera obstétrica necesita una mayor autonomía profesional, un espacio propio de actuación (Velho et al., 2010).

Se destaca que la matrona parece ser el profesional más apropiado para desarrollar el cuidado humanizado del parto porque es el que presenta mejor coste-efectividad (García de Lima y Leite, 2007; WHO, 1996).

En otro estudio se vio que la participación activa de la enfermera obstétrica en el proceso del parto repercutió en la satisfacción de la parturienta (Davim y Bezerra, 2002).

Estudios realizados en Brasil, han puesto de manifiesto la importancia de la contribución de las matronas al cuidado obstétrico humanizado (Grupo Curumin, 1993; Moura et al., 2007).

También se vio que las enfermeras juegan un papel muy importante en preservar y respetar la dignidad durante el parto y fue muy apreciado por las mujeres, ya que sintieron que se valoraban y respetaban sus sentimientos (De Vries, 1984).

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social afirma que existen estudios que avalan que la atención al embarazo, parto y puerperio, llevada a cabo mediante modelos dirigidos por matronas, proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida y sin efectos adversos, ya que disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo con una mayor sensación de control de la mujer y con una mayor probabilidad de ser atendido por matronas conocidas, así como, una mayor tasa de inicio de la lactancia materna. La tasa de cesáreas y la muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención, además, la satisfacción de la mujer parece mayor. Por ello, el Ministerio recomienda que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de

las matronas, siempre y cuando este se mantenga dentro de los límites de la normalidad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

1.2.3. La importancia de las acciones educativas prenatales dirigidas a las mujeres y familias en el proceso de humanización del parto

Las acciones educativas forman parte de la actividad asistencial de la enfermera. En el área obstétrica se dirige a proporcionar incentivo y apoyo a las mujeres en el proceso del embarazo, parto y puerperio. Las enfermeras obstétricas orientan acerca del pre-parto, la evolución del trabajo de parto, las contracciones uterinas, la posición que puede adoptar la gestante ayudando a la mujer a entender el proceso del parto, para que pueda verlo como algo fisiológico, quitándole miedos. Esto tranquiliza a la mujer, la prepara para tomar decisiones, la capacita para adquirir autonomía y en definitiva le genera una actitud positiva hacia el parto (Velho et al., 2010).

El concepto social de que el parto es una situación de riesgo envuelta de sufrimiento sin sentido y que es un proceso médico se debe cambiar. Por ello, las acciones educativas deben ir orientadas a aproximar a la mujer a esta nueva concepción del parto como algo natural y fisiológico para lo que está perfectamente capacitada, dándole sentido al dolor para que no se derrumbe cuando aparezca; es más, para que tenga una actitud positiva frente al mismo. Si no se realizan estas acciones educativas las mujeres pueden vivir este intento de humanización del parto como algo horrible (da Silva et al., 2011).

La literatura indica que el miedo al dolor del parto depende de cómo se las prepare a las mujeres para el parto durante el periodo prenatal y de la información que reciban. La falta de soporte y de conocimientos durante el periodo prenatal acerca de la fisiología del dolor hace que las mujeres no tengan control sobre su cuerpo y tengan miedo (Behruzi et al., 2011).

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo ya indicaba, entre las Normas dictadas, que el INSALUD fomentaba la psicoprofilaxis obstétrica como medio de

disminuir el miedo y ansiedad de la mujer ante su alumbramiento. También afirmaba que se garantizaría el acceso de las embarazadas junto con su pareja a cursos de preparación psicofísica al parto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

La FAME reconoce, asimismo, la importancia de que las matronas incluyan en las visitas de control de la gestación y/o en los programas de educación para la maternidad la información necesaria para las mujeres y para sus parejas con el fin de ayudarlos a asumir un papel activo en el proceso del parto (FAME, 2007).

1.2.4. Nivel de satisfacción de las mujeres y familias con el modelo de parto humanizado

Hacer que el parto sea una experiencia positiva y satisfactoria para las mujeres es responsabilidad de los profesionales de la salud (Kuo, 2005).

La satisfacción materna se ha evaluado teniendo en cuenta diferentes componentes de la experiencia del nacimiento: la información recibida, el asesoramiento, las explicaciones, el lugar del parto, la preparación al parto y nacimiento, el dolor, así como, la percepción de la elección del método de alivio, y la evaluación del comportamiento del profesional que la atiende. Se observa que la atención al embarazo, parto y puerperio por modelos dirigidos por matronas proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida además de un mayor nivel de satisfacción de las mujeres y sus familias (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Además de ser atendido por matronas, el hecho de que el lugar del nacimiento permita una asistencia individualizada y que el padre u otros miembros de la familia puedan estar creando un ambiente agradable y familiar también aumenta el nivel de satisfacción de las mujeres (WHO, 1996).

Cuando la enfermera obstétrica establece una relación de proximidad y compromiso con la mujer escucha sus deseos, se preocupa de su bienestar, establece un acompañamiento atento, cariñoso y muy satisfactorio según las usuarias (Velho, 2010). Las mujeres manifiestan satisfacción cuando son cubiertas sus necesidades durante el

cuidado prenatal, tanto necesidades físicas como en término de relaciones interpersonales establecidas con los profesionales de la salud (Almeida y Tanaka, 2009).

La satisfacción de la mujer en el parto está relacionada con la ausencia de dolor y el enfrentamiento del dolor está condicionado, a su vez, por el ambiente y el soporte emocional recibido por parte de los profesionales y los acompañantes (Nagahama y Santiago, 2008; WHO, 1996). Se ha visto cómo con un buen soporte emocional la mujer no ha necesitado nada más que métodos no-farmacológicos para el mismo y su experiencia ha sido satisfactoria.

De la misma manera, respetar la decisión de la mujer de tener un parto sin dolor es esencial para cubrir los aspectos humanizados en los cuidados del parto y, además, asegura la satisfacción de las mujeres y familias que quieren ser atendidas en hospitales de alto nivel tecnológico (Behruzi et al., 2011).

CAPÍTULO 2

TEORÍAS FILOSÓFICAS Y DE ENFERMERÍA QUE FUNDAMENTAN LOS DIFERENTES MODELOS DE ATENCIÓN AL PARTO

2.1. EL POSITIVISMO Y LA EXPERIENCIA POSITIVA

El Positivismo es una corriente filosófica que pone a la Ciencia Natural (Física, Biología, etc.) en el centro de la cultura e incluso de la concepción del hombre.

Observamos ya en la ciencia aristotélica cómo toma como saber prototipo la biología y utiliza un principio ordenador fundamental del cosmos: la causalidad final. Por ejemplo: la ley de la gravedad. Aquí la experiencia es una forma de saber espontánea, asociativa, repetitiva y confirmatoria. El observador es neutral. Esta experiencia se corresponde con el modelo del labrador que, por ejemplo, ve unas nubes en el cielo y asocia que las nubes implican que va a llover, pero se mantiene neutral ante este hecho pues las nubes y él no comparten nada, él es imparcial.

Este pensamiento pone las bases de la experiencia en el método científico. La ciencia empírico-matemática se distancia metodológicamente en su versión newtoniana de toda noción de “thelos” (finalidad intrínseca) en la naturaleza. El científico que sigue este modelo de saber debe adoptar también el punto de vista de observador neutral que

mide y observa cuidadosamente los fenómenos naturales hasta encontrar en ellos relaciones numéricas que le permitan predecirlos y controlarlos, sin postular para ello ningún tipo de racionalidad interna a los mismos. Podemos apreciar que esta forma de saber no es espontánea, sino planificada, pues uno no hace los experimentos al azar. Esta experiencia sí es repetitiva, puesto que el experimento es susceptible de repetición. El observador es neutral también porque el experimento puede repetirlo cualquiera confirmando la hipótesis inicial que teníamos. Existe otra diferencia con la experiencia aristotélica y es que aquí la experiencia persigue el control y manipulación de procesos naturales sobre la base de “hechos puros” susceptibles de medida y cuantificación, “descontaminados” de factores e intereses personales. El lema sería “ver para pre-ver”.

Este tipo de experiencia “positiva” ha llevado a un espectacular avance de las ciencias observable en el avance técnico que ha transformado la faz del mundo: la radio y la televisión abren nuevos horizontes a la comunicación humana; el automóvil (1885) y el avión (1903) facilitan intercambios de todo tipo; el cohete y los satélites artificiales inician la “conquista del espacio” (1957, primer Sputnik; 1969 llegada del primer hombre a la Luna). Los avances de la Química abren la “era de los plásticos” (nylon, 1935). Los hallazgos de la Física hacen posibles el rayo “láser”, el cerebro electrónico, el robot o las bombas más temibles. Por su parte, la Biología y la Medicina inscriben en su haber las vitaminas (1911), las sulfamidas (1935), los antibióticos (Fleming descubre la penicilina en 1929), o los órganos artificiales, los trasplantes (1967), a la vez que sus investigaciones sobre la célula o el cerebro abren insospechadas posibilidades, esperanzadoras y a la vez inquietantes.

Se podrían escribir páginas enteras de las cosas buenas que ha traído esta experiencia positiva en el campo de la investigación, así como, otras no tan buenas. Debido a esto los éxitos alcanzados por la ciencia moderna dio alas y popularidad a los planteamientos filosóficos que tomaban como modelo este modo de conocer y lo aplicaban a todos los ámbitos del saber. De ahí surge, por ejemplo, la teoría del “emotivismo moral”, que separa radicalmente los “hechos” de los “valores” y reconoce solo a los primeros carácter “objetivo”, mientras que a los juicios de valor y normativos los tacha de puramente subjetivos y por ello carecen de valor informativo.

Entre los filósofos que adoptaron más radicalmente este punto de vista está D. Hume, quien formuló la llamada “falacia naturalística”. Para Hume, el ámbito de la moral (deber ser) y el de la realidad observable objetivamente (ser) son dos universos incomunicables, y los que pretenden deducir los imperativos de la moralidad de los hechos de la naturaleza cometen una falacia naturalística. Hume separa radicalmente los hechos (observables neutralmente) de las opiniones (campo de las valoraciones subjetivas).

El paradigma racional tecnológico, heredero del positivismo, se caracteriza por ensalzar la objetividad del proceso de la investigación, tanto el sujeto que investiga como el objeto-sujeto investigado (Siles y García, 1995). Según estos autores, después de la inclusión de la enfermería en la Universidad, y por el interés en lograr un reconocimiento científico, sobretodo en el ámbito anglosajón, los pioneros de la enfermería científica adoptaron este paradigma tecnológico. Con la adopción de este paradigma se limitaba el desarrollo de la enfermería a una profesión de servicios, como auxiliar del médico.

Según Siles y García (1995), diversos autores han criticado la adopción de este paradigma tecnicista y burocrático (Merton, Gonnldner, Crozier) e incluso sus supuestas ventajas: la burocratización y la racionalización de los recursos (Siles y García, 1995).

La atención de gran parte de los profesionales sanitarios se centra en este enfoque científico-técnico, heredero del neopositivismo, centrándose el proceso únicamente en el in put y el out put. Lo que se persigue es la eficacia como única meta a alcanzar, sin pararse a entender los factores situacionales y las percepciones de las personas implicadas (Siles y García, 1995). El modelo biomédico de atención al parto se centra en el paradigma racional tecnológico.

2.2. LA HERMENÉUTICA Y LA EXPERIENCIA HERMENÉUTICA

Es evidente la limitación que este modo de saber tiene para la intelección de los fenómenos propiamente humanos, para explicar la acción humana; por eso, surgieron otras corrientes de pensamiento entre las que destaca la Hermenéutica filosófica (con

autores como Dilthey, Heidegger, Gadamer, Foucault) que, entre otras cosas, reivindica la Tradición contraria al prejuicio ilustrado a favor de lo nuevo o lo “moderno”.

El término “hermenéutica” designa una teoría general de la interpretación. Dilthey concibió la hermenéutica como fundamento de las ciencias del espíritu, ya no solo como un conjunto de cuestiones técnicas-metodológicas, sino también “como una perspectiva de naturaleza filosófica que habría de situar en la base de la conciencia histórica y de la historicidad del hombre” (Reale et al., 1991: 555). Heidegger no consideró a la hermenéutica o el “comprender como un instrumento a disposición del hombre sino como una dimensión intrínseca del hombre: “El hombre crece sobre sí mismo, en un haz de experiencias, y cada nueva experiencia nace sobre el trasfondo de las experiencias precedentes y las reinterpreta” (Reale et al., 1991:55).

La Hermenéutica es la disciplina de la interpretación, su intuición más elemental es que la explicación de la acción humana no se atiene al modelo de las ciencias positivas y metódicas, sino más bien al tipo de experiencia compleja que tenemos al contemplar una obra de arte o al leer textos clásicos. La Hermenéutica recupera el Arte y las Humanidades que el Positivismo dejó fuera.

La experiencia humana encierra una riqueza que brota al contemplar una obra de arte (un cuadro, una escultura, etc.) o al leer un texto clásico o al escuchar una pieza musical clásica (Beethoven, Mozart,...), etc. La persona humana en una experiencia de este tipo no puede ser un observador neutral porque así no puede valorar el Arte. Un cuadro artístico no se puede valorar solo por el color, la medida, etc., porque todo eso no dice nada, ese cuadro habla como persona, con todo lo que esa palabra encierra (prejuicios, tradición, historia, mis pensamientos, las preocupaciones que pueda tener,...). La Hermenéutica dice: ¿por qué tengo que poner entre paréntesis mi historia, mis preocupaciones, etc.? El Positivismo dice que, si no eliminas todo esto, no es objetivo, que entra la subjetividad. Lo cierto es que todo esto no se puede desarraigar de la persona humana.

En la experiencia hermenéutica la persona no aparece como un observador neutral, sino como protagonista interesado e intérprete que participa en el proceso que

desea entender. Esta experiencia afecta a la persona, no consiste en confirmar una experiencia previa (sobre todo si es dolorosa), por ejemplo, la muerte de un ser querido. Este hecho desbarata todas las expectativas, a partir de él no le das tanta importancia a las cosas que antes se las dabas, y, desde luego, no es una experiencia que quisieras confirmar.

Una experiencia hermenéutica muy importante es una experiencia interpersonal (como puede ser la de la enfermera-paciente). En este tipo de experiencia no se puede ser observador neutral (al que no le afecta), sino protagonista, pues es una experiencia que afecta a las personas que se relacionan. Esta experiencia interpersonal no me confirma experiencias previas sino que muchas veces consiste en lo contrario, en sorprenderse ante algo inesperado, novedoso. Por ejemplo, el nacimiento de cada persona es un momento único que no te deja de sorprender y por eso no podemos únicamente fijarnos en los aspectos técnicos del mismo porque lo empobreceríamos, es una experiencia que envuelve aspectos humanos tan importantes como la maternidad, la paternidad, el encuentro con esa criatura esperada con tanto entusiasmo durante toda la gestación, etc.

En la experiencia hermenéutica interpersonal acontece “dejar ser” a otro (alteridad), existe otro que me sorprende. Esta relación no es la relación de un sujeto y un objeto, o entre el “yo” y un “algo” impersonal o neutro característico del conocimiento positivo, sino más bien la de un “yo” y un “tú”; por eso, cuando en la experiencia hermenéutica alguien me hable se produce un diálogo. Gadamer dice que lo importante en el comportamiento de los hombres entre sí es que se experimente al tú, o sea, sin dejar pasar por alto sus pretensiones y dejándose hablar por él. Para esto hace falta una mutua apertura porque si no, no puede existir un verdadero vínculo humano. Por esta razón, esta teoría es válida para fundamentar la humanización de los cuidados de enfermería y, en particular, de la asistencia al parto, donde es importantísimo establecer una relación interpersonal de este tipo, en el que se consideren muy importantes los deseos y las expectativas de la mujer y la familia para este momento tan importante de su vida.

El paradigma interpretativo simbólico surge por la necesidad de las ciencias sociales (incluida la enfermería) de explicar la unidad del hombre. La enfermería como disciplina ha adoptado perspectivas integradoras debido a que la dimensión holística ha sido determinante en el proceso de profesionalización de la enfermería como disciplina, ya que aspira a tratar a su objeto-sujeto de forma integral (Siles y García, 1995). Este paradigma explica el modelo humanizado de atención al parto debido a que tiene una visión integral de la mujer y su familia, donde la dimensión holística es determinante en todo el proceso.

Riehl Sisca (1992) intentó adaptar el interaccionismo simbólico al contexto de la enfermería, donde el instrumento de trabajo era la interacción enfermero-paciente dentro de la comprensión fenomenológica. Algunas teóricas de la enfermería se centran en este paradigma: Leiniger destaca en enfermería transcultural partiendo de presupuestos de la antropología y Parse sustenta su obra en la fenomenología desarrollada por Rogers y la filosofía existencial (Heidegger, Ponty y Sartre) (Siles y García, 1995).

Esta metodología permite la comprensión e interpretación como medios de comunicación, lo que permite elaborar teorías válidas para enfermería que consideren el componente pedagógico y social que lleva implícito toda acción de enfermería (Siles y García, 1995).

2.3. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE J. WATSON

El cuidado es una actividad común a los profesionales de la salud, pero es la Enfermería, como profesión sanitaria, la que dedica más esfuerzo, dedicación y tiempo a los cuidados. Es por ello que diversas teorías de enfermería se han preocupado del desarrollo teórico centrado en los cuidados. Esto lo observamos en teóricas como Rogers, Leininger, Parse, Pender y Newman, entre otras. Asimismo, emergen nuevas concepciones teóricas con una visión de cuidados humanos que tratan de orientar la enseñanza y la práctica tradicional de enfermería desde el paradigma de la totalidad, centrado en la ciencia biomédica y concepciones de enfermedad, tecnologías y con un marcado lenguaje medicalizado, hacia otro paradigma: el de la simultaneidad, que se

centraliza en lo que Rogers enuncia como la ciencia de los seres unitarios para enfermería, es decir, una ciencia humana (Urrea et al., 2011).

El entender los fundamentos propuestos por estas teóricas nos permite ver a la Enfermería como una ciencia humana. Entre estas está la teoría de Jean Watson que tiene un enfoque existencialista, humanista y que está basada en las teorías de otros profesionales, entre ellos: Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow y Yalom. En 1979 publicó su primer libro: Enfermería: “The philosophy and science of caring” (la filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría que, según la autora: “emergió desde mi inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes”. Posteriormente, corrigió y completó su sentido original en su libro: “Nursing: Human science and human care” (Urrea et al., 2011).

2.3.1. Conceptos del Metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado de Jean Watson.

- Persona

Watson considera, desde la mirada existencialista, la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente-cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *gestalt*, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería (Walker, 1996).

- Entorno

Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad, pasado, presente y futuro imaginado (Walker, 1996).

- Salud

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado (Walker, 1996).

- Enfermería

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos, y, a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” (Cohen, 1991).

2.3.2. Conceptos clave en la Teoría del Cuidado Humano de Watson.

- a) Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.
- b) Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.
- c) Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener claro dos conceptos básicos:
 - Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente.
 - Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realizar la dignidad humana, así como, el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

- d) Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

2.3.3. Supuestos básicos

Jean Watson basa su teoría en siete supuestos que son:

- El cuidado solo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y, en concreto, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de las necesidades, por tanto, promueve las necesidades a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
- Un ambiente de cuidado es aquel en que se promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es solo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no solo ser un receptáculo de información.

2.3.4. Factores curativos de la ciencia del cuidado (Urre et al., 2011; Pinedo, 2011)

1. “Formación de un sistema de valores humanístico y altruista”, se convierte luego en la “práctica afectuosa, amable y ecuánime dentro del contexto del cuidado consciente”. Watson asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático. Es importante una reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos.
2. Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros.

3. Watson le da gran importancia a la formación en ciencias humanas debido a que brinda las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. Watson por tanto, integra –emulando a Gilligan– el cuidado amable con la ecuanimidad, esto requiere de un desarrollo evolutivo moral, no solo de un desarrollo del conocimiento.
4. “Incorporación de la fe-esperanza”, se convierte luego en “presencia auténtica que permita y contemple el sistema profundo de creencias del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”.
5. “Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás «será declarado más tarde como “el cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales”, que va más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión». Para Watson el ser humano es en primer lugar un ser que siente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar, disimular sus sentimientos. Estos sentimientos forman parte de los procesos que vivimos como seres humanos.
6. Un ejemplo de esto sería: ¿Es prudente evitar que una madre mire el rostro de su hijo que ha nacido muerto? Con esta práctica solo aumentará el dolor, y negará la evidencia que iniciará el duelo. Esta práctica se apropia del dolor de otro, impide su libre expresión por desgarradora que sea. El duelo de esta madre es personal, forma parte de su vida y no le atañe al personal sanitario evitarlo. En estas ocasiones, el silencio, el respeto y un abrazo son más útiles; y, por cierto, más humanos. Por tanto la expresión de los sentimientos es una forma de empatía con otros que trasciende el propio yo.
7. Las conductas de evitación también son habituales, como el temor a enfrentarse al paciente que va a morir. Watson destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación en valores. El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, así como la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y la esperanza. El desarrollo de

la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme desvelar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor.

8. “Desarrollo de la relación de cuidados humanos, de ayuda y confianza”. El cuidar la relación humana se convierte en “desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: las enfermeras /os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual “contestador telefónico”; en segundo lugar, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental.
9. La relación de cuidado está basada en la creencia de que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza de que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal.
10. “Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos”. Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un “estar presente y promover la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. Por ejemplo: situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la

comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser de cuidado.

11. “Uso de procesos creativos para la solución de problemas del proceso asistencial” se convierte en: “proveer de un entorno de soporte y protección a nivel mental, físico, social y espiritual, potenciando el confort, la dignidad y la paz”. Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, al cual Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería. Este proceso de enfermería se suele convertir en un proceso mecánico, que normalmente no está centrado en el paciente sino en la patología. Si se agrega esto a un deficiente profesionalismo, que no permite delimitar el campo propio de realización de enfermería, sino que se refiere al campo biomédico y que no hace posible la autonomía y la creatividad.
12. Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto, el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar teorías nuevas. En resumen, es vital desarrollar un marco de conocimiento respecto al cuidado.
13. “Promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal” Luego deriva a: “administrar cuidados fundamentales contemplando el cuerpo, la mente y el espíritu”. Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se

brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o evitar. La educación en salud, efectuada por los profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. La educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que, según Watson, es difícil de obtener si no se incorporan nuevos paradigmas.

14. “Disposición para la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual, sociocultural y de apoyo” se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”. Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.
15. “Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas”. Las que posteriormente llama: “la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”. Watson afirma que los factores socioculturales afectan a todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.
16. “El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”. Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La

fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de las necesidades.

17. La Teoría de Watson potencia el sentido de la interacción entre enfermera y paciente que intenta resolver problemas de forma positiva desde una concepción holística de la persona (Pinedo, 2011: 139).
18. Por otra parte, la Teoría del Cuidado Humano de J. Watson intenta preservar “el cuidado”, pieza clave de nuestra profesión enfermera. Esta parte del humanismo existencial que tiene en cuenta la globalidad de la experiencia de la persona en un momento puntual de su existencia y también su espiritualidad (Pinedo, 2011: 140).
19. Un concepto dinamizador de la teoría de Watson es el momento “Caring”, este es el momento en que se produce el contacto con la otra persona, para este momento no hay ni tiempo ni espacio. Según Watson es un momento especial y se deben utilizar acciones, lenguaje verbal y no verbal, sentimientos, pensamientos, intuición y tacto para conectar de forma adecuada con las personas (Watson, 1988; Pinedo, 2011).

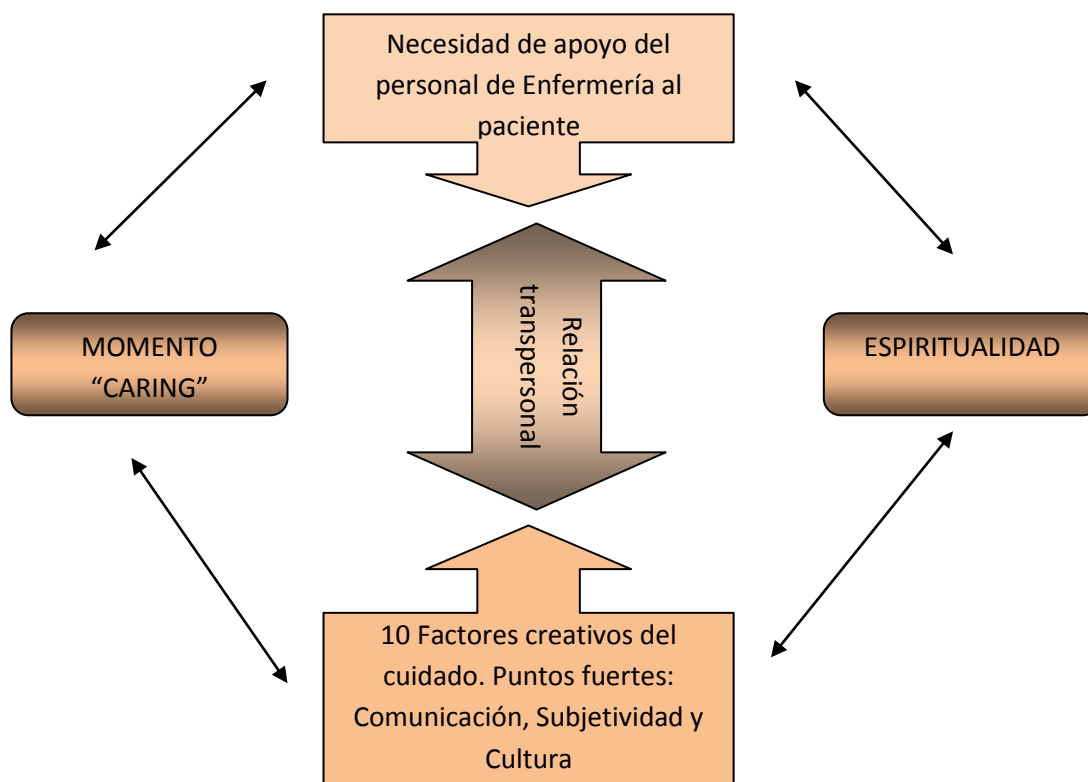


Figura 3. Modelo Conceptual de Watson. Modelo Adaptado al profesional de Enfermería durante la intervención con los pacientes (2007).

Como dice la Dra. M^a Teresa Pinedo (2011):

“La teoría de Watson surge, en parte, como respuesta a una observación de los continuos cambios producidos en las organizaciones sanitarias, con un enfoque excesivamente médico, técnico y, a su vez, económico, que va en detrimento de los valores del cuidado y de la Enfermería. Por tanto, considera que es necesario humanizar los cuidados –núcleo de nuestra profesión– ya de por sí sumergidos en un sistema de salud burocratizado, proporcionando un sistema de valores que contribuya a fomentar una profesión más social, moral y científica, relacionada con un compromiso hacia los cuidados humanos en la teoría, en la práctica y en la investigación” (Watson, 1988).

CAPÍTULO 3

MARCO LEGAL

3.1. LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) se contemplan derechos fundamentales de todos los miembros de la familia que deberían ser respetados con el fin de salvaguardar la dignidad y el valor de toda persona humana:

Destaca el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona (Art 3). Esto se intenta realizar en la asistencia humanizada al parto, donde se intenta respetar la libertad de la mujer y la familia y, al mismo tiempo, generar un clima de seguridad con los mejores resultados perinatales.

Declara que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el Estado (Art 16). El modelo humanizado del cuidado pone a la familia como el centro del cuidado, intentando protegerla y respetarla. Los gobiernos al fomentar esta forma de cuidado también la protegen.

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y de religión (Art 18) y también a la libertad de opinión y de expresión (Art 19). Esto nos debe llevar a respetar las diferentes creencias, culturas y valores de las mujeres y familias en su proceso de parto, lo cual, favorece la implantación del modelo humanizado en el parto.

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (Art 25.1). En concreto la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales (Art 25.2). Entre los objetivos del parto humanizado está que el parto sea saludable y que favorezca el bienestar de la

mujer, el recién nacido y la familia, a través de cuidados especiales para esta etapa tan importante de sus vidas.

3.2. LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La Declaración de los Derechos de Niño (1959) considera que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento:

En el principio nº 4 de esta Declaración, dice que el niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

También incide en el hecho de que el niño de corta edad no deberá separarse de su madre, salvo en circunstancias excepcionales (Principio 6). Esto se fomenta en el parto humanizado en el que se intenta separar al recién nacido de su madre, salvo que exista algún problema.

3.3. DERECHOS DE LA FAMILIA

La preocupación por el respeto de los derechos de la familia y las mujeres embarazadas se ve en otros documentos redactados tanto a nivel internacional como europeo:

- Las Naciones Unidas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) reconoce algunos derechos humanos básicos en lo que concierne a la vida familiar y profundiza en los derechos de las madres embarazadas, licencia por maternidad y seguridad social.
- El Consejo de Europa en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950), generalmente conocido como el Convenio Europeo de los Derechos Humanos (CEDH), protege los derechos al respeto de la vida privada y familiar, al hogar y la correspondencia (artículo 9).

- La Carta Europea Social (1961) en su artículo 16 establece el derecho de la familia a tener protección social, jurídica y económica incidiendo en temas de derechos de maternidad, beneficios sociales para las familias, etc.

3.4. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

En España, vemos como este proyecto de humanización de los cuidados es contemplado también a nivel legislativo, velando por el respeto a la autonomía, a la intimidad y dignidad del paciente y la familia:

- La Constitución Española: en su artículo 43, se reconoce el derecho a la protección de la salud. Afirma que los poderes públicos deben organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, las prestaciones y servicios necesarios. Los poderes públicos también fomentarán la educación sanitaria.
- La Ley General de Sanidad: esta constituyó un paso decisivo para desarrollar el sistema sanitario a nivel nacional y su objetivo es hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Española. Entre los derechos de los usuarios que aparecen en el Art. 10 de la LGS, se destacan los siguientes, ya que hacen referencia al tema que nos ocupa:
 - Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
 - A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder.
 - A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
- La Ley 41/2002 contempla:
 - Capítulo II: derecho a la información sanitaria. Esta información debe abarcar como mínimo, finalidad y naturaleza de la intervención, riesgos y consecuencias. El titular de derecho a la información es el paciente, que es quien debe permitir de manera expresa o tácita la información de las personas a él vinculadas, sea por razones familiares o de hecho.
 - Capítulo III: derecho a la intimidad y a la confidencialidad.
 - Capítulo IV: respeto a la autonomía del paciente.
- Código Deontológico de la Enfermería Española:

- Capítulo II:
 - Artículo 4: La enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos.
 - Artículo 5: Consecuentemente las enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado.
 - Artículo 6: Las enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.
 - Artículo 10: Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.
- Capítulo III:
 - Artículo 14: Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de inferencias arbitrarias en su vida privada, en su familia, su domicilio.
- Capítulo V:
 - Artículo 31: El personal de enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en desarrollo de los diferentes programas con ese objetivo.
- Capítulo VII: El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social.
 - Artículo 38: Las enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niños.
 - Artículo 40: En el ejercicio de su profesión la enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

▪ Capítulo X:

- Artículo 52: La enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.
- Artículo 53: La enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Como dice el prólogo del Código Deontológico: «Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica, debe centrar los cuidados en el paciente velando por sus derechos, promoviendo su salud y su bienestar». Haciendo esto lo que hace el enfermero/a es humanizar el cuidado y en el caso de la matrona o enfermera con la especialidad obstétrico- ginecológica, la atención al parto.

CAPÍTULO 4

LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

4.1 CONCEPTO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

A mediados de la década de los 60, comienza a existir una preocupación por conocer los aspectos relacionados con la satisfacción, entendida en términos globales, quizá por la importancia que fue adquiriendo la denominada «calidad de vida». E. Koos (1954) y A. Donabedian (1966) fueron los primeros en referirse a la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la interacción entre profesional de la salud y paciente.

Hulka et al. (1970, 1975) entienden que la satisfacción del paciente se compone de la suma de la satisfacción con la competencia profesional del médico, de su cualidad personal y de los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos.

En 1978, Cafferata y Roghmann sugirieron que la satisfacción del usuario puede ser mejor entendida como un input a esa interacción, entendiendo que se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y que condiciona su conducta ante el profesional de la salud. Según estos autores, la satisfacción condiciona la utilización futura de los servicios sanitarios.

La definición de Linder-Pelz de satisfacción se apoya en la teoría socio-psicológica sobre satisfacción del consumidor, basándose en el modelo de Fishbein y Ajzen (1974), en la que la expresión de satisfacción se equipara con una actitud, una respuesta afectiva, que está relacionada con la creencia de que el cuidado posee ciertos

atributos –componentes/dimensiones– y la satisfacción del paciente llega a ser definida como las evaluaciones positivas de las distintas dimensiones del cuidado en materia de salud: el cuidado recibido en una simple visita clínica, tratamiento a lo largo de un episodio de enfermedad, un plan de cuidado de salud particular o el sistema de salud en general (Linder-Pelz, 1982).

Ware et al. (1983) construyeron un concepto de satisfacción del paciente. Hizo la distinción entre relatos objetivos sobre la satisfacción acerca de los proveedores y el cuidado (por ejemplo, tiempos de espera) y grados de satisfacción que refleja una evaluación personal del cuidado que no puede ser conocida por observación directa del cuidado. Los grados de satisfacción hacen referencia a tres variables: preferencias personales del paciente, las expectativas del paciente y las realidades del cuidado recibido.

Pascoe (1983) definió la satisfacción del paciente como una reacción del que recibe el cuidado de salud sobre aspectos sobresalientes de su experiencia del servicio. En su formulación se asume que la satisfacción consiste en una evaluación cognitiva y una reacción emocional hacia la estructura, proceso y resultado de los servicios.

Carr-Hill especificaba que la satisfacción humana es un concepto complejo que está relacionado con una serie de factores entre los que se incluyen el estilo de vida, experiencias anteriores, expectativas futuras y los valores del individuo y de la sociedad (Carr-Hill, 1992). Carr-Hill probó que la satisfacción con la atención médica está influenciada por el grado en que la actuación médica se corresponde con la expectativa del paciente. Por ello, afirmó que el concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido (Caminal, 2001).

Mira et al. consideraban que el esquema general dado por Donabedian estaba todavía vigente, de tal forma que ellos entendían la satisfacción del paciente como una medida de garantía de calidad, como un resultado puntual de la asistencia sanitaria prestada por un profesional, por un dispositivo sanitario, o por la red sanitaria en su conjunto; si bien ellos consideran que más que un aspecto objetivo de esa calidad,

cabría hablar de calidad sentida, o de los aspectos subjetivos de la calidad de la asistencia (Mira et al., 1992).

La satisfacción es un concepto multidimensional (Bowers et al., 1994) cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta de crónicos, urgencias, etc.), más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que, conceptualmente, puede explicarse por la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave (Mira y Aranaz, 2000).

Caminal afirma que una de las dificultades del análisis de la satisfacción radica en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de su naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. Es decir, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los distintos espacios socioculturales en los que se manifiesta y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella. Según esta autora, la satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social (Caminal, 2001).

Tasso et al. (2002) afirman que la satisfacción del paciente constituye una medida del resultado de la asistencia sanitaria, a la que se ha relacionado directamente con la mejora del cumplimiento terapéutico del paciente, del empleo de seguridad social o de la continuidad de cuidados.

4.2 DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En un principio hubo autores que identificaron la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de información recibida por parte del médico. Ley y Spelman (1967) basan el criterio de satisfacción versus insatisfacción en la comunicación con el paciente.

Pero cuando se vio que la satisfacción era un concepto multidimensional, se comenzaron a proponer las diferentes dimensiones de la satisfacción. Entre los autores más importantes que identificaron las dimensiones de la satisfacción encontramos:

- Abdellah y Levine (1965) intentaron una identificación de los componentes claves proponiendo los siguientes: suficiencia de facilidades, efectividad de la estructura organizacional, cualificación profesional y competencia del personal, y el efecto del cuidado en los consumidores.
- Hulka et al. (1970): citó la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los costes e inconvenientes de los cuidados prescritos.
- Risser (1975) en una revisión sobre los estudios de satisfacción realizados entre 1957-1974 sugirió cuatro componentes de la satisfacción: coste, conveniencia, las cualidades personales de los proveedores y la naturaleza de las relaciones interpersonales, la competencia profesional de los proveedores, y la calidad percibida del cuidado recibido.
- Ware y Snyder (1975) hablaron de: accesibilidad /conveniencia de los cuidados, disponibilidad de los recursos, continuidad de los cuidados, eficacia/resultado de los cuidados, financiación y humanización, prestación de información al paciente, posibilidad de acceso a la información, competencia profesional, y ambiente favorecedor de los cuidados.
- Wolf et al. (1978) consideraron tres dimensiones a la hora de hablar de satisfacción del paciente: cognitiva, cantidad, tipo y calidad de información que da el médico; afectiva, interés y comprensión que demuestra; y comportamental, sobre las habilidades y competencias clínicas del médico.
- Ware et al. (1983) presentó una taxonomía más definitiva con ocho dimensiones:
 - Manera de ser en las relaciones interpersonales: rasgos de la forma en que los proveedores interactúan personalmente con los pacientes (p. ej. con respeto, cortesía, amistosamente, preocupado o inquieto).
 - Calidad técnica del cuidado: competencia de los proveedores y adherencia a altos estándares de diagnóstico y tratamiento (p. ej. meticulosidad, precisión, riesgos innecesarios, cometer errores).

- Accesibilidad/ conveniencia: factores relacionados con mejoras para recibir el tratamiento médico (tiempos de espera, facilidad para acceder al proveedor).
 - Financiación: factores relacionados con el pago de los servicios médicos.
 - Eficacia/resultados del cuidado: se refiere al resultado de los servicios prestados (progreso o mejoría, mantenimiento de la salud).
 - Continuidad del cuidado: constancia en el proveedor o localización del cuidado.
 - Entorno físico: características del lugar en el que el cuidado se lleva a cabo (p.ej. claridad de las señales y direcciones, facilidades en orden y en el equipo, atmósfera agradable).
 - Disponibilidad: presencia de recursos de cuidado médico (p.ej. bastantes facilidades y proveedores médicos).
- Pascoe y Attkinson (1983) encontraron que las dimensiones más importantes eran: el comportamiento de médicos y enfermeras, resultados clínicos, el grado en que el alcance de los servicios ofrecidos se equiparaba con las necesidades percibidas, las actitudes del personal auxiliar, accesibilidad y finalmente los tiempos de espera.
 - Feletti et al. (1986), tras revisar los criterios de autores como Hulka, Wolf y Ware, construyen un cuestionario de satisfacción que intenta explorar diez dimensiones distintas: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción por parte del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente. Estos autores llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes son: comunicación, explicaciones claras, intimidad en la conversación, que se escuche con interés; actitudes profesionales, no adoptar un papel dominante; competencia técnica, los conocimientos propios de su especialidad; clima de confianza, paciente capaz de

discutir con el médico problemas personales; y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

- Abramowitz et al. (1987) propusieron diez áreas claves para el cuidado en el hospital: cuidado médico, fondos económicos para gastos domésticos, cuidado de enfermería, ayuda de las enfermeras, explicaciones del equipo sobre los procedimientos y tratamientos, nivel de ruido, la comida, la limpieza, la prestación de servicios y la calidad en general.
- Hall y Dornan (1988) realizaron un meta-análisis de 221 estudios de satisfacción del paciente en el medio anglosajón donde encontraron que se evaluaban las siguientes dimensiones: humanización en la asistencia, información facilitada, calidad de la atención en su conjunto, satisfacción en general, competencia técnica, procedimiento burocrático, accesibilidad o disponibilidad, costo del cuidado, facilidades de tipo físico, continuidad del cuidado, resultado del cuidado y manejo de los problemas no médicos.
- Rubin (1990), en una revisión de estudios de satisfacción del paciente ingresado en el hospital, encontró los siguientes componentes importantes: el cuidado de enfermería, cuidado médico, comunicación, sala administrativa, entorno físico de las diferentes salas del hospital y procedimientos llevados a cabo.
- Baker (1991) identificó cinco componentes de la satisfacción en U.K. en el sector de Atención Primaria de Salud: continuidad del cuidado, accesibilidad al centro de atención sanitaria, calidad del cuidado médico, infraestructura del centro sanitario y disponibilidad de los médicos.
- McIver (1991) propuso como componentes críticos: la accesibilidad, tiempos de espera, entorno físico de la sala de espera, actitud del personal y la información dada al paciente (Sitzia & Wood, 1997).
- Williams y Calnan (1991) intentaron valorar la importancia relativa de varias dimensiones de la satisfacción en diversos entornos de prestación de cuidados de salud en U.K. (medicina general, dentistas y pacientes ingresados). Independientemente del contexto médico, los criterios más importantes fueron: la competencia profesional y la naturaleza y calidad de la relación del paciente y el profesional de la salud.

- Meredith et al. (1993) propusieron, en el ámbito de la cirugía, como elementos claves de la satisfacción del paciente: expectativas, comprensión, participación, información y consentimiento informado, percepción del riesgo y preferencia.
- Strasser et al. (1993) afirman que la satisfacción depende de cómo haya sido atendido el paciente, pero también de las expectativas que posea sobre cómo debería haber sido atendido y, también, del valor que tengan para él cada una de las distintas dimensiones y elementos de la atención sanitaria.
- Mira et al. (1999), en un estudio realizado mediante metodología cualitativa, aplicando la técnica Delphi, jerarquizaron la importancia relativa atribuida a los distintos aspectos del cuidado y encontraron que los más importantes eran: la atención que brindaban los profesionales, que éstos les mostraran a los pacientes un claro interés por resolver sus problemas, ofrecieran un trato personalizado y, además, que los pacientes perciban que la competencia profesional del personal sanitario es alta.
- Mira et al. (2002) realizaron un estudio cualitativo combinando técnicas de grupo focal y grupo nominal en 10 hospitales y 4 centros de salud, y observaron que se consideraban causas de satisfacción: el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de información recibida, y el confort de las instalaciones.
- Dierssen-Sotos et al. (2009) realizaron un estudio de corte transversal mediante encuesta telefónica donde vieron que la valoración más positiva se relacionó con aspectos relacionados con la información en diferentes vertientes como: información clínica, información general, identificación del profesional, mostrando estos aspectos una fuerte asociación con la alta satisfacción.

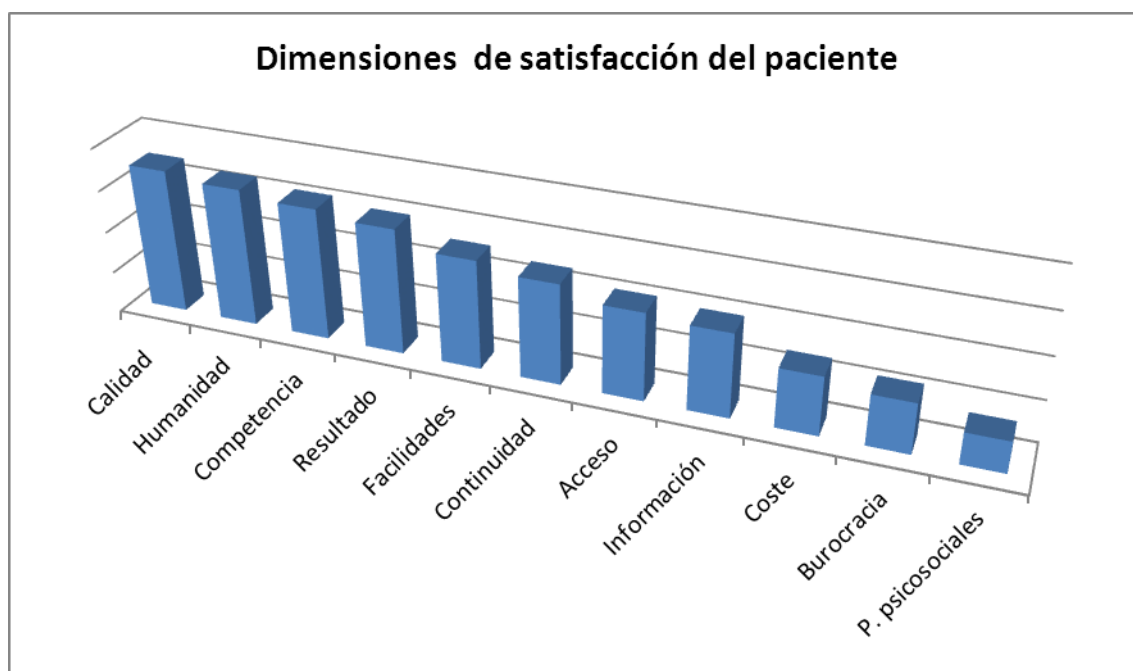


Figura 4. Representación gráfica del resultado del meta-análisis de Hall y Dornan sobre las dimensiones de la satisfacción del paciente.

La Figura 4 representa un resumen de este meta-análisis sobre la puntuación de cada una de las dimensiones evaluadas en las encuestas de satisfacción de los estudios revisados (N: 221) por Hall y Dornan. Como vemos en los 11 aspectos del cuidado médico valorados existe una importancia jerárquica (Mira et al., 1992), destacando entre los primeros puestos: la calidad en general, la humanidad, la competencia y el resultado. Llama la atención el hecho de que la información se encuentre entre las cuatro últimas dimensiones cuando anteriormente había sido identificada la satisfacción con la cantidad y calidad de información recibida.

4.3 LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SU EVALUACIÓN

4.3.1 Concepto de calidad de la Atención Sanitaria

Un grupo de expertos de la OMS redactó un informe donde reflejaba que la calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes:

1. Adecuación: relaciona la disponibilidad de los servicios con las necesidades de los usuarios.
2. Eficiencia: relaciona los resultados conseguidos con el coste.

3. Calidad Científico-Técnica: se refiere a la competencia de los profesionales para utilizar la tecnología más avanzada puesta a su alcance.

Otros autores añaden algunos componentes más como:

- Accesibilidad: es la facilidad para recibir la atención sanitaria que se precisa.
- Satisfacción: tanto del profesional (cliente interno) como del usuario (cliente externo).
- Efectividad: relaciona el grado de consecución de los objetivos marcados, en condiciones de aplicabilidad reales.
- Seguridad: grado en que la asistencia sanitaria que se presta esté exenta de riesgos para los usuarios y los trabajadores.
- Continuidad: que la atención se preste de una forma ininterrumpida.
- Equidad: tratamiento igual para necesidad igual. Es decir, todo individuo con la misma necesidad deberá recibir el mismo tratamiento con independencia de su posición social, su riqueza, su raza o ideología política, etc.

4.3.2. Evaluación de la calidad de la Atención Sanitaria.

El interés por la calidad en el mundo sanitario comienza con Florence Nightingale (1820-1910), con sus estadísticas sobre mortalidad hospitalaria en la guerra de Crimea, teniendo en cuenta la higiene, la alimentación, los cuidados y cómo influían estos factores en la mortalidad de los pacientes (Cohen,1984).

Donabedian es el padre de la aplicación de la ciencia a la calidad del mundo sanitario. Él dice que la producción de servicios de salud se divide en tres componentes:

1. Estructura: recursos humanos y materiales (instalaciones y equipamiento).
2. Proceso: actividades que se realizan y cómo son realizadas por los profesionales.
3. Resultado: es el producto obtenido. Donabedian lo señaló como el aspecto más importante y enfatiza que un resultado no es simplemente una medida de salud, bienestar o cualquier otro estado; es un cambio en el estado de salud actual y futura del paciente que puede ser confidencialmente atribuido a su cuidado anterior (Donabedian, 1966, 1980).

Para la evaluación de la calidad se pueden utilizar datos de estructura, de proceso y de resultado, aunque la aproximación más completa a la evaluación de la calidad asistencial es la basada en datos de resultado, debido a que son los únicos directos. Pero

dado que los datos de resultado tienen una dependencia multifactorial se utilizan más los datos de proceso siempre que se haya establecido que determinados procedimientos usados en situaciones específicas están claramente asociados con buenos resultados; así, la mera presencia o ausencia de estos procedimientos en estas situaciones puede ser aceptada como una prueba de buena o mala calidad.

4.3.2.1. Análisis de la Estructura.

El análisis de la Estructura nos dice de qué recursos disponemos para poder prestar una atención de calidad, pero no nos informa de si funciona bien o mal un servicio o un centro; es por ello un método indirecto de evaluación de la calidad. Los elementos de la Estructura son:

- La estructura física: son los medios materiales.
- La estructura de la organización: comprende las directrices, los protocolos, los procedimientos, las relaciones con otros departamentos, etc.
- Los recursos humanos: se refiere al número, cualificación, titulación, etc., del personal sanitario.

La evaluación de la Estructura realizada en las instituciones se denomina Acreditación y consiste en la adecuación de la institución para poder realizar determinadas actividades (docencia, trasplantes...). La Acreditación es un proceso voluntario solicitado por las instituciones y dependiente del Ministerio de Sanidad y Política Social.

4.3.2.2. Análisis del Proceso

La evaluación del proceso evalúa el trabajo de los profesionales, es decir, las actividades realizadas y cómo se han realizado (si el procedimiento empleado es útil y correcto).

La fuente de información utilizada para evaluar el proceso suele ser la historia clínica y los registros de los pacientes. La herramienta utilizada en la evaluación es la Auditoría de historias (Audit Médico), que se basa en contrastar la atención prestada con un modelo establecido por una comisión de expertos. La auditoría puede ser

externa, si la realizan personas ajenas a este o interna, si la realiza el propio personal del centro.

4.3.2.3. Análisis de los Resultados

Evalúa los resultados obtenidos (por ejemplo, cambios en el estado de salud), fruto de las actividades realizadas por la institución. Mediante la evaluación de los resultados valoramos el grado de realización de los objetivos propuestos. Los resultados se evalúan en relación con:

1. Los costes ocasionados.
2. La satisfacción de los usuarios.
3. El rendimiento de las actividades realizadas por los profesionales

Florence Nightingale fue una precursora de las medidas de rendimiento, en sus estudios sobre las estadísticas hospitalarias y tasas de mortalidad. Ella ayudó a promover lo que era entonces una idea revolucionaria, que los fenómenos sociales podían ser objetivamente medidos y expuestos al análisis matemático. Fue elegida como miembro de la “Royal Statistical Society” debido a la calidad de las estadísticas que realizó en Crimea. Fue pionera en la representación de los datos estadísticos y se le atribuye el desarrollo de una forma de gráfico circular hoy conocida como diagrama de área polar o como diagrama de la rosa de Nightingale (Fig. 5). Este equivale a un moderno histograma circular y con él trató de ilustrar las causas de mortalidad de los soldados en el hospital militar que dirigía en Crimea.

Ella fue innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar, aprender y mejorar la práctica médica. Desarrolló una Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes.

Del mismo modo, elaboró planes para la educación médica militar que fueron publicadas en 1858 bajo el nombre de “Notas sobre cuestiones relativas a sanidad, la eficacia y la administración de los hospitales en el Ejército Británico”.

Fue requerida como consultora sobre salud de la armada para el gobierno de los Estados Unidos de América. De la misma manera, respondió a la solicitud de consejo de

la Oficina de Guerra Británica, sobre cuidados médicos en Canadá. En sus últimos años realizó un exhaustivo informe estadístico acerca de las condiciones sanitarias en las zonas rurales de la India y lideró la introducción de mejoras en la atención médica y del servicio de salud pública en ese país. Tras revisar los resultados obtenidos después de su estudio se vio una disminución de la mortalidad entre los soldados de la India de 69 a 19 por cada mil.

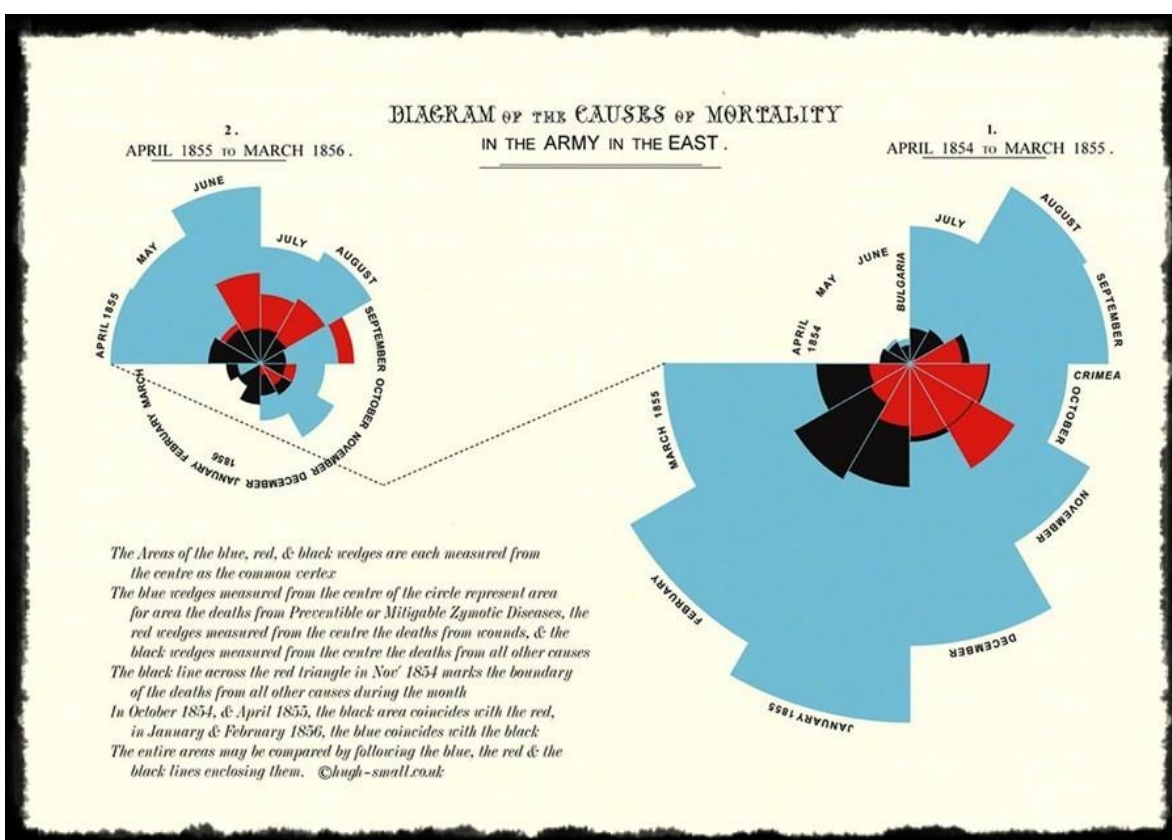


Figura 5. Diagrama de las causa de la mortalidad del ejército en el Este, por Florence Nightingale

Florence Nightingale promovió el establecimiento y el desarrollo de la enfermería como profesión, la educación formal para las enfermeras y debido a sus aportaciones como reformadora, estadística, administradora e investigadora contribuyó al desarrollo de la enfermería moderna.

Los cuidados de enfermería constituyen una parte fundamental dentro del contexto de la atención sanitaria y por ello influyen en la calidad global de la misma (Mompart García, 2003: 160). Entre los aspectos a considerar para valorar la calidad de los cuidados de enfermería tendríamos (Mompart García, 2003: 160):

- La importancia de las acciones enfermeras y sus repercusiones en el estado de salud de los usuarios, es decir, en su bienestar.
- Aplicación de las consideraciones de coste, eficacia, eficiencia, adecuación y otros aspectos a las acciones de enfermería.
- Las enfermeras, en la actualidad, son capaces de actuar con autonomía en las instituciones modernas de salud, y dicha autonomía no es posible si no se acompaña de la seguridad y calidad de sus servicios.

4.4. LA SATISFACCIÓN COMO MEDIDA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL E INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS

4.4.1. Consideraciones éticas por las que se debería incluir la satisfacción como una medida de la calidad asistencial (Vuori, 1987)

4.4.1.1. Ideal hipocrático

Hipócrates escribió: “Donde hay amor al hombre, hay también amor al arte”. Según Vuori (1987), él enfatizó igualmente que por encima de todo la medicina no debería ser perjudicial (primero no hacer mal). Estos máximos incorporan que el principio de bienestar del paciente debería ser la principal preocupación del cuidado de salud y reflejan la norma ética para incluir la satisfacción del paciente en la valoración de la calidad del cuidado.

4.4.1.2. Valores democráticos

En las sociedades democráticas, se cree que aquellos que se ven influidos por una decisión deberían tener voz en esa decisión cuando esta sea tomada. Este principio de participación de la comunidad es una de las piedras angulares del programa de la Organización Mundial de la Salud, “Salud para todos”, así como para los objetivos y

políticas de la atención primaria de salud (WHO, 1978,1981). La OMS definió la “salud” como un estado de completo bienestar mental, social y físico. Según Vuori (1987), estar insatisfecho –sentir que tus necesidades y deseos no son tenidos en cuenta– no es una característica de un estado de bienestar mental completo y es además un signo de calidad pobre en el cuidado.

4.4.1.3. Los derechos de los pacientes

El consumismo es, de alguna forma, una variedad de participación comunitaria según Vuori (1987). Por ello, los consumidores tienen el derecho de decidir lo que ellos quieren. Incluso, pueden hacer juicios sobre los hechos que tengan relación con ellos, incluyendo la calidad de los servicios adquiridos. Los economistas de la salud han enfatizado que el cuidado de salud es una industria de servicios, y los consumidores de los servicios de salud han adoptado rápidamente este punto de vista. A los proveedores de los servicios de salud se les aconseja atender a las necesidades y los deseos de los consumidores si quieren continuar proveyendo dichos servicios.

4.4.2. Cambios filosóficos que llevan a la necesidad de adoptar la satisfacción como medida de la calidad asistencial (Vuori, 1987)

4.4.2.1. De la concepción filosófica del individualismo al utilitarismo

En el pasado, la garantía de calidad era, a menudo, una actividad elitista, basada en el ethos profesional y el propio interés. Aspiraba al aumento de la calidad del trabajo de los profesionales de la salud. Ahora el propósito es hacer el mayor bien al mayor número de personas, para introducir la responsabilidad social en el cuidado de la salud. La participación de la comunidad y el consumismo, ha dado un fuerte empuje a este desarrollo. Una de las mayores consecuencias de este cambio es que la calidad no es un ideal absoluto sino un concepto funcional. Como una industria, la calidad es la capacidad de un producto de satisfacer el propósito que se pretende y, además, al menor coste posible. Por otro lado, la garantía de calidad tiene como objetivo conseguir la excelencia, no a cualquier coste, sino la calidad óptima (Vuori, 1980, 1982). Esto es lo que ha hecho que los profesionales manifiesten hostilidad hacia la garantía de calidad, perciben que están perdiendo el control sobre sus actividades.

4.4.2.2. Del concepto biológico de la enfermedad a un concepto de experiencia de la enfermedad

Las ciencias sociales y del comportamiento consideran las experiencias subjetivas igual como los cambios corporales o las cifras sanguíneas. La OMS ha contribuido a este cambio psicológico enfatizando el bienestar social y mental en su definición de salud.

Las personas se definen de enfermas o sanas en base a sus sentimientos subjetivos y no a los hallazgos objetivos externos y ellos ejercen una influencia en el curso del tratamiento: deciden cuando buscan el cuidado de salud, los síntomas que reporta, y si cumple o no con el tratamiento sugerido. Sus experiencias pasadas conformarán sus relaciones futuras con los proveedores de cuidados de salud. Por ello, no tiene sentido atender solo los resultados objetivos sabiendo que los factores subjetivos influyen en el resultado de salud.

Los cambios objetivos en los modelos de enfermedad tienen asimismo un impacto en las medidas de calidad del cuidado. Hay un aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas experimentando estadios terminales de enfermedad. A pesar de que la medicina no puede curar a estos pacientes, el sistema de salud puede todavía servirles y satisfacer sus necesidades. Para poder hacerlo, tienen que conocer sus necesidades y experiencias. Por ello, se necesita la medida de la satisfacción del paciente.

4.4.2.3. La satisfacción como medida de la calidad asistencial

La relación médico-paciente ha cambiado en los últimos años debido al consumismo que lleva implícito el que los consumidores tienen derecho a decidir lo que quieren y, de igual forma, el usuario de los servicios sanitarios que pasa de tener un rol pasivo a tener un papel activo en la toma de decisiones sobre su salud. Como consecuencia, la opinión del paciente pasó a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que se debe escuchar para aumentar la calidad de la asistencia sanitaria (Vuori, 1987; Mira y Aranaz, 2000). Así, la definición de calidad se ve modificada viéndose

que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacción de las necesidades de sus clientes (Caminal, 2001).

Según Vuori (1987) existen tres formas en que la satisfacción del paciente puede ser incluida en las valoraciones de la garantía de calidad:

- Como un atributo de calidad del cuidado, como un resultado, legitimado y deseado. Simplemente, el cuidado no puede ser de alta calidad a menos que el paciente esté satisfecho.
- Como un indicador de calidad del cuidado, reflejando los puntos de vista de los pacientes con el cuidado recibido.
- Como un pre-requisito de calidad del cuidado, como Donabedian había sugerido, que los pacientes satisfechos es más probable que colaboren efectivamente con sus cuidadores y acepten y se adhieran a sus recomendaciones. La satisfacción también influye en que el paciente acceda a los servicios porque el paciente satisfecho es más probable que busque los servicios de nuevo (Donabedian, 1980).

Existen tres áreas de cuidado con características cualitativas, mensurables que pueden influir en la satisfacción del paciente según Vuori (1987):

1. La ciencia de la medicina (aspectos técnicos /instrumentales del cuidado)
2. El arte del cuidado (aspectos expresivos y de comunicación del cuidado)
3. Las comodidades de la asistencia (the amenities): Donabedian añadió esta dimensión del cuidado y se refiere a las propiedades del entorno en que se provee el cuidado así los pacientes pueden manifestar satisfacción (o insatisfacción) acerca de las condiciones en las que el cuidado se lleva a cabo. Pero entre las comodidades de la asistencia pueden estar también las propiedades del cuidado en sí mismo, como confort, privacidad, cortesía, prontitud y la predilección (Donabedian, 1980).

Para Vuori (1987), los pacientes son las autoridades últimas en los criterios de un buen cuidado en todos los aspectos no técnicos y sus valores y expectativas deberían ser

factores decisivos cuando se valoran las relaciones interpersonales en el cuidado de salud.

4.4.2.4. La satisfacción como instrumento de evaluación de la calidad asistencial

La medida de la satisfacción se ha visto que es un instrumento útil para evaluar las intervenciones realizadas en los servicios sanitarios debido a que proporciona información sobre la calidad percibida por los ciudadanos (Vuori, 1987). Usado adecuadamente puede ser un instrumento bueno para modular y adaptar los servicios a las necesidades expresadas por los usuarios de los servicios sanitarios y, en definitiva, de la sociedad a la que representan, siendo un excelente testigo de los cambios culturales y de las preferencias de la población (Caminal, 2001).

Según Sitzia y Wood (1997), la evaluación de los servicios sanitarios implica definir los objetivos del cuidado, la supervisión de la inversión en cuidado de salud, la medición de la extensión de aquellos resultados esperados que han sido logrados y valorar la extensión de las consecuencias no intencionadas o nocivas de la intervención. En el contexto de la Enfermería, Risser (1975) y Van Maanen (1984) definieron la evaluación como la calidad del servicio según la percibe el paciente y, como tal, es una medida de la actuación.

Entre los diversos modelos que se han propuesto para la evaluación del cuidado está el de Coulter (1991) que hablaba de cuatro campos de evaluación que son necesarios consultar en el contexto de la salud (Sitzia y Wood, 1997):

- Evaluación de tratamientos específicos (p. ej. Terapias con drogas o procedimientos quirúrgicos)
- Evaluación de modelos de cuidado para grupos particulares de pacientes (p.ej. la organización del cuidado antenatal o el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes)
- Evaluación de organizaciones (p.ej. un hospital o un centro de día)
- Evaluación de los sistemas de salud (p.ej. diferentes modelos de cuidado en el parto, como enfermera de primaria)

Sitzia y Wood (1997) afirman que estudios de satisfacción del paciente han probado ser valiosos en la evaluación de todos los campos citados anteriormente.

Donabedian señaló “el resultado” como el aspecto más importante en la evaluación de la calidad del cuidado. Existen clasificaciones de los resultados que se obtienen en el proceso de atención al paciente por parte del médico (Sitzia y Wood, 1997):

- La de Elinson se denomina “las cinco D” (five D’s): muerte (death), enfermedad (disease), discomfort (discomfort), incapacidad (disability) e insatisfacción (dissatisfaction). Esta es una de las clasificaciones más populares que ha servido de base a otras.
- La de Patrick (1986) incluye: muerte, enfermedad, bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar social y calidad de vida, incluyendo percepciones y satisfacción (Sitzia y Wood, 1997).

Sitzia y Wood (1997) proponen que la medida de la satisfacción del paciente realiza varias funciones diferentes. Fitzpatrick (1984) sugiere cuatro:

- Entender las experiencias del cuidado de los pacientes
- Promover la cooperación con el tratamiento
- Identificar problemas de salud
- Evaluación del cuidado de salud

Estas funciones parecen, según Sitzia y Wood (1997), esencialmente tres:

- La labor de la satisfacción puede ser simplemente descubrir los servicios del cuidado de salud desde el punto de vista del paciente.
- En términos del sistema de evaluación del cuidado, según Donabedian, la satisfacción del paciente puede ser una medida del “proceso” del cuidado. Se pueden identificar áreas problemáticas que pueden ser aisladas o descubiertas pudiéndose generar ideas con el fin de aportar soluciones (Locker & Dunt, 1978).
- La evaluación en el cuidado de salud es considerada por muchos como la función más importante de la investigación de la satisfacción del paciente. La

propuesta de Bond y Thomas (1992) para el trabajo sobre las funciones de la satisfacción del paciente fue casi enteramente concerniente a la evaluación.

Según Mira y Aranaz (2000), en la actualidad, la opinión del paciente se ve como un resultado de la asistencia sanitaria que es importante escuchar para aumentar la calidad de la prestación sanitaria y mejorar los tratamientos aplicados. Por ello, cada vez se encuentran más estudios sobre eficacia comparada con el uso de distintos tratamientos que incluyen, junto a las medidas de efectividad y eficiencia, otras sobre la satisfacción del paciente con el resultado alcanzado.

Según Hall y Dornan (1988), la satisfacción de los pacientes con el cuidado médico se ha considerado importante para entender el funcionamiento del sistema sanitario y, en realidad, tiene relaciones empíricas con una variedad de resultados y de diferentes formas de cuidado. Pero lo que se pretende cuando se pregunta acerca de la satisfacción de los pacientes no está del todo claro.

Sitzia y Wood (1997) consideran que, a pesar de que la garantía de la calidad puede ser fácilmente definida, “la calidad del cuidado de la salud” es un concepto más complejo. Según Van Maanen (1984), es una abstracción, definiendo el margen entre lo deseable y la realidad; y es un concepto generalmente usado en sociedades con un alto nivel de vida. “La calidad del cuidado”, desde el punto de vista de los pacientes, por tanto, puede ser simplemente vista dentro del marco de las expectativas de los pacientes versus las experiencias actuales.

Vuori (1987) afirmó que debido a que la satisfacción del paciente es parte y parcela de la calidad del cuidado se tiene que incluir en programas de garantía de calidad.

Linder-Pelz (1982) afirma que la satisfacción del paciente se identifica con la expectativa que el paciente se ha formado sobre los cuidados, el personal o el centro en que se le atenderá; y viene determinada por el grado de disonancia entre la expectativa y la realidad. Por ello, la satisfacción del paciente es una herramienta más en el proceso de garantía de calidad. Mira et al. (1992) hablan de la satisfacción como una medida subjetiva de la calidad de los servicios de salud y, concretamente, solo para valorar la satisfacción que producen los encuentros puntuales con los dispositivos asistenciales.

Según el modelo conceptual de Swartz y Brown (1989), para evaluar la calidad de los servicios de los profesionales se deben tener en cuenta tres dimensiones: el entorno, en el que se produce el encuentro entre el cliente y el profesional de la salud; expectativas sobre el servicio y la experiencia con ese servicio; y, en último lugar, la calidad del servicio percibida, que produce una serie de interrogantes tanto del usuario como del profesional, que se consideran como una unidad interactiva:

- Expectativa del usuario sobre el sistema de salud y experiencia previa con el mismo
- Coincidencia de la expectativa del usuario con la percepción del profesional de esa expectativa
- Coincidencia de la experiencia del paciente con la percepción del profesional de esa experiencia
- Coincidencia de la expectativa del profesional acerca de las características y modo de conducta del paciente con su propia percepción de las expectativas que trae el paciente

Según Mira et al. (1992), la satisfacción del paciente se usa como una medida de la garantía de calidad, aunque ellos consideran que más que un aspecto objetivo de esa calidad cabría hablar de calidad sentida o, dicho de otra forma, de los aspectos subjetivos de la calidad asistencial.

En la actualidad, la mayoría de las investigaciones sobre la calidad asistencial sanitaria señalan la importancia de la satisfacción para entender el concepto global de calidad debido al protagonismo que ha alcanzado la opinión /percepción de los usuarios de los servicios sanitarios (Sierra Talamantes et al., 2008), llegándose a afirmar que la calidad es la satisfacción de las necesidades de los pacientes (Marquet et al., 1995). Se tendrían en cuenta las expectativas y la percepción de los servicios recibidos por los pacientes para poder satisfacer sus necesidades (Blendon & Donelan, 1991; Thompson & Suñol, 1995; Netleman, 1998; Hernando et al., 2001; Barrasa y Aibar, 2003; López, 2005; Mira, 2006).

Los profesionales de enfermería, aunque no pueden resolver problemas de salud, sí tienen un papel fundamental en la satisfacción de las necesidades de los pacientes (Sierra Talamantes et al., 2008). Esto debe llevar a los profesionales de enfermería a conocer las necesidades, experiencias y expectativas usando los análisis de calidad de los servicios que prestan (Bolívar, 1999). En estudios realizados para conocer los factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios, se ha observado que el factor con mayor poder de predicción fue la relación de los pacientes con el personal de enfermería (Castillo et al., 2007). Con respecto a la atención de enfermería se observó que los usuarios mostraron como factores determinantes de la satisfacción la formación académica del personal de enfermería y el hecho de conocer el nombre de la enfermera que les atendía (González-Valentín et al., 2005).

4.5. MODELOS TEÓRICOS QUE EXPLICAN CÓMO SE PRODUCE LA SATISFACCIÓN

Linder-Pelz (1982a, 1982b) ve que se necesita un modelo teórico que explique el concepto de satisfacción del paciente antes de empezar a analizar lo que causa la satisfacción del paciente o las consecuencias de un paciente satisfecho. Esta autora parte de las principales teorías socio-psicológicas sobre la satisfacción del consumidor, basándose en el modelo de Fishbein y Ajzen (1974) centrado en las actitudes, definiendo el concepto de satisfacción del paciente como: “una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud” (Mira et al., 1992).

En un estudio empírico realizado por Linder-Pelz con 125 pacientes, puso a prueba hipótesis derivadas del modelo anterior, así como de las teorías de la discrepancia, del cumplimiento de expectativas, de la equidad, de la deprivación y de la disonancia (Mira et al., 1992). Entre estas hipótesis encontramos (Linder-Pelz, 1982 a):

1. Los resultados de satisfacción estarán directamente relacionados con la suma de los productos de creencias (expectativas) y valoraciones (evaluación que a su juicio merece la atención sanitaria) en relación con varios aspectos del cuidado. Esta hipótesis procede de la teoría de la Acción razonada de Fishbein y Ajzen.
2. Los resultados de la satisfacción variarán positivamente con el grado en que la experiencia percibida coincida con las expectativas previas. Esta hipótesis procede de la teoría del cumplimiento de las expectativas.

3. Los resultados de satisfacción estarán directamente relacionados con el resultado de experiencia percibida menos el resultado de expectativa, todo dividido por el resultado de expectativa. Esta hipótesis proviene de la teoría de la discrepancia.
4. La satisfacción variará positivamente con la conformidad de la experiencia percibida y las expectativas previas solo cuando el objeto es valorado. Esta es una variante de la hipótesis 2.
5. Una combinación de expectativa positiva y experiencia positiva percibida producirá los más altos resultados de satisfacción, mientras que expectativas positivas y experiencia negativa resultará en marcadores de menor satisfacción. Esta hipótesis fue desarrollada en discusión con Ware.
6. La satisfacción será mayor cuando la experiencia es percibida tan buena o mejor que la recibida por otros. Esta hipótesis procede de la “Social comparison theory”.

Linder-Pelz concluye que el modelo de Fishbein y Ajzen no sirve para explicar la satisfacción. Sin embargo, encontró pruebas a favor del concepto de actitud desarrollado por Triandis (1971) y de la teoría de la discrepancia, que afirma que la satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir sea buena y la ocurrencia real así lo confirme; y que cuando una expectativa sea alta y una ocurrencia pobre, la satisfacción será menor, lo que coincide con los resultados de Carmel, 1985 (Mira et al., 1992).

Aranaz et al. afirman que la satisfacción se produce por la comparación entre las expectativas sobre el servicio que se cree que recibirá y la percepción de los cuidados que realmente se reciben (Mira et al., 1992).

En la actualidad, tenemos dos modelos teóricos para explicar cómo se produce la satisfacción de los pacientes (Mira, 2006):

1. El primero se basa en la teoría de la “acción razonada” de Fishbein y Ajzen, (1975). Esta considera que la satisfacción del paciente depende, por un lado de la percepción del paciente sobre cómo haya sido tratado, y por otro, de la importancia que el paciente otorgue a cada una de las dimensiones de la atención (confort, accesibilidad, resultado, etc.). Se representa con la siguiente fórmula:

$$\text{Satisfacción} = \sum (\text{Exp}_i \times \text{Eval}_i).$$

Exp_i = expectativas del paciente.

Eval_i = valoraciones del paciente.

2. El segundo modelo se basa en la “desconfirmación de expectativas” de Oliver (1993). Según esta teoría, la satisfacción está en función del grado de disonancia entre lo que el paciente espera y recibe. Se representaría con la fórmula:

$$\text{Satisfacción} = \sum (\text{E}_i - \text{P}_i).$$

E_i : expectativa antes de recibir la atención sanitaria.

P_i : percepción tras la asistencia.

Según Mira (2006), esta segunda teoría permite definir una “zona de tolerancia” o rango en el que la atención recibida es aceptable para el paciente, produciéndose la satisfacción cuando la percepción del paciente “cae” en esta zona. Esta zona resulta práctica para identificar el ámbito de la atención sanitaria en la que se debe incidir para mejorar la atención que reciben los pacientes. El conocimiento de esa zona de tolerancia permitirá a los gestores y clínicos, una vez identificados los aspectos más relevantes, establecer prioridades (Mira, 2006).

Podemos observar según estas teorías que, a pesar de que las percepciones del paciente son muy importantes, no son suficientes para explicar el nivel de satisfacción del paciente debido a que las expectativas del paciente son fundamentales para conocer cómo vive el paciente la atención sanitaria recibida (Mira, XVI Jornadas de Enfermería sobre trabajos científicos).

4.6. FACTORES RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Mira y Aranaz (2000) exponen que las diferencias en la satisfacción son debidas a diversos factores entre los que encontramos: características individuales de los pacientes, características de los profesionales que proveen el cuidado y la organización del sistema sanitario (Mira y Aranaz, 2000).

4.6.1. Características del paciente

Se cree comúnmente que la satisfacción con el cuidado de salud puede depender de variables como clase social, del estado de salud, del género y, en particular, de la edad. Hall y Dornan en el meta-análisis realizado en 1989, sin embargo, concluyeron que las características socio demográficas son un factor menor de predicción de la satisfacción (Sitzia & Wood, 1997).

4.6.1.1. Percepciones, actitudes, expectativas y valores

Las expectativas tienen un rol fundamental en estudios de satisfacción. Stimson y Webb (1975) fueron los primeros en sugerir que la satisfacción está relacionada con la percepción de los beneficios del cuidado y en la medida que estos consiguen las expectativas del paciente. Estos autores decían que “la expectativa” es un concepto difícil de examinar analíticamente y, como ocurre con el concepto de “satisfacción”, ha habido pocos intentos de clarificar lo que significa. Lo asumido es frecuentemente que las expectativas se refieren a alguna noción de “valores morales” o “aspiraciones”, pero pocos intentos se han hecho para ver si tales actitudes existen como propiedades estables de los individuos o grupos. Ellos identificaron tres categorías de expectativas: “antecedentes”, “interacción” y “acción”. Las expectativas de los antecedentes son las resultantes del aprendizaje acumulado del proceso de consulta/tratamiento. A pesar de que las expectativas de los “antecedentes” varían con la enfermedad y las circunstancias particulares, ciertos modelos de la actividad o rutinas son esperadas y muchas críticas se centran en el comportamiento que tiene a veces con estas expectativas. Las expectativas de “interacción” se refieren a las expectativas de los pacientes en cuanto al intercambio que tiene lugar con su médico, p. ej., la manera y la técnica que usa para hacerle preguntas y el nivel de información dado por el médico. Las expectativas acerca de la “acción” del médico serán, p.ej., prescribir, remisión o consejo. De las tres, Stimson y Webb señalan las expectativas de interacción como las más importantes (Sitzia & Wood, 1997).

En el estudio de Fitton y Acheson (1979) sobre las expectativas de los pacientes dividieron las expectativas de “acción” en: “ideal” y “actual”. “Ideal” serían las acciones que al paciente le gustaría que el médico realizase y “actual” sería la acción que el paciente piensa que recibirá o tendrá (Sitzia & Wood, 1997).

Geenley y Schoenherr (1981) encontraron que los pacientes con bajas expectativas estuvieron menos satisfechos con los servicios que recibieron. Por otro lado, autores como Korsch et al. (1968), Lochmann (1983) y Like y Zyzanski (1987) realizaron estudios que demuestran que los pacientes tienden a estar más satisfechos con su cuidado cuando el comportamiento de sus cuidadores coincide con sus expectativas (Cleary & McNeil, 1988).

Entre los factores que influyen en la satisfacción del paciente están las percepciones anteriores que incluyen creencias acerca de los derechos del paciente y las expectativas que tiene del evento que está por llegar. Las expectativas y los valores tienen efectos independientes sobre la satisfacción. Se puede afirmar que las expectativas son la variable psicológica social más importante que tiene efecto sobre la satisfacción. Las creencias acerca de la conducta del médico, previa a un encuentro, juegan un papel significativo en la determinación de las evaluaciones siguientes de la conducta del médico con independencia de lo que hiciese realmente o lo que percibiese que había hecho. Por ello, la satisfacción no es tanto una función de la interacción de expectativas, valores y ocurrencias, sino que es el resultado de la contribución independiente de las expectativas y ocurrencias percibidas. Los valores no explican directamente la variación de la satisfacción (Linder- Pelz, 1982 b).

Abramowitz et al. (1987) encontraron que los pacientes no solo pueden tener diferentes expectativas, sino que, además, las expectativas y la satisfacción con los aspectos específicos del cuidado juegan roles independientes en la predicción de la satisfacción del paciente.

Las experiencias negativas de los pacientes con los cuidados de salud son más fácilmente recordadas, lo que puede suponer consecuencias catastróficas en el cuidado pobre en materia de salud (Hall & Dorman, 1988).

Bond y Thomas (1992) señalaban que el incremento de la calidad del cuidado hace crecer las expectativas. Sitzia y Wood (1997) afirman que en esencia estos trabajos asocian la satisfacción con el cumplimiento de las expectativas positivas. Es más, hay evidencia de que las expectativas varían de acuerdo con el conocimiento y experiencia anterior y es, por tanto, probable que cambien con experiencias acumuladas (Sitzia & Wood, 1997).

4.6.1.2. Edad y sexo

Según Mira et al. (1992) existen estudios que confirman una ligera tendencia hacia una satisfacción mayor en pacientes de edad (DiMatteo & Hays, 1980; Fox y Stones, 1981; Carmel, 1985). También en mujeres (DiMatteo & Hays, 1980; Fox y Stones, 1981).

Los estudios son coincidentes con respecto a que las mujeres están más satisfechas si el profesional médico que las atiende es del sexo femenino, sobre todo si se trata de intervenciones obstétricas y ginecológicas (Cooke & Ronalds, 1985a, 1985b). Las pacientes valoran mucho las características del entorno de los centros del cuidado (Thomas & Penchansky, 1984).

Según Houts et al. (1986), Blanchard et al. (1990) y Zahr et al. (1991), la característica determinante más consistente es la edad del paciente. Existe un cuerpo de evidencia de varios países que sugiere que las personas mayores tienden a estar más satisfechas con el cuidado de salud que la gente más joven.

Doering (1983), Delgado et al. (1993) y Hopton et al. (1993) llegaron a la conclusión de que el género del paciente no afecta a los valores de la satisfacción. A esta misma conclusión llegaron Hall y Dornan (1990) en su meta-análisis, pero existen estudios que llegan a resultados contrarios a los anteriores, así Khayat y Salter (1994) concluían que más hombres que mujeres estaban satisfechos en general con su médico de atención primaria. Otro estudio británico realizado por Williams y Calnan (1991a) encontró que las pacientes femeninas era más probable que se quejaban con los horarios rígidos y la falta de privacidad más que los hombres. Hall et al. (1994) en un estudio americano señalaban que en el contexto de las consultas de rutina médica se asociaba menor satisfacción con las médicas más jóvenes. Los pacientes varones examinados por médicas jóvenes manifestaban menor satisfacción.

Williams y Calnan (1991a) encontraron que la gente mayor estaba más satisfecha con la mayoría de los aspectos del cuidado de su hospital que la gente joven o de mediana edad.

Hopton et al. (1993) y Khayat y Salter (1994) encontraron que los pacientes jóvenes estaban menos satisfechos con los resultados de la consulta de atención

primaria. Era también menos probable que los pacientes jóvenes cumplieran las prescripciones o consejo médico.

En lo que existe acuerdo es en que las mujeres valoran de forma más positiva la atención médica que reciben, valorando sobre todo las características de entorno de los centros sanitarios, como la hostelería, la remodelación de los centros... (Mira y Aranaz, 2000).

4.6.1.3. Ingresos económicos, nivel educativo y origen étnico

Según Mira et al. (1992), existen estudios que confirman que en personas de ingresos económicos medio y superior existe una ligera tendencia hacia una satisfacción mayor (Hulka et al., 1975; Fox & Stones, 1981).

Hall y Dornan (1990) vieron que el nivel educativo ha mostrado tener un comportamiento significativo en la satisfacción, la tendencia sería que se dan altos niveles de satisfacción asociados a bajos niveles de educación.

Anderson y Zimmerman (1993) encontraron que el nivel de educación era la variable significativamente más relacionada con la satisfacción del paciente con las consultas de dos clínicas de Michigan. Observaron que los pacientes con menores niveles de educación estaban más satisfechos. Por el contrario, Schutz et al. (1994) encontraron que altos niveles de educación estaban relacionados con insatisfacción en pacientes a los que se había practicado una colonoscopia.

Robles-García et al. (2004) y Dierssen-Sotos et al. (2009) observaron que los usuarios con un nivel de estudios primarios presentaron una mayor satisfacción, mientras que los usuarios con estudios universitarios presentaron un nivel más bajo. Esto contrasta con estudios de autores como Becker y Newsom (2003), Maderuelo et al. (2006) y Xiao y Barber (2008), que encontraron que los usuarios con mayor nivel de estudios presentaron mayor satisfacción.

Khayat y Salter (1994) encontraron varias asociaciones entre clase social e insatisfacción en un estudio de atención primaria. Los participantes de clases sociales altas estaban más satisfechos con las consultas fuera de horas que los pacientes con clase sociales bajas.

El origen étnico es una de las características determinantes más complejas. En EEUU, Pascoe y Attkisson (1983) observaron que los pacientes de raza blanca estaban

más satisfechos que los de raza no blanca. Sin embargo, Doering (1983) mostró que la interacción entre etnicidad y estatus socioeconómico ha llevado a obtener resultados confusos. Madhok et al. (1992) vieron que el examen de las mujeres musulmanas por parte de un médico de sexo masculino estaba relacionado con un fuerte distress. Jain et al. (1985) también observaron que existía una evidencia leve de que las mujeres asiáticas prefieren ser examinadas por una médica.

Al parecer los pacientes con ingresos económicos medios o superiores se suele encontrar una mayor satisfacción con los servicios de salud (Mira y Aranaz, 2000).

La nacionalidad del usuario se ha visto que tiene relación con la satisfacción. Esto se ha visto en estudios realizados en el sistema americano como los de Young et al. (2000), Campbell et al., (2001), Crow et al. (2002) y Weech-Maldonado et al. (2003), donde han visto que existe relación entre la raza y la satisfacción y, en concreto, los usuarios pertenecientes a minorías étnicas han presentado una menor satisfacción. En un estudio realizado en la UE por Dierssen-Sotos et al. (2009), se observó que los usuarios que no pertenecían a la UE presentaron un mayor porcentaje de satisfacción alta. Estas diferencias se pueden deber a que se trata de diferentes sistemas sanitarios y pueden deberse a aspectos relacionados directamente con la satisfacción como la accesibilidad a la asistencia.

4.6.1.4. El propio estado de salud del paciente

El estado de salud del paciente previo a recibir el cuidado puede condicionar que tenga una mayor o menor satisfacción con el mismo (Cleary & McNeil, 1988).

Greenly et al. (1982) vio que las personas con menor salud psicológica pueden estar menos satisfechas con su cuidado debido a que pueden tener problemas para conseguir alivio de su distress o porque los cuidadores pueden reaccionar de forma menos positiva con ellos.

Pascoe (1983) en su investigación ve que la percepción del paciente de su estado de salud afecta directamente a su grado de satisfacción, pero en otros estudios como los de Sixma et al. (1998) y Da Costa et al. (1999) no se ha visto esa relación con tanta claridad.

Por una parte podría parecer que un paciente crónico y con fuertes afecciones somáticas debería tender hacia la insatisfacción con los cuidados recibidos, y también se

podría pensar que por el contrario estas situaciones hiciesen que se apreciaran mejor los mismos. Pues, según Mira et al. (1992), los resultados de los estudios no presentan tendencias definidas (Weiss, 1988; Zastowny, Roghmann & Cafferata, 1989).

Kane et al. (1997) descubrieron que el grado de satisfacción del paciente se debe más al estado de salud del paciente después del tratamiento que a la mejoría que haya logrado con el mismo. Guldvog (1999) describió que la satisfacción previa del paciente es un buen predictor del nivel de calidad de vida que alcanzará después del tratamiento. Esto es tan importante que otros investigadores como Hibbard y Jewett (1997) han comprobado que la decisión del paciente sobre dónde acudir para recibir el cuidado viene condicionada, fundamentalmente, por el grado de satisfacción de otros pacientes.

Young et al. (2000) y Xiao y Barber (2008) muestran que existe una relación directa entre la salud percibida y la satisfacción, de tal forma que si mejora la percepción de la propia salud aumenta la satisfacción.

4.6.2. Características de los proveedores

4.6.2.1. Condiciones de la interacción médico-paciente

Blanchard et al. (1990) dijeron que los aspectos interpersonales del cuidado se consideran como el principal componente de la satisfacción. Moorey (1988) y McIver (1991a) consideran dos aspectos como los más importantes: la comunicación y la empatía. Stimson y Webb (1975) afirmaron que la empatía y la familiaridad son reconocidas como aspectos importantes de la relación médico-paciente, pero no se ha evidenciado una asociación directa con la satisfacción (Sitzia & Wood, 1997).

Las interacciones satisfactorias dependen de las habilidades sociales de los participantes. La comunicación no verbal es a menudo el primer modo de transmitir las emociones y actitudes que raramente se dirían en voz alta. La posición del cuerpo-posición, distancia y postura puede transmitir percepciones importantes sobre el poder relativo. LaCrosse (1975) encontró que comportamientos no verbales como inclinarse un poco y asentir con la cabeza hace que los pacientes vean a los médicos más agradables y más atractivos y, además, Larsen y Smith (1981) encontraron que las posturas del cuerpo que favorecen la comunicación no verbal aumentaban la satisfacción del paciente. Kendon (1970) afirmó que el contacto con los ojos es particularmente importante a la hora de establecer una buena relación debido a que, si se

rompe el contacto visual, la naturaleza de la conversación se vuelve más impersonal y breve.

Ben-Sira (1980) y Larsen y Rootman (1976) resaltaron que la calidad de la comunicación médico-paciente es más determinante para la satisfacción con los cuidados recibidos que otros factores. Roter, Hall y Katz (1987), Weiss (1988) afirman que la confianza que el profesional inspira al paciente es también un buen indicador del grado de satisfacción de ese paciente con la asistencia sanitaria.

Freemon et al. (1971) vieron que la satisfacción del paciente varía con determinados componentes de la interacción médico-paciente: duración de la interacción, proporción del tiempo en que el profesional toma la palabra, actividad del médico, demostración de hostilidad por parte del médico, cantidad de preguntas formuladas y presencia de tópicos no médicos durante la interacción.

Lochman (1983) vio que una comunicación precisa y completa entre el médico y el paciente es a menudo una condición necesaria para la provisión del cuidado técnico. Las recomendaciones de los médicos son frecuentemente olvidadas o no entendidas y, según Haynes et al. (1979), si la comunicación es pobre, los pacientes no siguen las recomendaciones (Cleary & McNeil, 1988).

Según Pilpel y Naggan (1988) los propios profesionales de la salud consideran que el tiempo de consulta es el factor principal que determina la satisfacción del paciente.

Un aspecto importante de la relación médico-paciente es la propia satisfacción del profesional con sus condiciones de trabajo existiendo bastantes estudios empíricos que demuestran la relación entre ambas variables (Linn et al., 1985; Zastowny, Roghmann y Cafferata, 1989; Rost, 1989). Existen más autores que consideran importante el grado de satisfacción del profesional con respecto a sus condiciones laborales y el estilo de práctica profesional (Mira et al., 1999; Mira y Aranaz, 2000).

La satisfacción del paciente varía según las condiciones que se den en la interacción médico-paciente. Entre los aspectos que pueden afectar están: la confianza que el médico inspire al paciente, el tiempo que dure la consulta, el tiempo en que el profesional toma la palabra, actividades realizadas por el médico en la consulta,

habilidades de comunicación, variedad y número de preguntas realizadas y comentarios realizados en la consulta que no sean sobre aspectos clínicos (Mira y Aranaz, 2000).

4.6.2.2. El modo en que se realiza la entrevista

Eisenthal y Lazarre (1976) encontraron que los pacientes estaban más satisfechos si se les permitía expresar sus opiniones durante la entrevista. Stiles et al. (1979) hallaron que los pacientes estaban más satisfechos si se les permitía expresarse durante la elaboración de la historia clínica y si el médico era más participativo y les daba información durante la conclusión de la entrevista (Cleary & McNeil, 1988).

Larsen y Smith (1981) afirman que, en las entrevistas en que se permite al paciente expresarse con libertad, se ofrece la información necesaria y los pacientes pueden preguntar al médico para aclarar sus dudas y miedos; producen un nivel de satisfacción y de cumplimiento de prescripciones mayores. Si el paciente puede interrumpir al médico durante la entrevista varias veces, aumenta su nivel de satisfacción, mientras que, si es el médico quien interrumpe al paciente, lo disminuye (Mira et al., 1992).

4.6.2.3. El grado de ayuda, comprensión y accesibilidad

Bene-Kociemba, Cotton y Fortgang (1982) vieron, en encuestas post-hospitalización, que si el paciente se siente ayudado y comprendido en su proceso de hospitalización, siendo los profesionales accesibles, su nivel de satisfacción será muy alto.

Hall y Dornan (1988) expusieron que los pacientes están más satisfechos con los médicos jóvenes o todavía en formación, debido a que ellos se comportan de forma que promueven la satisfacción del paciente más que los médicos experimentados. Es posible que estos jóvenes tengan más reciente la formación sobre destrezas en la comunicación o por los esfuerzos extra que realizan al saber que están siendo evaluados por sus superiores. También tienen menor demanda y todavía no están exasperados con su trabajo (Hall & Dornan, 1988).

Fitzpatrick et al. (1992) afirmaron que existe evidencia de que mientras que las enfermeras perciben la competencia técnica como el pilar de “un cuidado de alta calidad”, Kadner (1994) expone que los pacientes están fuertemente influenciados por la

conducta interpersonal. Tishelman (1994) encontró que casi todos los encuentros descritos por los pacientes como “excepcionalmente buenos” se centraron en aspectos tales como amabilidad, amistoso y basado en el soporte emocional más que en el cuidado técnico. Krause (1993) afirmó que la empatía y la confianza en la relación entre el paciente y el profesional sanitario en las actuaciones en los pacientes con cáncer está muy reconocida. El modelo de Ben-Sira sobre el comportamiento afectivo se soporta en la evidencia de que se percibe que el profesional realiza bien la comunicación cuando el paciente siente que muestra un interés individualizado, una actitud de comprensión y de confianza.

4.6.2.4. Estilo de práctica del médico

Huygen et al. (1992) relacionaron, en el ámbito de la atención primaria de salud, el estilo de práctica del médico con el grado de satisfacción de los pacientes de tal forma que los médicos que presentan un estilo de comunicación próximo al paciente, que no lo enjuician en base a su comportamiento, que le ofrecen toda la información que necesita y que no adoptan un rol dominante que incapacite al paciente para tener un rol activo; suelen ser muy bien valorados por los pacientes.

Los estilos de la práctica de los profesionales se relacionan con la calidad de la atención médica, con la satisfacción del paciente y el cumplimiento de las prescripciones médicas. Un estilo más abierto, participativo que promueva que el paciente tenga libertad para preguntar dudas, expresar miedos, etc. es el más efectivo para que el paciente pueda conocer y afrontar mejor su proceso de enfermedad (Mira, 2006).

4.6.3. Factores estructurales y de organización del sistema sanitario

4.6.3.1. Accesibilidad, continuidad de cuidados y disponibilidad

Pascoe (1983) observó, con pocas excepciones, que la satisfacción del paciente está positivamente relacionada con la accesibilidad, disponibilidad y conveniencia del cuidado. Algunos estudios como el de Gray (1980) han encontrado que la accesibilidad es uno de los más importantes determinantes de la satisfacción del paciente.

Varios estudios como los de Linn (1975), Lochman (1983) y Pascoe (1983) han demostrado que tener un lugar de cuidado regular y una cantidad de tiempo con el

mismo cuidador están relacionados positivamente con la satisfacción con el cuidado. Breslau y Mortimer (1981) estudiaron familias con chicos minusválidos en cuatro clínicas y encontraron que la continuidad del cuidado tenía una asociación grande entre la fuente del cuidado y la satisfacción. Las diferencias en la satisfacción entre las clínicas fueron explicadas estadísticamente por la continuidad del médico y el tiempo de espera en la clínica.

En el trabajo de Ware/Fitzpatrick una definición amplia de accesibilidad incluye aspectos tales como: acceso físico a los hospitales, horario de urgencias de atención primaria, sistemas de citas, recepcionistas, cambio de médicos, visitas a casa y listas de espera para las citas. Entre los factores que crean insatisfacción, Greenwood (1993) aportó parking escaso; Abramowitz et al. (1987) dijo el transporte público; y Åstedt-Kurki y Häggman-Laitla (1992), los tiempos de espera en los centros de salud.

Thomas y Penchansky (1984) realizaron un estudio con el fin de entender las interrelaciones entre la accesibilidad y la satisfacción del usuario. En su estudio vio que determinados factores de la organización interaccionaban con características del paciente y por ello se vislumbraban niveles de satisfacción diferentes, así, p.ej., los mayores de 40 años y los de raza blanca valoran las facilidades de horarios, cita previa, etc.

Según Hulka, Kupper y Daly (1975), Weinberger, Greene y Mamlin (1981), la continuidad de los cuidados es un factor que determina un alto nivel de satisfacción. Weiss y Ramsey (1989) afirman que el hecho de que el paciente no sea atendido cada vez por un profesional o equipo diferente se valora positivamente.

4.6.3.2. Organización y financiación.

La forma en que el cuidado es organizado y financiado ha mostrado estar relacionado con la satisfacción del paciente. Wolinsky (1976) y Pascoe (1983) han visto que a mayor coste de los servicios corresponden menores niveles de satisfacción del paciente. Por otro lado, existen pocos estudios que valoren la organización, pero entre los que hay como Tessler y Mechanic (1975), Mechanic (1976), Luft (1983) y Davies et al. (1986) se ha observado que tanto los pacientes como los médicos que trabajan en organizaciones más pequeñas tienden a estar más satisfechos (Cleary & McNeil, 1988).

Greenley y Schoenherr (1981) encontraron que los pacientes que recibieron el cuidado en organizaciones que tenían más autonomía, más comunicación con otras organizaciones y más autonomía de los proveedores estaban más satisfechos.

Kane et al. (1997) sugirieron que los centros con mayores niveles de complejidad asistencial obtenían peores resultados en la satisfacción. Young et al. (2000) también vio que existía una relación inversa entre el nivel de satisfacción y el tamaño del hospital. En contraposición, encontramos el estudio de Dierssen-Sotos et al. (2009) que encontraron que el hospital de menor tamaño y complejidad presentó el menor número de usuarios altamente satisfechos (Dierssen-Sotos et al. 2009).

4.7. METODOLOGÍA PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La medida de la satisfacción se puede realizar por medio de técnicas cualitativas o cuantitativas, aunque, según Mira y Aranaz (2000), la metodología más adecuada es la que combina ambas, así como el empleo de instrumentos que faciliten la evaluación de las percepciones de los pacientes con la experiencia del cuidado de salud.

4.7.1 Técnicas cualitativas

Según Mira y Aranaz (2000) en los últimos años se ha incrementado el número de estudios que utilizan técnicas de investigación cualitativas para analizar el punto de vista de los pacientes. Sutherland et al. (1989) realizaron un estudio de análogos para conocer el comportamiento de los pacientes ante diferentes decisiones. Maderuelo et al. (1996) realizaron un estudio mediante la técnica Delphi para identificar los factores que producían insatisfacción en el paciente en atención primaria de salud. Cromarty (1996) realizó un estudio cualitativo para saber la opinión de los pacientes con respecto al trato y competencia de los médicos. Bowie et al. (1996) determinaron prioridades asistenciales mediante esta técnica. Reiley et al. (1996) identificaron la forma de compatibilizar los procesos asistenciales con los deseos del paciente. Haas (1999) analizó la relación entre las expectativas del paciente y su satisfacción.

Sitzia (1999) y Barrasa y Aibar (2003) observaron también que los estudios cualitativos se han incrementado en los últimos años (en torno al 60% de los trabajos de investigación).

Entre las técnicas usadas están: buzón de sugerencias, análisis de reclamaciones, grupos focales, grupos nominales, grabación de la opinión de los pacientes, entrevistas, etc.

Según Caminal (2001) los métodos de investigación cualitativa representan una forma de aproximarnos de forma más real a lo que la población desea de los servicios sanitarios. Considera que aplicar la evaluación cualitativa como complemento de las encuestas cuya validez y fiabilidad está probada, sería más enriquecedor a la hora de valorar la satisfacción de la población en todos sus aspectos con el fin de establecer los programas de mejora de la calidad asistencial (Caminal, 2001).

4.7.2. Técnicas cuantitativas

Se realizan cuestionarios con respuestas graduadas en cinco pasos con distancia equitativa entre ellas (totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo). Si se comparan los cuestionarios con 5 opciones de respuesta con los que ofrecen 6 opciones, se ve que el factor de tendencia central aumenta artefactualmente la satisfacción (Aranaz, Herrero y Mira, 1987; Aranaz, Mira y Terol, 1987).

La mayoría de las encuestas se basan en una estructura de respuesta tipo Likert, que permite ordenar a los sujetos según sus respuestas a lo largo del continuo “favorable/desfavorable”. Las encuestas de satisfacción tienen generalmente una forma multidimensional que incluye información sobre: tipo y cantidad de información recibida por el paciente, competencia técnica del profesional sanitario, empatía, facilidades de acceso, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la asistencia, confort que ofrecen las instalaciones, complejidad burocrática del sistema y coste del tratamiento (Mira y Aranaz, 2000).

Otra diferencia entre cuestionarios es el objetivo del equipo investigador. Así vemos como no se pueden comparar los resultados de un estudio que pretende obtener información de un centro para su gestión, con el que pretende comparar dos centros diferentes, etc. (Mira et al., 1992).

Las encuestas de satisfacción también pueden dividirse según sean:

1. Cuestionarios de tipo general como: Cuestionario de Hulka et al. (1970), Escala de Satisfacción con la Entrevista Médica (Medical Interview Satisfaction Scale), realizada por Wolf et al., (1978), el cuestionario de satisfacción con la atención

primaria de salud de Feletti et al. (1986), Visit-Specific Satisfaction Questionnaire de Ware y Hays (1988), escala SERVQUAL (service quality) de Parasuraman et al. (1988), PJHQ (Patient Judgements of Hospital Quality) realizado por Meterko et al. (1990) y la Encuestas de Experiencias del Paciente realizada por Zastowny et al., (1995).

2. Cuestionarios de medida de carácter más específico, orientados a contextos o procesos de enfermedad concretos como: Barry et al. (1995) realizaron uno sobre pacientes con hiperplasia prostática, Liu et al. (1997) realizaron uno sobre pacientes en tratamiento con quimioterapia, Loeken et al. (1997) realizaron uno para pacientes a las que se haya practicado una mamografía, McKinley et al. (1997) realizaron uno con respecto a la atención continuada en atención primaria de salud, Sainz et al. (1997) realizaron uno con respecto al consentimiento informado, Candlish et al. (1998) realizaron uno en pacientes con insuficiencia cardiaca, Da Costa et al. (1999) realizaron uno en pacientes con problemas reumáticos.
3. Las encuestas se realizan tanto telefónicamente como en soporte papel. Existe acuerdo al afirmar que se deben introducir preguntas de índole más general sobre percepciones de los pacientes acerca del tratamiento, proceso asistencial y resultado alcanzado junto a cuestiones de carácter más específico (Mira y Aranaz, 2000).

4.8. FACTORES DE INSATISFACCIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA

Zastowny et al. (1983) determinaron como factores que producen la insatisfacción del paciente: el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso (percibida por el paciente) y el que se pida un número excesivo de pruebas complementarias.

Maderuelo et al. (1996) observaron como principales factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria: excesiva lista de espera en el segundo nivel, tardanza en la solución de problemas planteados y masificación de las consultas. También encontraron

otros como: lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, masificación de las consultas, escasa coordinación entre los distintos niveles de asistencia, infraestructura deficiente en ámbitos rurales, falta de eficacia para la resolución de reclamaciones de los pacientes, falta de especialistas en algunos centros y poca o insuficiente información.

Caminal et al. (1997) vieron que los factores que producen insatisfacción en la atención primaria de salud son: problemas de accesibilidad, dificultades en la relación médico-paciente y problemas de comunicación. Caminal (2001) también cita como aspectos que producen insatisfacción en atención especializada: espera excesiva en consultas externas o en admisión, poca información y aspectos relacionados con la hostelería.

Mira et al. (2002) observaron en su estudio que fueron fuente de experiencias negativas: condiciones de confort, capacidad de respuesta, accesibilidad y problemas de índole organizativa.

Mira (2006) encontró en su estudio que la insatisfacción se asocia a: la falta de información, tecnología considerada como obsoleta, condiciones de confort pobres, y consideración de que la uniformidad del personal es inadecuada.

4.9. CORRIENTE ACTUAL QUE VE AL PACIENTE COMO SUJETO ACTIVO QUE PARTICIPA EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SU CUIDADO FRENTE AL PACIENTE SUMISO.

Existe una corriente actual que considera que la salud es algo que crean los profesionales y consumidores de los servicios sanitarios conjuntamente. Según Donabedian (1992), ha surgido un nuevo lenguaje que reemplaza la relación del paciente sumiso por la del paciente que colabora y que describe a los pacientes como coproductores de salud.

La medida de la efectividad del cuidado médico adquirió valor teniendo en cuenta criterios tanto económicos como clínicos a partir de los años 70. Según Van Maanen (1984), los presupuestos en materia de salud son puestos bajo escrutinio y los

consumidores en occidente llegan a ser más críticos en la provisión de servicios de salud, organizando y reclamando derechos como participantes activos en la planificación y evaluación de los servicios de salud (Sitzia y Wood, 1997).

Según Cartwright (1964, 1967), Locker y Dunt (1978), el interés por las opiniones de los pacientes se desarrolló junto al interés sociológico en las relaciones interpersonales, que produjo un creciente número de estudios sobre las relaciones paciente-médico que demostraron la importancia de entender el punto de vista del paciente (Sitzia y Wood, 1997).

Las organizaciones de consumidores también influyeron realizando una aproximación del consumismo al cuidado de salud. Se realizaron publicaciones sobre los derechos de los pacientes entre otras. Del término “paciente” se pasó al de “consumidor” y más tarde a “cliente” o “usuario de los servicios sanitarios”. Esto también pone en evidencia el cambio en las relaciones médico-paciente pasando el paciente de tener un rol totalmente dependiente del médico y pasivo, a tener un rol activo (Sitzia y Wood, 1997). Actualmente se sabe que el hecho de que el paciente adopte un rol activo hace que pueda afrontar con más éxito su enfermedad (o llevar adelante un proceso fisiológico como sería una gestación con mayor satisfacción) y también podrá valorar mejor las atenciones que le han brindado los profesionales (Mira, 2006).

Este cambio en la relación médico-paciente tiene como efecto que el resultado de la asistencia sanitaria se mida en términos de efectividad, eficiencia, percepción del paciente de su autonomía, la sensación del paciente sobre su estado de bienestar físico y mental y también por la satisfacción con el resultado obtenido (Mira y Aranaz, 2000).

En los estudios siguientes se han observado cuáles son las preferencias de los pacientes:

- A. Uno de ellos realizado en colaboración con la Sociedad Española de Atención al Usuario por Pérez-Jover et al., que llegaron a la conclusión de que lo que los pacientes españoles reclaman es: accesibilidad física, accesibilidad a la información sobre resultados, mayor comunicación con los profesionales,

respeto a sus valores y creencias, confidencialidad e intimidad, libertad de elección, un consentimiento informado distinto a una medicina defensiva (incluso el derecho a no ser informado), quieren saber “quién les atiende” y desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud (Mira, 2006).

B. Se realizó un estudio en ocho países de la UE para ver cuál sería el futuro perfil del paciente europeo. El estudio fue liderado por el Instituto Picker y realizado por Coulter y Magee (2003) y en él se vio que los ciudadanos europeos desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud y que, para ello, requieren mayor información (Mira, 2006).

Los deseos de los usuarios de los servicios sanitarios no están lejos de la legislación de sus países (Mira, 2006; Mira et al., 2010):

- A nivel europeo tenemos la “Carta de Roma” (European Charter of Patients’ Rights): es un documento legislativo que habla sobre los derechos de los pacientes.
- A nivel de España: La Ley General de Sanidad fue el primer reconocimiento formal de los derechos de los pacientes y ha formulado los derechos básicos en materia sanitaria que los profesionales deben respetar. Posteriormente, la Ley 41/2002 de la autonomía del paciente (LAP) amplió estos derechos instaurando las voluntades anticipadas, la segunda opinión y modificando la mayoría de edad sanitaria a los 16 años (con alguna excepción). Este nuevo marco normativo reforzó el derecho a la información y a la intimidad. La Declaración de Barcelona (2003), de las asociaciones de pacientes.

De todos estos aspectos surge este nuevo concepto de “cuidados centrados en el paciente” que se basa en el reconocimiento del papel activo del paciente en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente (Mira y Aranaz, 2000). El papel del paciente difiere según la organización, prestaciones de los diferentes sistemas de salud, no es el mismo en todos los casos y su participación es también variable. Según Wensing y Grol (1998), las

estrategias de participación del paciente en la mejora del sistema sanitario serían las siguientes:

1. Facilitando al médico toda la información pertinente acerca de su proceso de enfermedad: si los pacientes comunican sus necesidades y preferencias, es más fácil para el médico satisfacerlas.
2. Participando en actividades de educación sanitaria: los pacientes informados cuidan más de su salud, utilizarán mejor los servicios sanitarios y los médicos obtendrán mejores resultados.
3. Realizando sugerencias y reclamaciones: los pacientes desean expresar sus quejas acerca del sistema sanitario y contribuir a su mejora. Esta información es de utilidad para gestores.
4. Participando con el médico en la adopción de la estrategia idónea: los pacientes desean participar en la toma de decisiones. Si lo hacen estarán más satisfechos y los resultados serán mejores. De esta forma se mejora la calidad y se abaratan los costes.
5. Elección de médico, hospital, aseguradora, etc.: los pacientes toman decisiones racionales y responsables sobre su salud, seleccionando la información adecuada. De esta forma se mejora la calidad y abaratan los costes.
6. Manifestando su nivel de satisfacción: la opinión del paciente resulta de utilidad para mejorar los procesos.

La idea de la atención centrada en el paciente deriva del concepto de satisfacción del paciente y tiene su origen por un lado en el intento de conocer las expectativas, preferencias y percepciones del paciente con respecto a la atención sanitaria con la finalidad de mejorar los procesos asistenciales. Por otra parte, pretende fomentar el respeto a la persona, lo que lleva consigo el respeto a sus valores y creencias (Mira, 2006).

Según Mira (2006):

“La atención sanitaria centrada en el paciente parte de la idea de que no solo hay que respetar los derechos del paciente como persona y como enfermo,

sino que también es necesario permitirle participar en el proceso asistencial y organizar la atención tomando en cuenta sus necesidades, expectativas y preferencias. Este es probablemente uno de los retos más importantes y que, paulatinamente, debe servir también al propósito de que el paciente participe más activamente en la toma de decisiones y, por tanto, asuma la corresponsabilidad en el cuidado de salud”.

4.10. CONTENIDOS DEL PROCESO ASISTENCIAL RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN

Los contenidos del proceso asistencial que están relacionados con la satisfacción incluyen tres dimensiones diferentes de la atención descritas por Vuori (1987):

1. La ciencia de la medicina (aspectos técnicos / instrumentales de la asistencia)
2. El arte de la asistencia (aspectos comunicativos)
3. Las comodidades de la asistencia

Según la famosa definición de Ambroise Pare, “el padre de la cirugía”, las tareas de la medicina son curar a veces, aliviar a menudo y confortar siempre. La primera es la que se conoce como la ciencia de la medicina y las dos últimas son el arte de la medicina (Vuori, 1987).

Donabedian (1980) concluye diciendo que el manejo de la enfermedad del paciente por un médico incluye dos competencias: la técnica (ciencia) y la interpersonal (arte). A estas él añade una tercera dimensión: las comodidades del cuidado (the amenities of care). Esto básicamente se refiere a las propiedades del entorno en el que se provee el cuidado, así los pacientes pueden manifestar satisfacción (o insatisfacción) acerca de las condiciones en las que el cuidado es llevado a cabo. Pero, entre las comodidades, también pueden estar las propiedades del cuidado en sí mismo, como el confort, la privacidad, cortesía, prontitud y la predilección (Vuori, 1987).

La medida de la satisfacción será la medida de las diferentes dimensiones que la conforman. Estas tres dimensiones son coincidentes en la mayoría de los cuestionarios de medida de la satisfacción (Caminal, 2001).

CAPÍTULO 5

LA SATISFACCIÓN DE LA MUJER CON LA EXPERIENCIA DEL PARTO

La satisfacción de la mujer con el parto es el resultado cualitativo más importante en la valoración de la experiencia del parto (Lomas et al., 1987). Con la medida de la satisfacción de la mujer con su experiencia del parto, incorporamos la perspectiva de la mujer sobre la calidad del cuidado sanitario prestado, de forma que se puedan identificar aquellos aspectos que pudiesen resultar insatisfactorios y detectar áreas susceptibles de mejora.

5.1. MÉTODOS DE MEDIDA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PARTO NORMAL

La calidad asistencial en el parto se ha medido en términos de mortalidad y morbilidad severa materno-infantil. Se ha medido en base a los resultados del parto: nº de partos eutócicos, instrumentales, cesáreas, desgarros en el periné, resultado del test de Apgar del recién nacido, etc. En los países desarrollados las cifras de morbi-mortalidad perinatal son muy bajas y por ello se necesitan otras formas para medir la calidad de cuidados en la atención al parto normal. Entre los instrumentos creados para medir la calidad de los cuidados en el parto normal están (Gómez Robles et al., 2009):

- Deborah Greener (1991) llevó adelante un proyecto para desarrollar y validar un instrumento de recolección de datos acerca de la práctica clínica de la matrona (Nurse-Midwifery Clinical Data Set, NMCDs). Este culminó con la realización de un programa informático, para registrar datos con el objetivo de realizar un estudio a nivel nacional sobre la actividad de las matronas en Estados Unidos. Se

propusieron describir, comparar y evaluar la calidad de los cuidados de la matrona en diferentes centros en que se llevasen a cabo partos normales. El instrumento constaba de 76 ítems que recogían datos de: antecedentes obstétricos y médico-quirúrgicos de la madre, sobre hábitos de salud, datos demográficos, actividades y problemas en las etapas del trabajo de parto, parto y post-parto y de control del embarazo. Para su realización se basan en la teoría de Donabedian y en las recomendaciones del American College of Nurse-Midwives Division of Research de Estados Unidos de América (Greener, 1991).

- Wiegers et al. (1996) desarrollaron un instrumento para medir la calidad de los cuidados de la matrona en los partos de bajo riesgo. Aplicaron el concepto de óptimo desarrollado en Europa por Prechtl (1980), donde una situación óptima en el parto se definía como la mujer sana sin problemas sociales, médicos u obstétricos que da a luz a un recién nacido sano, a término, sin intervenciones ni complicaciones. El instrumento tenía 74 ítems dividido en 7 categorías: entorno social (13 ítems), condiciones no obstétricas durante la gestación (9 ítems), historia obstétrica (14 ítems), aspectos obstétricos de la actual gestación (11 ítems), medidas de diagnóstico y terapéuticas (8 ítems), parto (11 ítems) y estado del neonato inmediatamente después del nacimiento (8 ítems). Se diferenciaron dos bloques: uno referente a las características presentes antes del parto (Perinatal Background Index), donde se incluirían las categorías de la 1 a la 5 y otro que se refería a los resultados del parto y el postparto (Perinatal Outcome Index), donde se incluirían las categorías 6 y 7. Los autores vieron que el instrumento presentaba poca consistencia interna. Los resultados del primer bloque no demostraron que existiese correlación entre los antecedentes y los resultados debido a que mujeres con antecedentes alejados de “lo óptimo” obtuvieron buenos resultados finales. Con respecto al segundo bloque, se vieron las ya conocidas diferencias entre primíparas y multíparas y en la población de mujeres de bajo riesgo se demostraron las diferencias en la forma de guiar el parto dependiendo de si lo hacían: matronas, médicos generales y obstetras (Wiegers et al., 1996).

- Murphy y Fullerton (2001), basándose en el trabajo de Wiegers (1996) y en el concepto de optimización (Optimality Index), desarrollan un instrumento para medir los resultados del cuidado de la matrona. Las autoras vieron la necesidad de desarrollar un instrumento que pudiese identificar las diferencias en el proceso y resultado en el cuidado en materia de salud en embarazadas de bajo riesgo con pocos resultados adversos, que reflejan la filosofía de la matrona de realizar mínimas intervenciones y soporte de los procesos naturales, como es el parto. Este debería ser lo que se valore en el estudio del cuidado de la matrona y no en términos de datos de morbilidad y mortalidad perinatal que son resultados anecdóticos en poblaciones de bajo riesgo atendidas por matronas. El instrumento se usó en grupos de población de culturas diferentes, con varios proveedores y en diversos centros de nacimiento. La conclusión de estas autoras es que en poblaciones similares de mujeres embarazadas que presenten diferencias significativas en los resultados del índice de lo óptimo pueden apuntar hacia áreas del proceso del cuidado perinatal que necesitan ser evaluadas (Murphy y Fullerton, 2001).
- Chalmers y Porter (2001) trabajaron, basándose en las recomendaciones de la OMS, para crear una herramienta en forma de escala similar a la escala del Apgar, con el fin de evaluar cómo se está tratando el parto normal en el mundo. La creación de esta escala fue propuesta por la Oficina Regional Europea de la OMS en el Second Task Force Meeting on Monitoring and Evaluation of Perinatal Care, celebrado en Bolonia en enero de 2000. En esta sesión se reunieron 34 expertos entre ginecólogos, obstetras, neonatólogos, pediatras, matronas, enfermeras, profesionales de la salud y educadores de Bulgaria, Canadá, Estonia, Georgia, Israel, Italia, Kazakistan, Lituania, Rumanía, Rusia, España, Suecia, Ucrania, y Reino Unido. Entre las prioridades destacadas para el cuidado perinatal en este encuentro están:
 1. El cuidado para el embarazo y el parto normal debería ser no medicalizado
 2. El cuidado se debería basar en el uso de la tecnología apropiada
 3. El cuidado se debería basar en la evidencia científica
 4. El cuidado debería ser regionalizado

5. El cuidado debería ser multidisciplinar
6. El cuidado debería ser holístico
7. El cuidado debería ser centrado en la familia
8. El cuidado debería ser apropiado culturalmente
9. El cuidado debería involucra a las mujeres en la toma de decisiones
10. El cuidado debería respetar la privacidad, dignidad, y la confidencialidad de las mujeres

Los Indicadores para la valoración de los cuidados efectivos en el Parto Normal son:

A. Porcentaje de mujeres con parto inducido o que se someten a cesárea electiva

B. Porcentaje de mujeres que son atendidas por profesionales en el parto

C. Escala de Bolonia:

- Presencia de un acompañante en el parto
- Uso de un partograma
- Ausencia de estimulación del parto (incluyendo presión mecánica sobre el fondo uterino) o cesárea urgente
- Uso de una posición no supina para el parto
- Contacto piel con piel de la madre y el recién nacido al menos treinta minutos en la primera hora postparto

Según los autores de esta escala, esta debe ser probada y validada en diferentes ámbitos por todo el mundo. Lo que se pretendió con esta escala fue realizar una medida que incluyese las prioridades determinadas por la OMS para mejorar el cuidado perinatal.

- Sandin-Bojő et al. (2006) realizaron un instrumento sobre el cuidado en el parto en una unidad de maternidad sueca. Se basó en las recomendaciones para el parto normal de la OMS (WHO, 1996). El instrumento cuenta con 78 cuestiones en total. Se divide según los diferentes periodos del parto: en primer lugar, se valoran los procedimientos llevados a cabo en admisión, después en el primer periodo del parto, en el segundo periodo y en el tercer periodo del parto. En cada una de estas etapas se valoran en la documentación: prácticas que está demostrado que son útiles y deberían ser promovidas, prácticas que son

perjudiciales e inefectivas y que deberían ser eliminadas, prácticas de las que no existe una clara evidencia científica para recomendar su uso y que se deberían usar con precaución mientras otros estudios clarifican su uso, prácticas que frecuentemente se usan de forma inapropiada, y los resultados. El examen sistemático del trabajo de la matrona utilizando el instrumento desarrollado puede ayudar a detectar áreas susceptibles de mejora, incluidos aspectos emocionales. Según los autores, sirve para medir los cuidados documentados, así como la calidad de éstos. Se pueden cumplimentar los ítems mediante observación directa o usando los registros del paritorio (Sandin-Bojö et al., 2006).

- Uribe et al. (2008) desarrollaron una escala de medición para evaluar el nivel de bienestar materno en el proceso de parto (Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto, BMSP). Esta escala presenta unas subescalas o dimensiones del bienestar materno que son: cuidado profesional de calidad, respeto del profesional a la mujer como persona/usuario, atención despersonalizada (invertida), ambiente físico confortable, oportunidad de ingesta e hidratación, contacto madre e hijo intraparto, compañía significativa durante el proceso, libertad de movimiento y desplazamiento. En este estudio se vio que el bienestar materno en el proceso del parto, depende más del acompañamiento, guía y afecto del profesional y de la persona de su elección, que de lo confortable del entorno físico o de que se cubran las necesidades básicas (Uribe et al., 2008).

5.2. ASPECTOS ESTRESANTES DEL PARTO QUE TIENEN IMPACTO EN LA MUJER Y LA FAMILIA

En un estudio realizado por Stanley et al. (1979) sobre las preocupaciones y miedos que pueden producir ansiedad prenatal, se encontró que los mayores índices de ansiedad se refirieron al miedo al parto y al bienestar del recién nacido.

Areskog-Wijma et al. (1981) exploraron el miedo al parto y describieron sus componentes. Entre los miedos encontraron: miedo a que el bebé nazca mal (lesionado, con malformaciones o muerto), miedo a al daño físico (desgarros en el periné), miedo a no comportarse bien y a no ser atendida correctamente (por la necesidad de apoyo para afrontar el dolor y el sufrimiento en el parto). Estos autores elaboraron un cuestionario

que medía el miedo al parto. Consta de 20 ítems y la contestación afirmativa a 6 ítems o más (incluyendo la negación del parto como experiencia positiva del ítem 16) indicaría un miedo excesivo al parto.

Molinski (1986) habla del parto como un momento que llega por la naturaleza del proceso del embarazo para finalizar el mismo. Llega irrevocablemente estando cargado de temor a la muerte y al destino. Salvatierra (1989:41) afirma que en el parto pueden existir alteraciones de la percepción, la conciencia, pérdidas de raciocinio y del autocontrol. Por ello, según Molinski (1986), la mujer tiende a pedir ayuda ante la situación de emergencia que supone el parto para ella.

Según Bergum (1989), Rabuzzi (1994) y Mauger (1998) el trabajo de parto y el parto son eventos significativos, sagrados e incluso espirituales en la vida de la mujer, aunque sus implicaciones psicológicas son apenas reconocidas en el modelo médico (Parrat, 2002).

El parto, según Reynolds (1997), puede ser una experiencia muy dolorosa, a menudo asociada con sentimientos de pérdida de control. Por ello, no debería sorprender que el parto pueda ser traumático para algunas mujeres.

Wijma et al. (1998) afirman que el parto, como proceso biológico, se caracteriza por una serie de fenómenos psicológicos distintos y predictivos. Sin embargo, para la mujer de forma individual, el curso exacto así como la experiencia subjetiva del parto no son conocidas anticipadamente. Una mujer embarazada puede cuestionar su capacidad para hacer frente a los cambios que el parto lleva consigo. Los sentimientos de incertidumbre y ansiedad pueden crecer por la experiencia de la mujer de ser capturada en la situación en la que se tiene que enfrentar al parto que se aproxima, el cual es desconocido, incontrolable e ineludible. Para algunas mujeres esta situación es psicológicamente tan estresante que puede generar miedo al parto. Estos autores elaboraron un cuestionario para medir el miedo al parto basado en la teoría de que las expectativas que una mujer embarazada tiene antes del parto tienen relevancia sobre su experiencia y comportamiento sobre el parto. De forma similar la valoración que una mujer hizo sobre un parto anterior podrá indicar el grado de ansiedad asociada con su último parto, ofreciendo una estimación del miedo que puede experimentar durante un posible parto en el futuro (Wijma et al., 1998).

Las expectativas de las mujeres sobre el parto pueden estar llenas de miedos al mismo. Beaton y Gupton (1990) vieron que el dolor que las mujeres esperaban sentir en el parto podía provocar en ellas miedo y ansiedad porque es desconocido. Green (1993), Lowe (1996) y Sjogren (1997) observaron que las mujeres expresaron miedos debidos a la falta de control, sensación de abandono, que le ocurra algo malo a ella misma o al bebé. Las diferencias entre las expectativas de las mujeres y las experiencias (p.ej. que tengan más dolor del esperado) pueden afectar a las percepciones y sentimientos, habiendo posibilidades de que se produzcan resultados adversos a nivel emocional como decepción, culpabilidad y sensación de haber fallado (Gibbins y Thomson, 2001).

Las mujeres también expresan sentimientos de ansiedad y confianza acerca de su habilidad para hacer frente a la situación del parto y existen estudios como los de Booth y Meltzoff (1984), Reading y Cox (1985), Stolte (1989), Crowe y von Baeyer (1989), Lowe (1989, 1991) y Shearer (1995) que observaron que la confianza en la habilidad para afrontar el parto es un importante predictor de una experiencia positiva del parto.

Según Gibbins y Thomson (2001), es importante investigar postnatalmente cómo se sienten las mujeres con sus experiencias del parto. Esto se podría hacer de forma informal o con un cuestionario formal hacer un informe valorando las experiencias y ayudando a la mujer a no tener una visión negativa de los resultados (Gibbins y Thomson, 2001).

Stainton (1988) y Knapp (1996) observaron en sus estudios que la satisfacción con la experiencia del parto está relacionada con el bienestar emocional en el postparto. Affonso (1979) y Simkin (1992) vieron que la experiencia del parto estaba relacionada con la autoestima. Por esta razón, si las expectativas sobre el rol deseado en el parto no se realiza, los sentimientos de decepción y frustración pueden llevar a disminuir la autoestima de la madre, lo que repercutirá en su adaptación al nuevo rol maternal (Harvey et al., 2002).

Green et al. (2003) y Ohman et al. (2003) han desarrollado la escala de preocupaciones de Cambridge donde las puntuaciones más altas se relacionan con ansiedad y alteraciones del estado de ánimo.

La tecnología médica se ha incrementado como una norma en el parto. Johanson et al. (2002) han visto que las expectativas de las mujeres se han visto alteradas para

verse involucradas en un proceso envuelto de tecnología médica con un menor control y posibilidad de elección durante el proceso del parto. Todo esto lleva a las mujeres a sentir miedo del proceso del parto. Heaman et al. (1992) dicen que los miedos como la pérdida de control, el dolor, la muerte de ellas o de sus bebés y la falta de creencia en su propia capacidad para afrontar el parto pueden provocar también ansiedad.

Seguranyes (2004:190) afirma que la mujer en el parto debe recibir atención según sus necesidades tanto físicas como psicológicas, debido a que presenta un estado de fragilidad emocional pudiendo presentar ansiedad, miedo, dolor y excitación. Todo esto hace que sea fundamental estar atento a todas sus necesidades respetando en todo momento sus deseos sin descuidar la seguridad de la madre y el feto.

Terre (2004:205) afirma que el dolor del parto se ve potenciado por influencias psicológicas que se pueden fomentar por la información que la mujer recibe a través de su familia, amigos, etc. Se transmiten historias de partos que no han sido normales y con complicaciones. Entre esto y el miedo a lo desconocido, al dolor o al recuerdo de una experiencia negativa anterior, la mujer puede presentar temor al parto, asociado también a fatiga que puede aparecer al final del embarazo y que se da en los partos prolongados.

Alcolea Flores y Vázquez Soto (2011: 546) exponen que el dolor en el parto genera en la mujer una serie de emociones, expectativas y experiencias que ponen en evidencia que los factores psicosociales juegan un papel muy importante. De hecho, parece que el miedo de la madre al parto contribuye al aumento de las tasas de cesárea. Por otra parte, el miedo y la ansiedad aparecen en las experiencias de dolor, lo que en el parto justifica el hecho de que las mujeres deban estar acompañadas por una persona en la que ellas confíen durante el trabajo de parto.

5.3. LA SATISFACCIÓN COMO MEDIDA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL PROCESO DEL PARTO Y UNA FORMA DE QUE LAS MUJERES Y FAMILIAS PARTICIPEN EN ELLA

Gibb (1994) dijo que la reducción de las tasas de mortalidad perinatal ha llevado a que se incrementen las expectativas sobre la experiencia del parto. Brucker y MacMullen (1987) afirman que muchas mujeres van a su parto esperando tener una experiencia positiva y de crecimiento personal. Muchas de ellas verán cumplidas sus

expectativas, pero otras no. De hecho, muchos profesionales no entienden el por qué muchas mujeres que tienen un resultado positivo de su parto, o sea, un bebé saludable, están insatisfechas con su experiencia. Estos hechos son los que ponen de manifiesto la necesidad de observar a las mujeres de una forma holística, debiendo explorar tanto los aspectos físicos como psicológicos que influyen en la experiencia del parto (Lavender et al., 1999).

Lomas et al. (1987) identificaron la satisfacción con el parto como el resultado cualitativo más importante en la valoración de la experiencia del parto. Diversos estudios como los de Stainton (1988) y Knapp (1996) han relacionado la satisfacción con la experiencia en torno al parto con el bienestar emocional en el postparto.

Según Waldenström y Nilsson (1993) y Hodnett et al. (1997), los puntos de vista de las mujeres son importantes a la hora de introducir cambios en las terapias. Como consecuencia de esto, la satisfacción de las mujeres se ha convertido en un resultado importante en los estudios clínicos en el periodo perinatal Brown y Lumley (1994, 1998) afirman que los profesionales desean conocer los aspectos del cuidado perinatal que son importantes para la satisfacción de las mujeres.

Lavender et al. (1999) realizaron un estudio para valorar los factores que contribuían a que las mujeres tuviesen una experiencia de parto positiva. Estas autoras ven la necesidad de valorar los puntos de vista de las mujeres con respecto a los resultados del parto y que los servicios de maternidad deben ofrecer por un lado seguridad, pero, por otro, satisfacción (Lavender et al., 1999).

Smith (2001) también vio que las medidas que hasta ese momento se habían utilizado para valorar la calidad del cuidado en el parto (mortalidad y morbilidad perinatal y materna) ya no servían, debido a que se basaban en medidas de casos que era excepcional que ocurriesen. Se hacía necesaria una medida de calidad en el parto centrada en las necesidades de la paciente como es la satisfacción de las mujeres.

Johnson et al. (2002) afirman que los estudios de satisfacción son herramientas vitales para acceder a los puntos de vista de los consumidores y constituyen una parte fundamental de la valoración del cuidado, así como de la información sobre la planificación del servicio.

Hodnett (2002) y Goodman et al. (2004) afirman que la valoración de la satisfacción de las mujeres con el cuidado en el parto es relevante para los proveedores de cuidados de salud, administradores y políticos para valorar la calidad del cuidado, para tomar decisiones acerca de la organización y provisión de los servicios de salud (Gungor y Beji, 2011).

Según van Teijlingen et al. (2003), las personas que elaboran las políticas sanitarias están prestando cada vez más atención a aquellos factores del cuidado maternal que influyen en la satisfacción de las mujeres. Los servicios de maternidad en el Reino Unido han respondido a las demandas de los usuarios de involucrarse en los cuidados y, a nivel mundial, se han introducido políticas e iniciativas por parte de las matronas para el desarrollo de los servicios de maternidad centrados en la mujer. Los principios que rigen estos servicios son: en primer lugar, que las mujeres están capacitadas para participar en la toma de decisiones sobre su cuidado; y, en segundo lugar, que los proveedores de cuidados deberían intentar involucrar a las mujeres en la planificación de los servicios (van Teijlingen et al., 2003).

Una forma en que la calidad del cuidado desde la perspectiva de las mujeres ha sido valorada a través del desarrollo y la aplicación de medidas de la satisfacción (Peterson et al., 2005).

Zastowny et al. (1995) afirman que la satisfacción global es una medida importante de la calidad del cuidado. La satisfacción a menudo es usada para valorar el cuidado prestado en el periodo perinatal y se usa la medida de la satisfacción global como una medida de calidad del cuidado perinatal que ellos proveen. Además se ha medido la satisfacción con respecto a aspectos específicos del cuidado perinatal como un resultado del mismo en un gran número de estudios publicados (Britton, 2006).

Según Hildingsson y Thomas (2007), se conoce poco acerca de la perspectiva del paciente sobre la calidad del cuidado. Los diversos países están empezando a desarrollar modelos para valorar la calidad asistencial considerando el uso de medidas que incluyan tanto dimensiones objetivas como subjetivas. Para valorar las experiencias subjetivas la herramienta que se utiliza es la satisfacción del paciente. En Suecia, una forma de que los pacientes participen de forma más activa en su cuidado ha sido el que puedan escoger el hospital y los profesionales que desean que los traten. En el caso de los

servicios de maternidad, en Reino Unido se han desarrollado servicios de maternidad basados en los deseos de las mujeres embarazadas. En el estudio realizado por Hildingsson y Thomas (2007) se pretendía valorar las experiencias de las mujeres en torno al proceso de la gestación y el parto. Según estos autores, los resultados a los que se llegaron ayudan a valorar la satisfacción de las mujeres con los servicios recibidos, a apoyar el cuidado centrado en las pacientes y a sugerir mejoras en los procesos de cuidado maternal según las necesidades expresadas por las propias mujeres (Hildingsson y Thomas, 2007).

Christiaens y Bracke (2007) siguiendo a Linder-Pelz definen la satisfacción como una evaluación positiva de las distintas dimensiones del parto. En general, existe un acuerdo en que la satisfacción es un concepto multidimensional influido por diversos factores. Esto aplicado al proceso del parto implica que la mujer puede estar satisfecha con algunos aspectos del proceso mientras que puede estar insatisfecha con otros (Christiaens y Bracke, 2007).

Vivanco (2009) resalta el papel de la matrona en la búsqueda de la excelencia en la calidad de los cuidados prestados en el proceso de parto, postparto y cuidados al recién nacido. También habla de la corriente actual que pretende devolver a la mujer y la familia el protagonismo y la participación activa en todo el proceso del parto. Esto hace necesario que se valoren las opiniones de las madres que sin duda servirán para mejorar la asistencia al parto. Según la autora, cualquier estudio de satisfacción no pretende otra cosa que dar voz a los pacientes en el desarrollo y la mejora continua de los servicios asistenciales (Vivanco, 2009).

En España, nos encontramos en un proceso de transformación en el modo de atención al parto que va dirigido a ofrecer una atención integral y personalizada, en la que tengan un papel activo participando y siendo las protagonistas de su proceso (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Para lograr esto, se debe incluir la perspectiva de las mujeres en la valoración de la atención que se les presta, de forma que se puedan identificar los aspectos que ellas perciben como insatisfactorios y así detectar áreas susceptibles de mejora (Mas-Pons et al., 2011).

5.3.1. Factores que más influyen en la satisfacción de la mujer en su experiencia del parto

En una revisión sistemática de 137 artículos realizada por Hodnett (2002) resalta que existen cuatro factores que son: expectativas personales, la cantidad de soporte por parte de los cuidadores (en especial de las matronas), la calidad de la relación cuidador-paciente y la participación en la toma de decisiones, éstos aparecen como los más importantes que están por encima de las influencias de la edad, estatus socioeconómico, etnia, preparación al parto, el dolor, la inmovilidad, intervenciones médicas y continuidad en el cuidado cuando las mujeres evalúan sus experiencias (Hodnett, 2002).

A pesar de que la satisfacción es un concepto multidimensional, los factores más significativos de todos los aspectos de la satisfacción fueron el control personal y que las expectativas del parto se cumplan (Goodman et al., 2004).

En el gráfico que vemos a continuación se representan los factores que influyen en la satisfacción de la mujer, en el trabajo de parto y parto en orden de importancia según los describe Hodnett en su revisión sistemática (Hodnett, 2002).

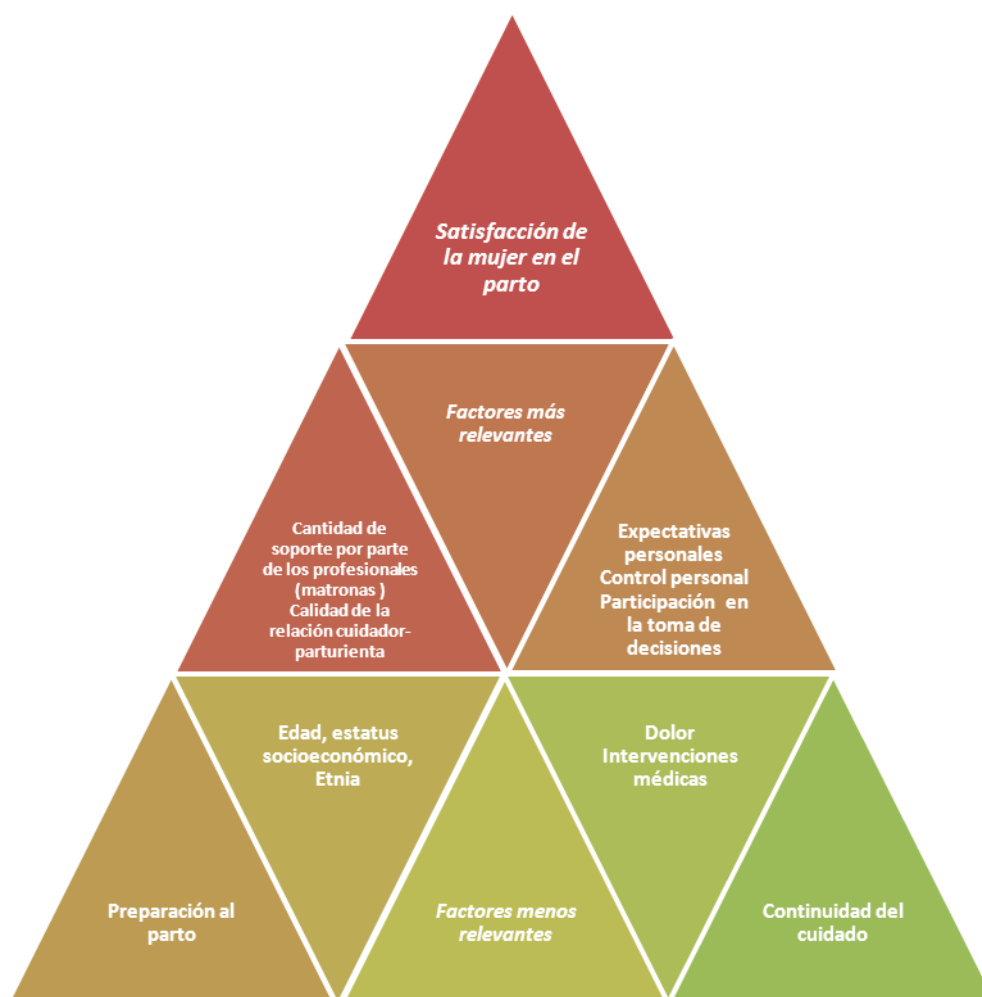


Figura 6. Factores que influyen en la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto según Hodnett (2002)

5.3.2. Factores relacionados con la insatisfacción de la mujer en el parto

Calnan (1991) y Williams (1994) encontraron que los factores de insatisfacción con el cuidado en el hospital fueron explicados por la naturaleza de la relación entre paciente-profesional, así como las herramientas de comunicación de los cuidadores, el cuidado interpersonal, el cómo se dio la información, además de los aspectos organizativos como horarios inflexibles, calidad de las comidas y la falta de privacidad.

Los estudios de Ryding et al. (1997), Waldenström et al. (2004), Nystedt et al. (2005), Wiklund et al. (2008) vieron qué intervenciones médicas no planeadas durante el parto como: inducción con oxitocina, cesárea urgente, partos instrumentados,

complicaciones intraparto y la necesidad de cuidados intensivos neonatales; están relacionadas con insatisfacción materna.

Erenel y Akkuzu (1999), Turan et al. (2003), Uzun et al. (2006) y Tasci (2007) observaron que los aspectos que eran fuente de quejas de las mujeres eran: el comportamiento irrespetuoso de los profesionales sanitarios, la falta de información y problemas relacionados con la calidad de los servicios (condiciones del entorno, habitación, etc.).

Siassakos et al. (2009) observaron que una de cada cinco mujeres están insatisfechas con su trabajo de parto y parto a menudo por una pobre comunicación con el personal médico y, según Green et al. (1990), Green (1993), Rijnders et al. (2008), sobre todo si se trata de partos instrumentales.

5.3.3. Consecuencias de experiencias negativas o insatisfactorias durante el parto

5.3.3.1 Consecuencias en la salud de la madre

La satisfacción de la mujer con su experiencia de parto tiene efectos inmediatos y a largo plazo sobre su propia salud y su relación con el bebé. Según Simkin (1991,1992) y Laurence (1997), una experiencia satisfactoria del parto contribuye a que la mujer tenga una sensación de logro y autoestima y, según Slade et al. (1993), Mackey (1995) y Waldenström (1996), esta experiencia creará nuevas expectativas para futuras experiencias de parto. Por el contrario, las mujeres que experimentan partos insatisfactorios, según Laurence (1997), recuerdan el parto de su hijo solo con dolor, angustia, miedo o tristeza, o no recuerdan nada, lo que puede sugerir “amnesia traumática”. Una experiencia de parto traumática e insatisfactoria puede derivar según Philips y O’Hara (1991) y Ballard et al. (1995) en depresión postparto y trastorno de estrés post-traumático en el que la mujer revive su parto en sueños y con flashbacks que le producen un gran distress.

Kirke (1980a, 1980b) y Rijnders et al. (2008) afirmaron que las mujeres que están insatisfechas con su parto pueden tener problemas de disfunción sexual y aversión por un futuro embarazo o parto.

Ryding (1993) vio que una experiencia traumática en el parto puede llevar a la mujer a una afectación profunda de su autoestima. Es más, ella recordará el parto con dolor, angustia, miedo o tristeza, o no recordará nada, lo que sugiere una amnesia traumática (Reynolds, 1997).

Harvey et al. (2002), Goodman et al. (2004), Waldenström et al. (2004) y Britton (2006) observaron que la satisfacción de las mujeres con su experiencia de parto tiene implicaciones en la salud y bienestar de la mujer. La insatisfacción de una mujer con su experiencia de parto puede tener consecuencias inmediatas y a largo plazo sobre su salud y sobre la relación con su hijo, incluyendo: depresión postparto, trastorno de estrés post-traumático y preferencia por una cesárea en partos posteriores.

En un estudio realizado por Rudman et al. (2008), valoraron los antecedentes de salud psicológica de las mujeres y vieron que en el grupo de las mujeres que manifestaron estar más satisfechas presentaban mejores tasas de bienestar psicológico en la gestación. En contraposición, las mujeres del grupo que manifestaron insatisfacción con todos los cuidados postnatales en el hospital, presentaron más síntomas de depresión en la gestación y un menor sentido de la coherencia (Rudman, 2008).

La satisfacción con el cuidado intraparto es distinta de la que tiene una mujer con su propio comportamiento durante el parto. Según Green et al. (1990), una mujer puede estar muy insatisfecha con el cuidado recibido pero muy contenta con su propio comportamiento. Sin embargo, ambas están relacionadas. Según Hodnett (2000), se sabe que la calidad del soporte de los cuidadores afecta a la habilidad para afrontar los factores estresantes del parto, con los consecuentes efectos en la autoestima y la depresión postparto (Hodnett, 2002).

Pang et al. (2008) encontraron que las mujeres con una experiencia negativa del parto y un miedo severo al mismo tienen un riesgo incrementado de sufrir depresión postparto y se plantean el parto con una cesárea electiva aunque esta esté asociada a una serie de riesgos tanto para la madre como para el bebé (Liu et al., 2007; Hansen et al., 2008; Thavagnanam et al., 2008; Cardwell et al., 2008).

5.3.3.2 Trastorno de estrés post-traumático postparto

En un estudio realizado por dos obstetras franceses, Bydlowski y Raoul-Duval (1978), se describieron 10 casos de entre 4400 partos durante un periodo de dos años. Todos los casos llamaron su atención porque en gestaciones posteriores seguían presentando efectos debidos al trauma experimentado en el parto anterior. Todos eran partos largos y difíciles, cinco de ellos con fórceps y tres nacimientos con bebé muerto o en mal estado. Entre las consecuencias de estos trastornos aparecían: evitar la natalidad, retorno de los síntomas en el último trimestre de la siguiente gestación, aparecían pesadillas tan terribles que llevaban a las mujeres al insomnio porque tenían miedo a dormir (Bydlowski & Raoul-Duval, 1978).

En un estudio de series de casos realizado por Ballard et al. (1995) describieron cuatro casos en que se observaron síntomas sugestivos del trastorno de estrés post-traumático que comenzaron a las 48h del parto. Las cuatro pacientes presentaron síntomas de las categorías B, C, D y E de los criterios del DSM-III para los trastornos de estrés post-traumático. Cada uno de los partos fue emocionalmente traumático: uno porque el bebé sufrió parada cardiaca, otro porque la analgesia epidural no funcionó y dos de ellos por control pobre del dolor. Todas presentaron síntomas de depresión mayor o menor. Los síntomas de estrés post-traumático tendían a ser frecuentes y persistentes (en tres de las cuatro mujeres los síntomas persistieron durante al menos un año). Incluso, tres de las cuatro mujeres sintieron la necesidad de evitar el contacto con sus hijos (Ballard et al., 1995).

Descripción de los casos del estudio de Ballard et al. (1995):

- El caso 1: A la mujer se le practicó una cesárea urgente por una situación transversa del bebé y la analgesia epidural no hizo efecto, por ello, la mujer estuvo gritando y luchando en la mesa de operaciones porque no resistía el dolor. Después tuvo imágenes recurrentes sobre la experiencia vivida y pesadillas en las que soñaba con toda clases de operaciones en las que veía al cirujano insertando el bisturí y ella le gritaba llorando para que parase (PTSD-B, D). Esto continuó durante cuatro meses (PTSD-E) y también síntomas de

depresión mayor llegando a pensar en el suicidio. Todo esto repercutió en su relación con el bebé, pensando cada vez que lo miraba que él era el culpable de que ella lo hubiese pasado tan mal y tenía sentimientos de odio hacia él, por ello, evitaba el contacto con él porque le traía recuerdos de lo sucedido (PTSD-C).

- El caso 2: El parto fue normal pero el control del dolor no fue bueno y decía que se había sentido sola por periodos de tiempo prolongados y no se sintió apoyada durante el parto. La mujer describió su parto como una tortura. Desde el parto hasta 7 meses después tenía pesadillas y decía que la experiencia del parto había producido en ella una cicatriz mental (PTSD-E). Presentó pesadillas centradas en la experiencia del parto y en el dolor extremo la mayoría de las noches (PTSD-B). También presentaba imágenes visuales y pensamientos frecuentes del parto mientras estaba despierta (PTSD-B) asociados con sentimientos de pánico y excitación automática (PTSD-D). La relación con el bebé era de resentimiento por haberla llevado a esta situación, evitando cualquier forma de interacción emocional y sintiéndose incapaz de establecer contacto visual con él (PTSD-C).
- El caso 3: El parto fue traumático con una distocia de hombros por feto macrosoma en una mujer con diabetes gestacional. El bebé tuvo una parada cardiorespiratoria y se realizó resucitación neonatal con resultado positivo. Después, la mujer presentaba imágenes visuales intensas que podían ocurrir en cualquier momento (PTSD-B) asociadas a emociones persistentes de angustia y tensión (PTSD-D). Esta situación perduró hasta 9 meses después del parto estando la mujer patológicamente ansiosa hasta el punto de tener al bebé en la cama con ella para escuchar su respiración. Al mismo tiempo, tendía a evitar al bebé porque le recordaba el trauma del parto (PTSD-C).
- El caso 4: En este caso el parto fue largo y la gestante estuvo dos noches sin dormir. La matrona en la sala de parto no le habló en absoluto y las demandas de la mujer para el alivio del dolor (ella quería la analgesia epidural) no se tuvieron en cuenta. Cuando nació la niña ella no podía hablar, no la tocó, y la matrona ni siquiera le puso anestesia local para suturar el periné. La mujer tuvo pesadillas acerca de su parto (PTSD-B) y se levantaba temprano debido a ellas, generalmente sudando muchísimo (PTSD-D). Durante el día no podía leer o ver

en la televisión nada sobre bebés o anestésicos, sin sentirse profundamente ansiosa y enfadada (PTSD-D). En consecuencia, evitaba un rango de programas de televisión y de revistas (PTSD-C). Manifestó que la matrona debía ser castigada.

Según Ballard et al. (1995), es difícil saber las posibles causas de estos casos patológicos. Podría ser por partos largos y complicados con falta de control de la situación. Los problemas con los recién nacidos son debidos a que les recuerdan la experiencia negativa del parto (Ballard et al., 1995).

La mayoría de los profesionales tienden a pensar en el trauma en el parto en términos de daño físico. Sin embargo, el parto también puede ser traumático psicológicamente. Boyce y Todd (1992) y Hannah et al. (1992) reconocieron que determinados tipos de parto como la cesárea urgente pueden originar problemas psicológicos. Goldbeck- Wood (1996) observó que incluso un parto normal puede ser traumático para algunas mujeres.

Los Trastornos de Estrés Post-Traumático se caracterizan por presentar unos criterios diagnósticos principales descritos en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV):

- A. La persona tiene una historia de un suceso traumático durante el cual se sintió amenazado por la muerte o ante un daño serio respondiendo a esta amenaza con sentimientos de miedo e impotencia. Según Reynolds (1997), el parto podría ser calificado como dicho evento traumático cuando el dolor experimentado ha sido severo o extremadamente severo durante el mismo. Las mujeres que lo han padecido lo describen como el dolor más intenso que han experimentado nunca e incluso algunas han experimentado despersonalización debido al mismo, y esto ocurre a menudo cuando ocurre un trauma.
- B. Tendencia a revivir la experiencia a través de escenas retrospectivas.
- C. Persistente evitación de estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma).

- D. La persona muestra un comportamiento de evitación y puede mostrar hipervigilancia también, ya que él o ella intenta asegurarse de que el suceso traumático no vuelva a repetirse, por ello está siempre alerta ante el hecho de que puede ocurrir de nuevo.
- E. Los síntomas persisten durante más de un mes.
- F. Afectan a la habilidad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Hay dos características comunes del parto que lo hacen potencialmente traumatizante que son: dolor extremo y sentido de pérdida de control. Hay evidencia de que un pequeño porcentaje de mujeres tienen una experiencia traumática en el parto. Esta es una variedad poco reconocida de estrés post-traumático, a la que Reynolds (1997) llama “una experiencia traumática del parto”. Hay estudios de series de casos, de investigación cualitativa y estudios de mujeres que quieren cesárea electiva por razones psicológicas que avalan esta teoría. Ryding (1991, 1993) vio que la cesárea electiva es un ejemplo de comportamiento de evitación del trauma vivido en el parto, típico de los trastornos de estrés post-traumático. Según Ryding (1993), existían dos razones fundamentales para la elección de la cesárea: el miedo debido a un parto anterior y el miedo a perder el bebé debido a que muchas de estas mujeres habían tenido un bebé gravemente comprometido o habían experimentado el miedo debido a la realización de una cesárea urgente en un parto anterior. Otra razón dada por Reynolds en su estudio fue el miedo a desgarros vaginales en mujeres nulíparas y de estas mujeres se vio que habían dos que habían sufrido abusos sexuales y las sensaciones vividas en el parto les recordaban el abuso sexual vivido, lo que les llevaba a revivir el trauma inicial. Las órdenes dadas por los profesionales tales como: ¡Abre las piernas!, ¡coopera! y ¡sé una buena chica!, les recordaban la agresión. Incluso, una mujer que había sido agredida sexualmente cuando era niña describió la sensación de la presión de la calota fetal en la vagina como la que ella sufrió cuando era violada (Reynolds, 1997).

Reynolds (1997) propuso unas aproximaciones prácticas que los profesionales de la salud implicados en el cuidado de la mujer (médicos, enfermeras obstétricas, matronas, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) podrían considerar para

intentar detectar las mujeres que pueden tener riesgo de sufrir trastorno de estrés post-traumático:

- Durante el embarazo: realizar una historia clínica cuidadosa en la que se pregunte si la mujer ha sufrido abusos sexuales, abortos espontáneos o provocados, embarazo ectópico y muerte fetal intrauterina, factores que pueden provocar en ella un riesgo de sufrir una experiencia traumática del parto. Se puede detectar si ha tenido un trastorno de estrés post-traumático preguntándole si tiene pesadillas o la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones o episodios disociativos de flashbacks) de algo desagradable durante el día. Según Klein (1983) una mujer que con una gran necesidad de hacer múltiples preguntas y de realizar planes de parto extremadamente detallados puede ser sugerente de una necesidad de control y de una ansiedad severa.
- Durante el parto: Asegurar una buena comunicación para tener control de la situación y asegurar un control excelente del dolor respetando la decisión de la mujer y ayudándola a sentirse con control personal ante la situación, ofreciéndole opciones para que ella tome sus propias decisiones.
- Después del parto: Habitualmente es en este momento cuando se detecta si ha sufrido este problema. Lo que se debe hacer es alentar una discusión sobre la experiencia del parto. Valorar la relación con el recién nacido y si tiene sentimientos inexplicables de angustia, miedo, pesadillas, etc. También se debe valorar si tiene depresión postparto.
- Durante el siguiente embarazo: Realizar una historia cuidadosa y considerar las razones por las que una mujer pueda preferir una cesárea electiva.

Según Reynolds (1997) los profesionales de la salud pueden hacer muchas cosas para prevenir el que las mujeres tengan una experiencia traumática del parto.

En los estudios de Creedy et al. (2000), Czarnocka y Slade (2000), Ayers y Pickering (2001) y Olde et al. (2006) indicaron que el parto puede estar asociado a PTSD. Existe evidencia de que experiencias traumáticas de parto están asociadas a síntomas de trastornos de estrés post-traumático (Wijma et al., 1997; Bailham, 2003).

Ryding (1993) y Goldbeck-Wood (1996) observaron que embarazos posteriores a una experiencia de parto traumática pueden derivar en abortos provocados y el requerimiento de una cesárea electiva posteriormente. En el estudio realizado por Modarres et al. (2012) en Irán que el PTDS postparto estuvo asociado al nivel educativo, la edad gestacional en el momento del parto, número de visitas prenatales, complicaciones en el embarazo, intervalo intergenésico, duración del parto, y tipo de parto.

Menage (1993) y Olde et al. (2006) que entre los diferentes factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de PTDS postparto están: historia de problemas psicológicos, ansiedad, procedimientos obstétricos, aspectos negativos en el contacto mujer (personal sanitario, sensación de control, y soporte social). También en los estudios de Lev-Wiesel et al. (2009) y Yampolsky et al. (2010) vieron que una historia traumática y en particular de abusos sexuales en la infancia podrían ser factores de riesgo para tener altos niveles de distrés en el embarazo y síntomas de PTDS postparto. Estos factores de riesgo según Ayers y Pickering (2001) podrían ser identificados en la gestación pudiendo realizar una prevención primaria y Modarres et al. (2012) consideran que se podría prevenir con el soporte de los profesionales sanitarios.

Aunque la prevalencia de PTSD en el postparto no está claro que sea mayor que en la población en general, no deja de ser considerado un problema muy importante debido al impacto que tiene la salud mental materna en el desarrollo del niño (Ayers, 2007) y en el deterioro de la relación madre-hijo (Kumar, 1997; Parfitt & Ayers, 2009; Furuta et al., 2012).

En una revisión sistemática sobre la relación entre patología materna severa (hemorragia obstétrica mayor, eclampsia, disfunción renal o hepática, parada cardíaca, edema de pulmón, disfunción respiratoria grave que precise intubación o ventilación durante más de una hora, coma, accidente cerebro-vascular, estado epiléptico, shock anafiláctico, shock séptico, embolismo pulmonar masivo, etc.) y aparición de síntomas de PTSD en el postparto no se vio evidencia de que existiese una relación consistente entre ambas variables y, además, los resultados variaban entre estudios. Parece que existía alguna evidencia de que la pre-eclampsia severa es un factor de riesgo de

aparición de PTSD y sus síntomas y que estaba asociado también a otros factores como el estado fetal/neonatal (Furuta et al., 2012).

5.3.3.3 Consecuencias en la relación de pareja, el recién nacido y la familia

Según Affonso (1979) la pérdida de la autoestima materna, debida a no poder cumplir las expectativas deseadas para su parto, puede repercutir en su postparto impidiendo el crecimiento y desarrollo de su familia.

Ryding (1993) vio que el distrés experimentado en el parto afectaba a la habilidad de las mujeres para la lactancia materna, para el establecimiento del vínculo con el bebé y a la reanudación de relaciones sexuales después del parto (Reynolds, 1997).

También pueden derivar según Goldbeck-Wood (1996) en futuros abortos. Laurence (1997) vio que podía dificultar la capacidad de reanudar las relaciones sexuales después del parto. Ryding (1991,1993) describió la preferencia por la cesárea en partos posteriores.

La satisfacción de la mujer con la experiencia de parto es también importante para el bienestar del bebé. Simkin (1991,1992) vio que una percepción positiva de la experiencia del parto de una madre se ha relacionado con sentimientos positivos hacia su criatura y una adaptación al rol maternal. Por el contrario, en partos traumáticos se ve afectada la habilidad para dar lactancia materna y crear un lazo con sus hijos y según Laurence (1997) llevará al abandono y abuso del bebé.

Harvey et al. (2002), Goodman et al. (2004), Waldenström et al. (2004) y Britton (2006) observaron que la insatisfacción en la experiencia de un parto anterior puede llevar a futuros abortos, falta de habilidad para volver a tener relaciones sexuales después del parto y sentimientos negativos hacia su hijo, una adaptación pobre al rol maternal y problemas con la lactancia materna.

CAPÍTULO 6

ANÁLISIS DEL CONTEXTO

El presente estudio se ha realizado en dos hospitales pertenecientes al Servicio Murciano de Salud (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca) y a la Agencia Valenciana de Salud (Hospital Universitario de Torrevieja). A continuación se describen ambos hospitales, las áreas de salud que cubren en sus respectivas comunidades autónomas, su entorno físico y su modelo de atención al parto.

6.1. EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

El Servicio Murciano de Salud (SMS) es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad Autónoma de Murcia, perteneciente al Sistema Nacional de Salud, creado en 1986 y que sustituyó al INSALUD.

La Ley 4/1994, de 26 de julio, aprueba la creación del Servicio Murciano de Salud y, posteriormente por el Real Decreto 1474/2001 de 27 de diciembre se realiza el traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, por el cual, a partir de enero de 2002, se hacen efectivas las transferencias en materia de sanidad, siendo así el Servicio Murciano de Salud el responsable de la prestación y gestión en materia de sanidad en la Región de Murcia.

6.1.1. Áreas de salud del Servicio Murciano de Salud

La organización territorial del Servicio Murciano de Salud está contemplada en el Decreto 27/1987, del 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia. Así la Región de Murcia se dividía en seis áreas de salud.

Sin embargo, por la Orden de 24 de abril de 2009 (BORM de 7 de mayo de 2009), de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno autonómico, se procedió a modificar las áreas de salud que hasta el momento dividían el territorio de la Región. La actual división es la siguiente:

- ❖ Área I. Murcia Oeste. Hospital Clínico Universitario Virgen la de Arrixaca.
 - Alcantarilla / Casco
 - Alcantarilla / Sangonera
 - Alhama de Murcia
 - Mula
 - Murcia / Algezares
 - Murcia / Aljucer. (Pendiente de creación)
 - Murcia / Campo de Cartagena
 - Murcia / El Palmar
 - Murcia / Espinardo
 - Murcia / La Alberca
 - Murcia / La Ñora
 - Murcia / San Andrés
 - Murcia / Sangonera la Verde
 - Nonduermas
- ❖ Área II. Cartagena. Hospital Nuestra Señora del Rosell.
 - Cartagena / Barrio Peral
 - Cartagena / Casco
 - Cartagena / Este
 - Cartagena / Los Barreros
 - Cartagena / Los Dolores
 - Cartagena / Mar Menor
 - Cartagena / Molinos Marfagones
 - Cartagena / Oeste
 - Cartagena / Pozo Estrecho
 - Cartagena / San Antón
 - Cartagena / Santa Ana. (Pendiente de creación)
 - Cartagena / Santa Lucía
 - Fuente Álamo
 - La Manga
 - La Unión
 - Mazarrón
 - Puerto de Mazarrón
- ❖ Área III. Lorca. Hospital Rafael Méndez.
 - Águilas / Norte
 - Águilas / Sur
 - Lorca / Centro
 - Lorca / La Paca
 - Lorca / San Cristóbal (Pendiente de creación)
 - Lorca / San Diego

- Lorca / San José
- Lorca / Sutullena. (Pendiente de creación)
- Puerto Lumbreras
- Totana / Norte y Sur
- ❖ Área IV. Noroeste. Hospital Comarcal del Noroeste.
 - Bullas
 - Calasparra
 - Caravaca
 - Caravaca / Barranda
 - Cehegín
 - Moratalla
- ❖ Área V. Altiplano. Hospital Virgen del Castillo.
 - Jumilla
 - Yecla / Este
 - Yecla / Oeste
- ❖ Área VI. Vega Media del Segura. Hospital Universitario José María Morales Meseguer.
 - Abanilla
 - Alguazas
 - Archena
 - Ceutí
 - Fortuna
 - Lorquí
 - Molina / Este. (Pendiente de creación)
 - Molina / Norte
 - Molina / Sur
 - Murcia / Cabezo de Torres
 - Murcia / Centro
 - Murcia / El Ranero
 - Murcia / Santa Maria de Gracia
 - Murcia / Santiago y Zaraiche. (Pendiente de creación)
 - Murcia / Vistalegre
 - Murcia / Zarandona
 - Torres de Cotillas
- ❖ Área VII. Murcia Este. Hospital Universitario Reina Sofía.
 - Beniel
 - Murcia / Alquerías
 - Murcia / Barrio del Carmen
 - Murcia / Beniaján
 - Murcia / Floridablanca. (Pendiente de creación)
 - Murcia / Infante Juan Manuel
 - Murcia / Llano de Brujas
 - Murcia / Monteagudo
 - Murcia / Puente Tocinos
 - Murcia / Santiago el Mayor. (Pendiente de creación)
 - Murcia / Vistabella
 - Santomera

- ❖ Área VIII. Mar Menor. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor.
 - Los Alcázares
 - San Javier
 - San Pedro del Pinatar
 - Torre Pacheco / Este
 - Torre Pacheco / Oeste
- ❖ Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital de la Vega Lorenzo.
 - Guirao
 - Abarán
 - Blanca
 - Cieza / Este
 - Cieza / Oeste. (Pendiente de creación)

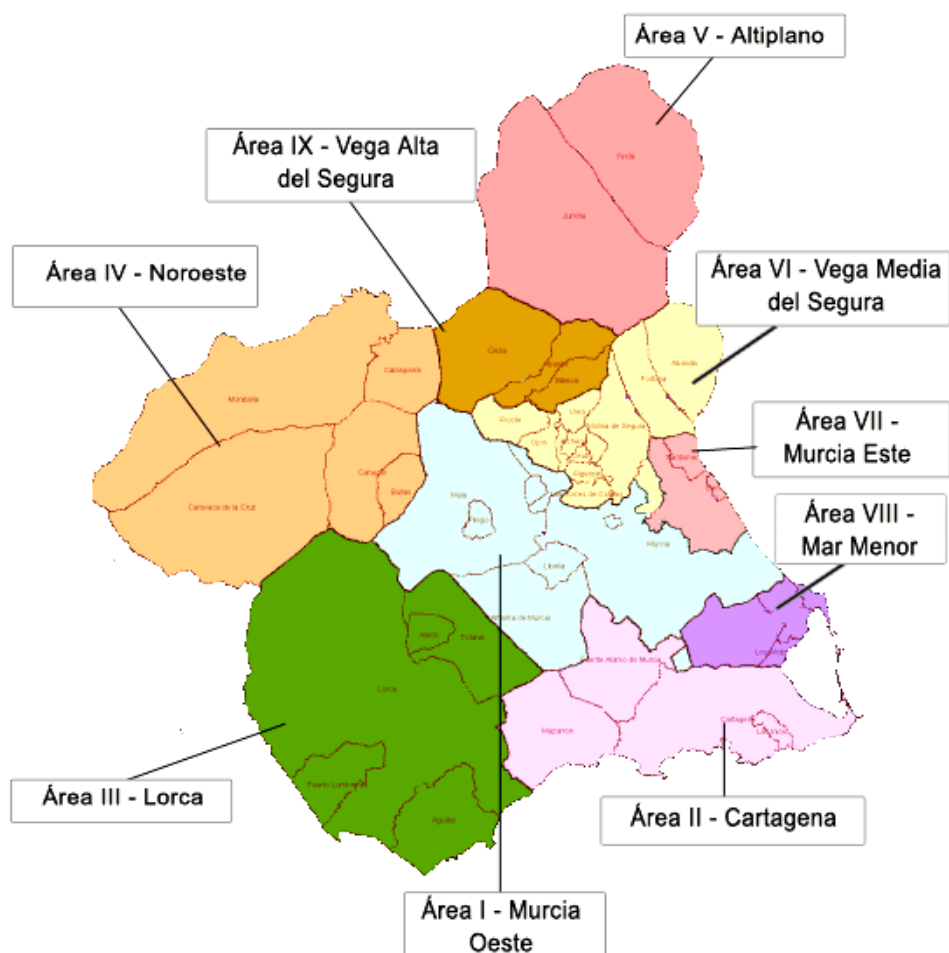


Figura 7. Áreas de Salud del Servicio Murciano de salud

6.1.2. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

El Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca es el hospital de referencia del Área I de Salud del Servicio Murciano de Salud.



Figura 8. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Es un hospital público universitario, docente e investigador, cuya misión es prestar servicios sanitarios especializados, accesibles resolutivos y de máxima calidad a los ciudadanos, manteniendo su carácter de referencia para diversas prestaciones y servicios de alta complejidad.

6.1.3. Población protegida

La población que tiene asignada la Gerencia del Área 1 Murcia Oeste es de 252.861 habitantes. Esta Gerencia es de referencia para las Áreas VI y VII en las especialidades de Ginecología y Pediatría, dando cobertura a una población de 557.330 habitantes.

6.1.4. Entorno físico

El Área de urgencias obstétrico-ginecológicas se encuentra en la planta baja del Hospital Maternal Virgen de la Arrixaca. La unidad se divide en:

- Urgencias obstétrico-ginecológicas. En este sector encontramos:
 - Sala de triaje
 - Sala de observación

- Tres salas de reconocimiento



Figura 9. Salas de reconocimiento H. C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca

- Una sala de monitorización



Figura 10. Sala de monitorización H.C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca

- Área de paritorio. En ella encontramos:
 - Tres salas de dilatación dobles
 - Una sala de epidural
 - Tres salas de paritorio

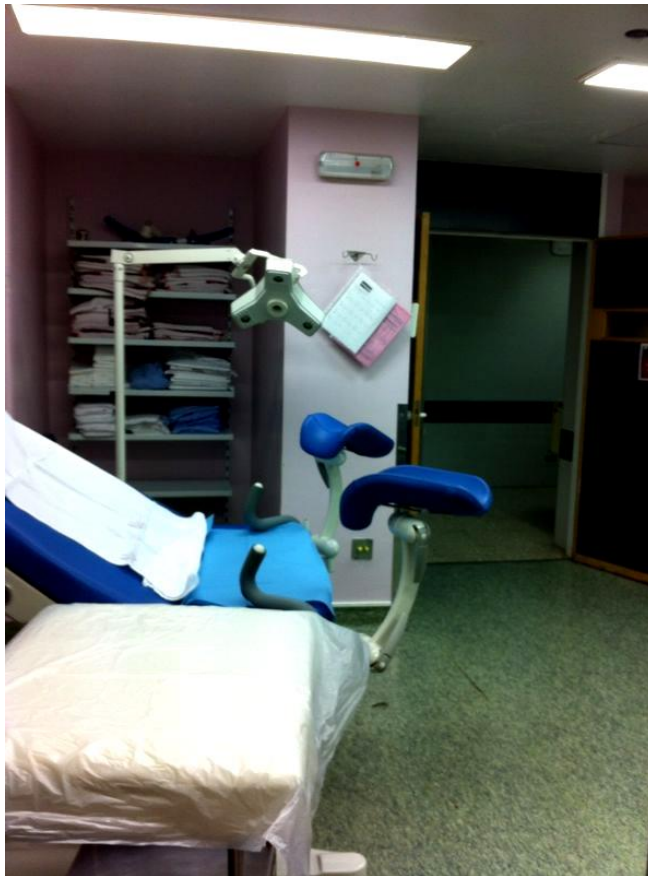


Figura 11. Sala de paritorio 1 H.C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca

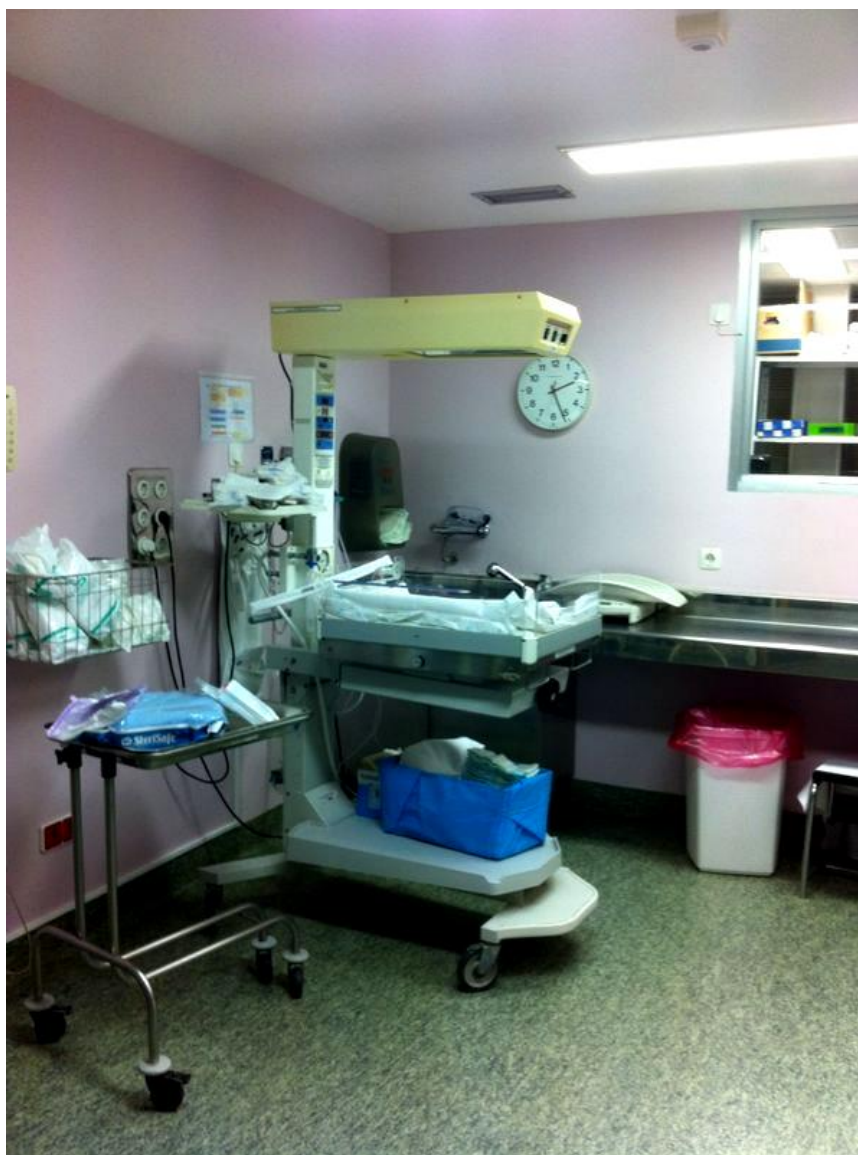


Figura 12. Cuna de reanimación neonatal H.C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca



Figura 13. Sala de paritorio 2 H.C. U. Maternal Virgen de la Arrixaca

- Una sala de recuperación de madres. Esta es común para todas las púerperas, lo que impide que su acompañante esté con ella después del parto.



Figura 14. Sala de recuperación de madres H C.U. Virgen de la Arrixaca

6.1.5. Recursos humanos

- 52 Obstetras
- 42 Matronas.
- 23 Auxiliares de enfermería en paritorio.
- 10 Enfermeras en urgencias.
- 7 Auxiliares de enfermería en urgencias.



Figura 15. Profesionales de H.C.U. Virgen de la Arrixaca

6.1.6. Modelo de asistencia al parto

Se usa un modelo biomédico de asistencia al parto de bajo riesgo con un alto nivel de intervención (estimulaciones de los partos, de analgesia epidural, de partos instrumentados y de episiotomías). Es un modelo de atención compartida (profesionales matronas y ginecólogos). Se permite la presencia del acompañante que la mujer elija durante todo el proceso excepto en la sala de recuperación de madres debido a que es común a todas las púerperas. Para el alivio del dolor se usa la analgesia epidural, esta generalmente produce bloqueo motor, lo que impide que la mujer pueda levantarse de la cama. El expulsivo se realiza en las salas de paritorio, después del cual, el recién nacido se coloca encima de su madre para establecer el primer contacto con sus padres. Luego es recogido para pesarlo y vestirlo en la sala de paritorio. La profilaxis ocular y la vitamina K se administran en la planta de maternidad. Se promociona un inicio precoz de la lactancia materna.

En urgencias, cuando la mujer gestante a término llega, el triaje es realizado por la enfermera de urgencias del H. Maternal y luego es vista por el ginecólogo que es el que decide si ingresa o no. La matrona realiza los monitores de urgencias.

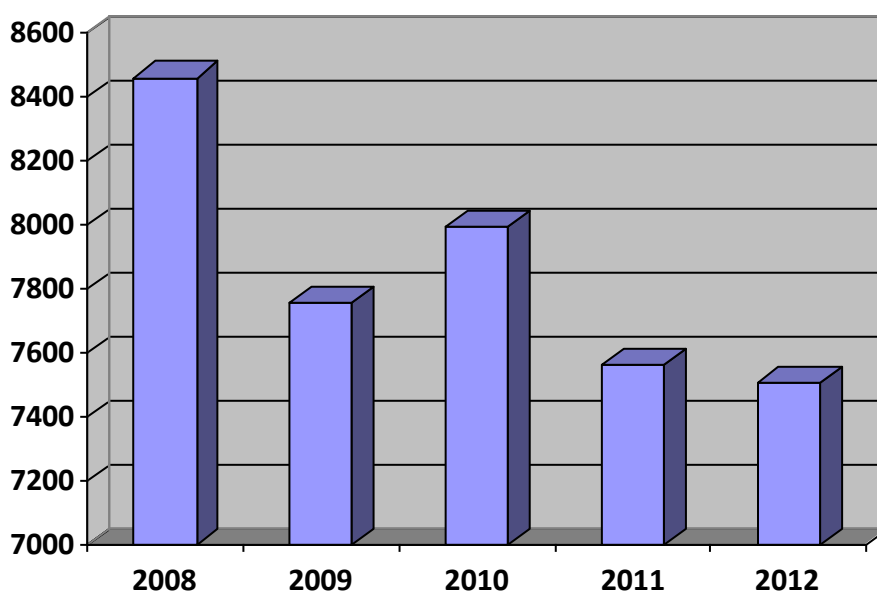


Figura 16. Nº de nacimientos en el H.C. U. Virgen de la Arrixaca desde 2008-2012

En cuanto al trauma perineal, se observa una evolución tendiendo al descenso en la tasa de episiotomías en partos eutócicos desde un 40,8 % en 2011 a un 36,5% en 2012.

6.2. AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

Por el Real Decreto 1612/1987 de 27 de noviembre se produce el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud a La Agencia Valenciana de Salud, antes Comunidad Valenciana. Servicio Valenciano de Salud, es un organismo autónomo de la Generalitat Valenciana, de carácter administrativo y adscrito a la Conserjería de Sanidad.



Figura 17. Departamentos de salud de la Agencia Valenciana de Salud

La Agencia Valenciana de Salud lleva a cabo la gestión y La Agencia Valenciana de Salud lleva a cabo la gestión y administración del Sistema Valenciano de Salud y de la prestación sanitaria de la Comunidad Valenciana. La ley 3/2003, de 6 de Febrero, de la Generalitat, es la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

La Comunidad Valenciana se ordena en departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad. La Comunidad Valenciana cuenta con 23 departamentos de salud.

6.2.1. Departamento de salud de Torrevieja

El departamento de Torrevieja, correspondiente al Hospital de Torrevieja, abarca parte de la Vega Baja; engloba los municipios de Guardamar del Segura, San Fulgencio, Formentera del Segura, Rojales, Benijófar, Torrevieja, Playas de Orihuela, Pilar de la Horadada, Los Montesinos y San Miguel de Salinas.

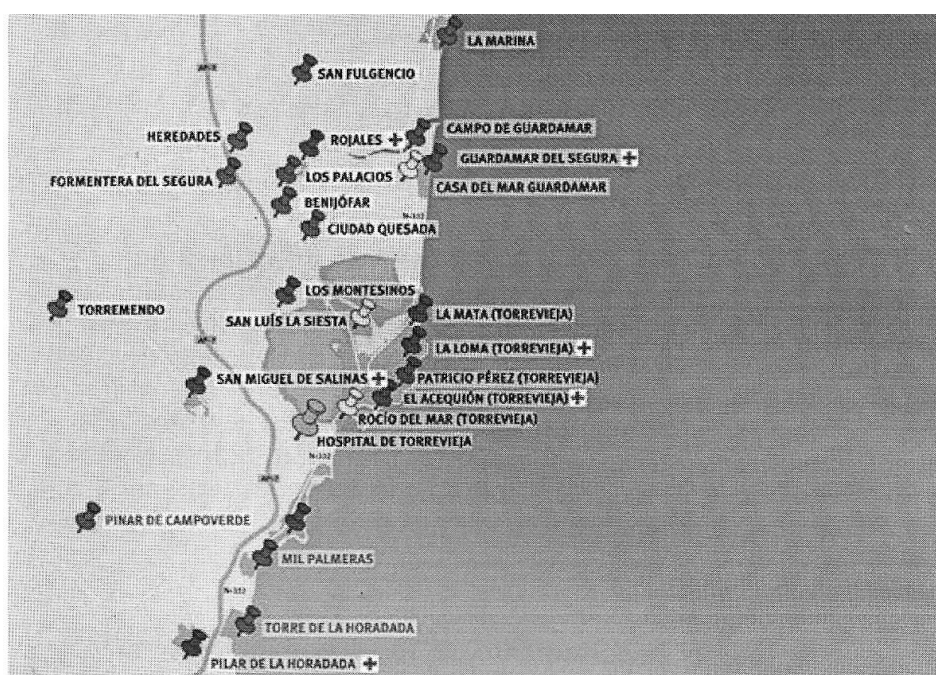


Figura 18. Departamento de salud de Torrevieja

6.2.2. Hospital Universitario de Torrevieja



Figura 19. Hospital Universitario de Torrevieja

El modelo de gestión del centro, es un ejemplo de la línea de colaboración existente entre la Administración y la empresa privada; ya que se trata de un departamento financiado públicamente, de propiedad pública y control público; pero su gestión es desarrollada íntegramente por una empresa privada.

6.2.3. Población protegida.

El departamento cubre una población aproximada de 155000 habitantes (población SIP, a septiembre de 2007), con una población media mensual de 331000 habitantes que en temporada veraniega superan los 600000. El 55% de la población empadronada en el departamento es extranjera; tan solo en Torrevieja se cuenta hasta con 138 nacionalidades diferentes. En cuanto al promedio de población por edades, el 26% supera los 65 años.

Las mujeres que dan a luz en el Hospital Universitario de Torrevieja tienen diferentes nacionalidades, la mayoría españolas, seguidas por mujeres de países del Este, latinoamericanas, árabes y anglosajonas, entre otras.

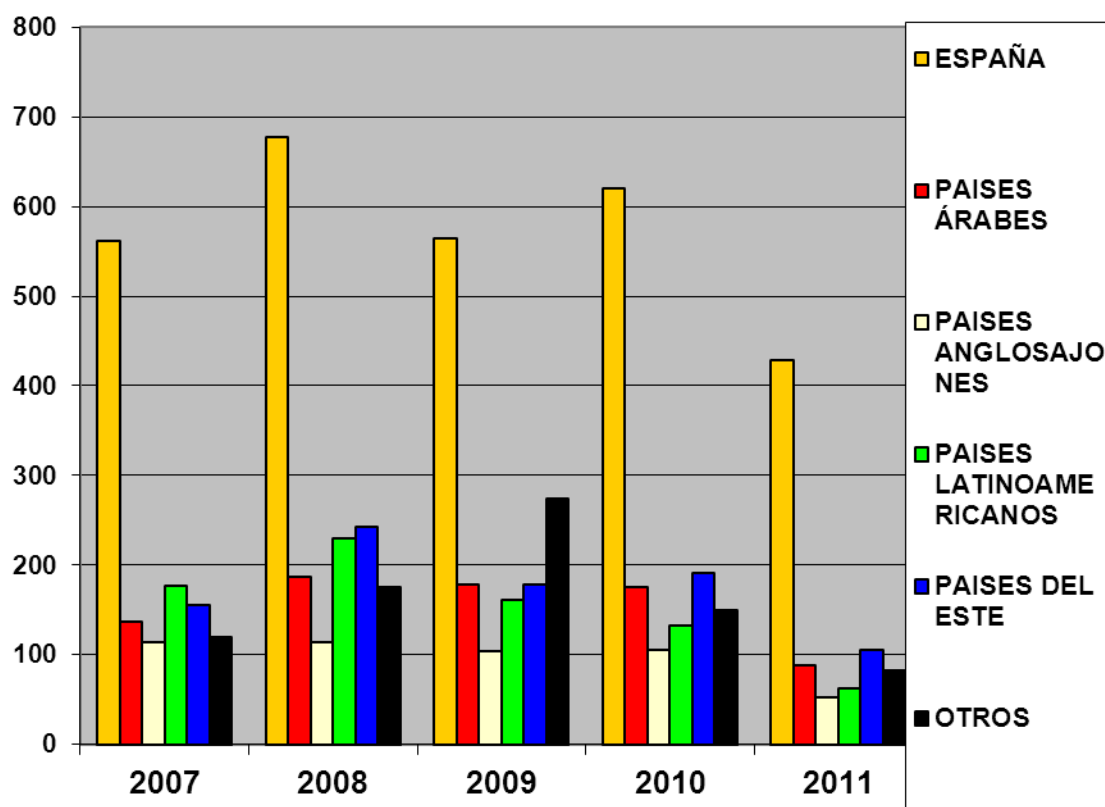


Figura 20. Países de origen de las mujeres atendidas en el H.U. de Torrevieja desde 2007-2011

6.2.4. Entorno físico

El paritorio se encuentra ubicado en la primera planta del hospital, junto al bloque quirúrgico y a la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI). La unidad se divide en:

- Urgencias obstétrico-ginecológicas. En este sector encontramos:
 - Dos consultas
 - El despacho del supervisor de enfermería de paritorio
 - Una sala de observación con dos sillones y una camilla: esta sirve para la atención de urgencias ginecológicas y para valoración/monitorización de gestantes que acuden por urgencias obstétricas.



Figura 21. Sala de observación H.U. de Torre Vieja

- Paritorio. En este sector encontramos:

Seis áreas de dilatación independientes. Las salas de dilatación son individuales y cuenta con pelotas para facilitar la dilatación, sillas de parto, etc. Las paredes tienen motivos florales que proporcionan un ambiente muy agradable, con cuadros de bebé y de posturas que pueden facilitar el trabajo de parto. También hay lamparillas que dan una luz tenue y con diferentes gamas de colores. Los partos se hacen en la misma dilatación muchas veces. El puerperio inmediato se hace en la misma sala de dilatación.



Figura 22. Sala de dilatación 5 H.U. Torrevieja

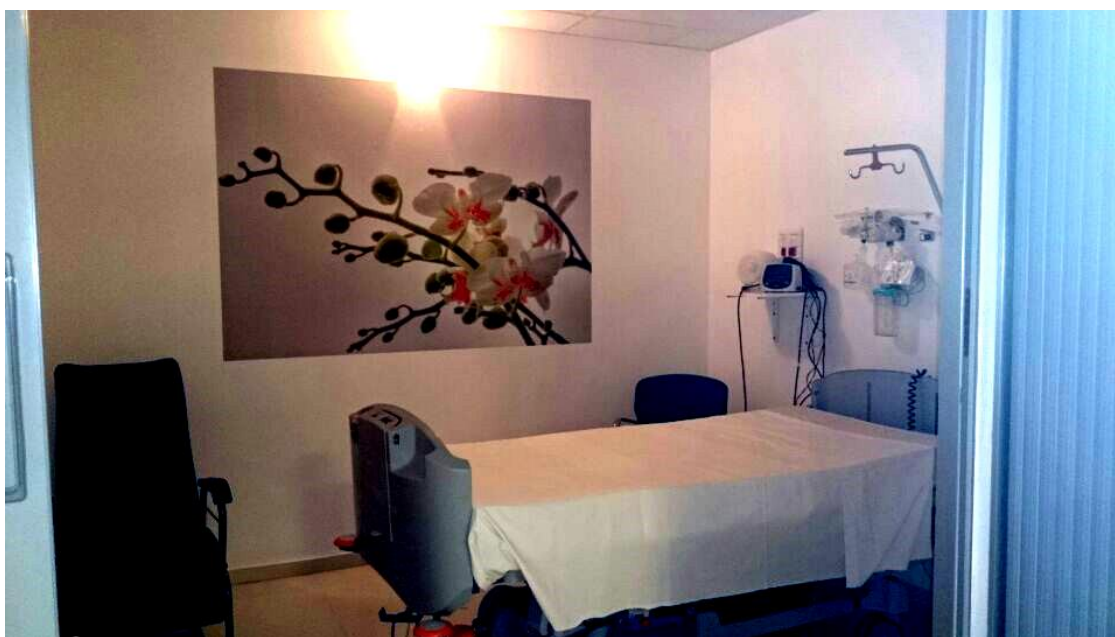


Figura 23. Sala de dilatación 3 H.U. Torrevieja

También hay una bañera para que si la mujer lo desea, pueda usarla para favorecer la dilatación. No es apta para realizar partos.

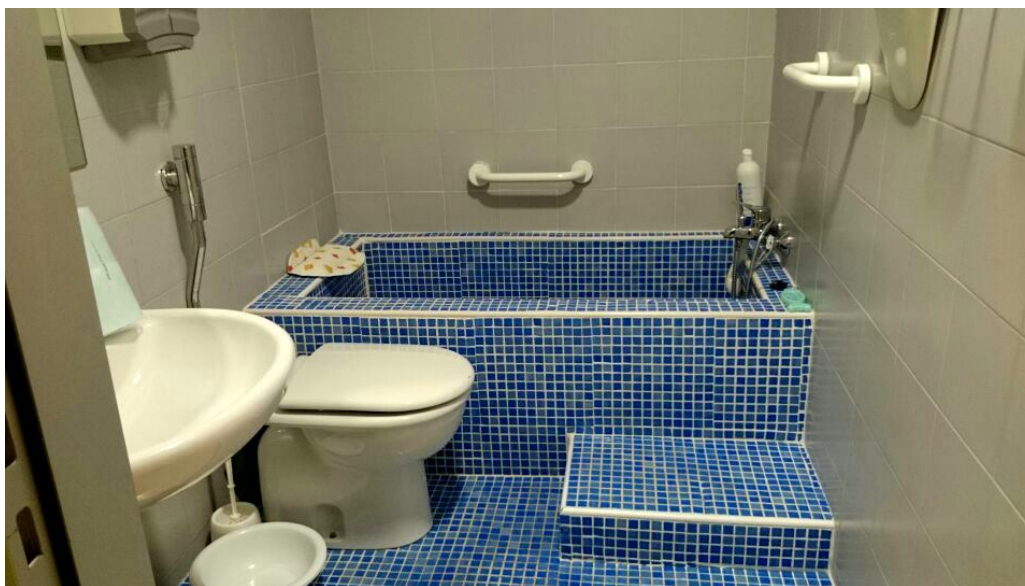


Figura 24. Bañera del H.U. Torrevieja

- Una sala de reanimación neonatal donde hay una cuna de reanimación neonatal y una incubadora de transporte.



Figura 25. Sala de reanimación neonatal H.U. Torrevieja

- Dos paritorios.

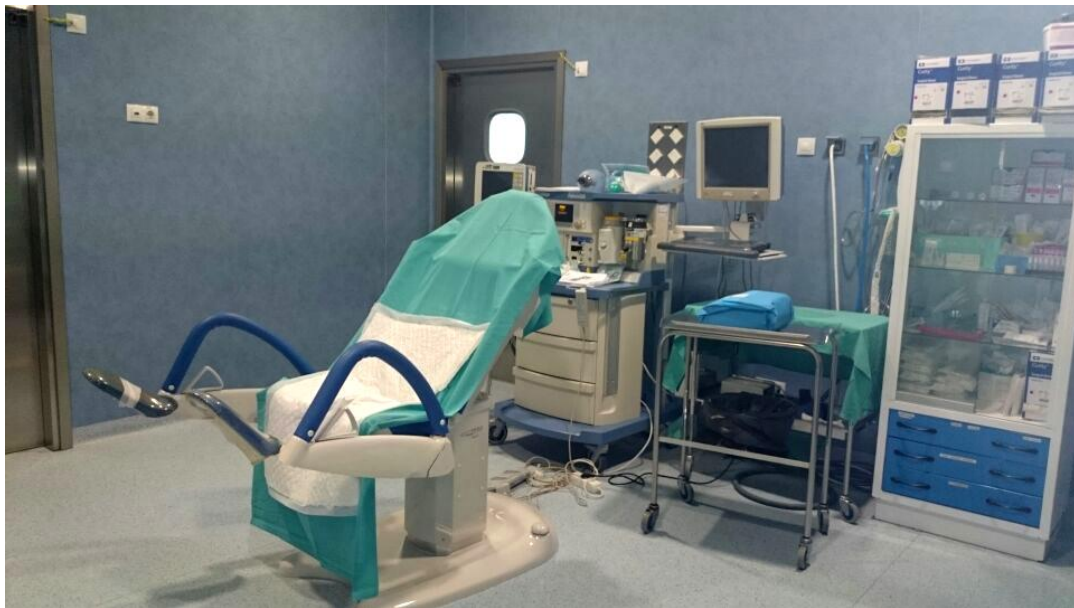


Figura 26. Sala de paritorio 1 H.U. Torreveja



Figura 27. Sala de dilatación 2 H.U. Torreveja

Los paritorios tienen unas sillas de parto modernas y la mujer suele parir en la posición que ella prefiera intentando evitar la posición de litotomía.

- Un quirófano con cuna de reanimación neonatal



Figura 28. Quirófano 11 H.U. Torrevieja

6.2.4. Recursos humanos

- 11 Obstetras
- 14 matronas, entre las cuales está la supervisora de Paritorio
- 10 Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería: 1 en turno de mañanas fijas y 9 en turno rodado
- 5 Personal de Apoyo, compartidos con el Área de Hospitalización 2ª Izquierda



Figura 29. Profesionales del H.U. de Torre vieja

6.2.6. Modelo de asistencia al parto

Es un modelo humanizado de asistencia al parto de bajo riesgo dirigido por matronas que sigue las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social. No se realizan intervenciones rutinarias en los partos, siempre y cuando estos se mantengan dentro de los límites de la normalidad. En la atención al parto normal se da a las mujeres la posibilidad de libertad de movimiento tanto en el proceso de dilatación como en el del expulsivo y la presencia de un acompañante de su elección durante todo el proceso. Se aplican métodos alternativos para el dolor (posturales, masajes, calor local, hidroterapia, inyección con agua estéril, entonox) y la analgesia epidural no produce bloqueo motor, lo que permite que la mujer no tenga que permanecer en la cama pudiendo adoptar posturas verticales que facilitan el parto. Se realiza un contacto piel con piel de la madre con el recién nacido en todos los nacimientos inclusive los realizados por cesárea. No se separa el neonato de su madre hasta las 2 horas postparto, transcurridas las cuales se pesa y se administra la profilaxis ocular y la vitamina K, vistiéndose cuando sube a la planta de maternidad. Se promueve la lactancia materna precoz.

En un estudio descriptivo retrospectivo se analizó la actividad asistencial del servicio de paritorio:

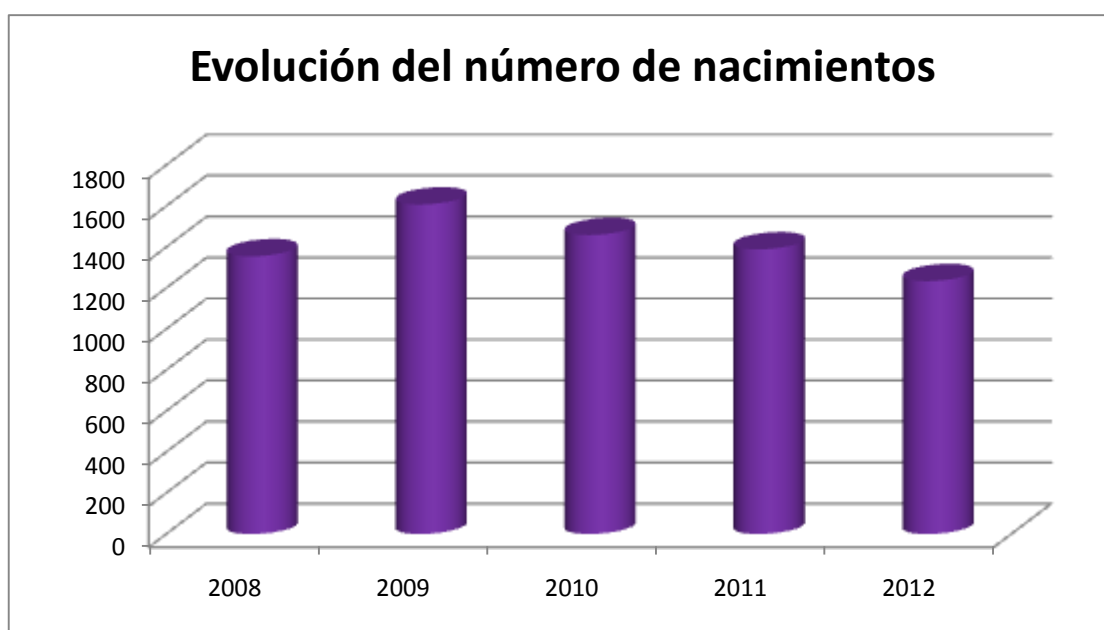


Figura 30. Evolución del número de nacimientos H.U. Torrevieja

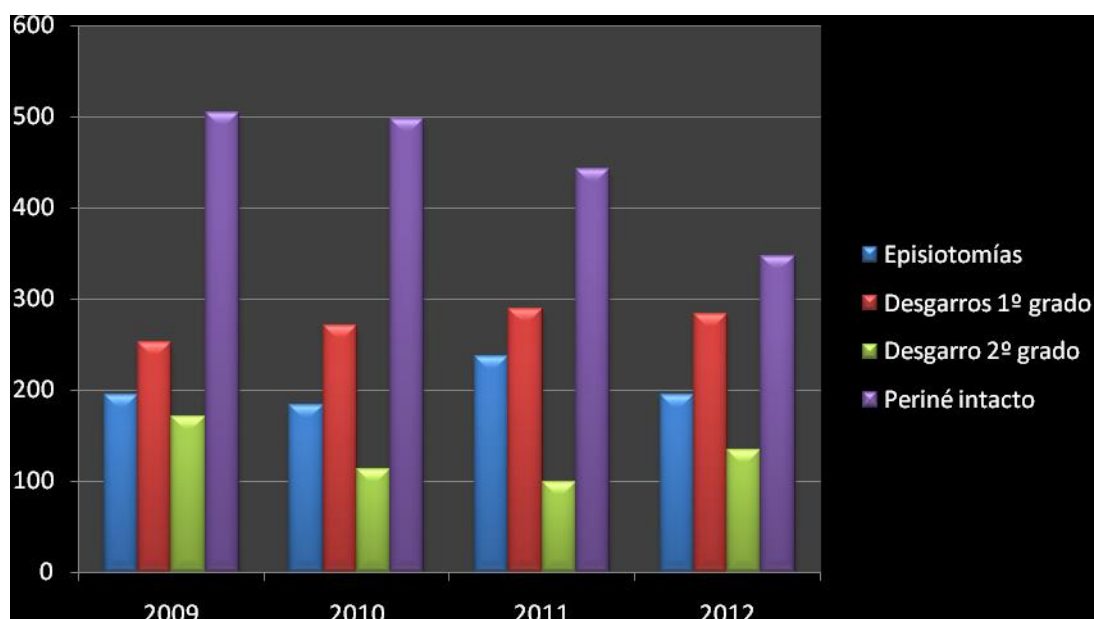


Figura 31. Descripción del estado del periné después del parto en los años 2009-2012

El hospital de Torrevieja está catalogado en los hospitales TOP 20- 2011 como el mejor en su categoría de grandes hospitales generales. Entre los indicadores que se valoran en el área de la mujer encontramos:

- Bajas tasas de cesáreas ajustadas por riesgo
- Bajos porcentajes de ingresos preparto sobre el total de partos
- Alto porcentaje de partos vaginales en mujeres con cesárea previa
- Bajo porcentaje de partos vaginales con episiotomía
- Alto porcentaje de partos con anestesia epidural
- Bajo porcentaje de complicaciones en el recién nacido

Aplicando la Escala de Bolonia que forma parte de los indicadores para la valoración de cuidados efectivos en el Parto Normal de la OMS tendríamos una puntuación de 5, que indica que se están cumpliendo gran parte de las principales recomendaciones, con aval científico.

En cuanto al trauma perineal, se observa una evolución tendiendo al descenso en la tasa de episiotomías en partos eutócicos desde un 23 % en 2011, un 8 % en 2012 y un 4,48 % en 2013 y una disminución de desgarros de segundo grado.

Este hospital está trabajando en la línea de la humanización al nacimiento, reduciendo el número de intervenciones y manteniéndose en la línea dentro de lo estipulado por la OMS.

En cuanto al papel de la matrona en el hospital se puede decir que es el profesional, tal y como la OMS y la FIGO recomiendan, encargado de la valoración, acompañamiento y de llevar a cabo los partos normales. En este hospital existe un protocolo por el cual las matronas realizan la valoración de la gestante de bajo riesgo y ella decide el ingreso, la estancia en planta o la permanencia en paritorio.

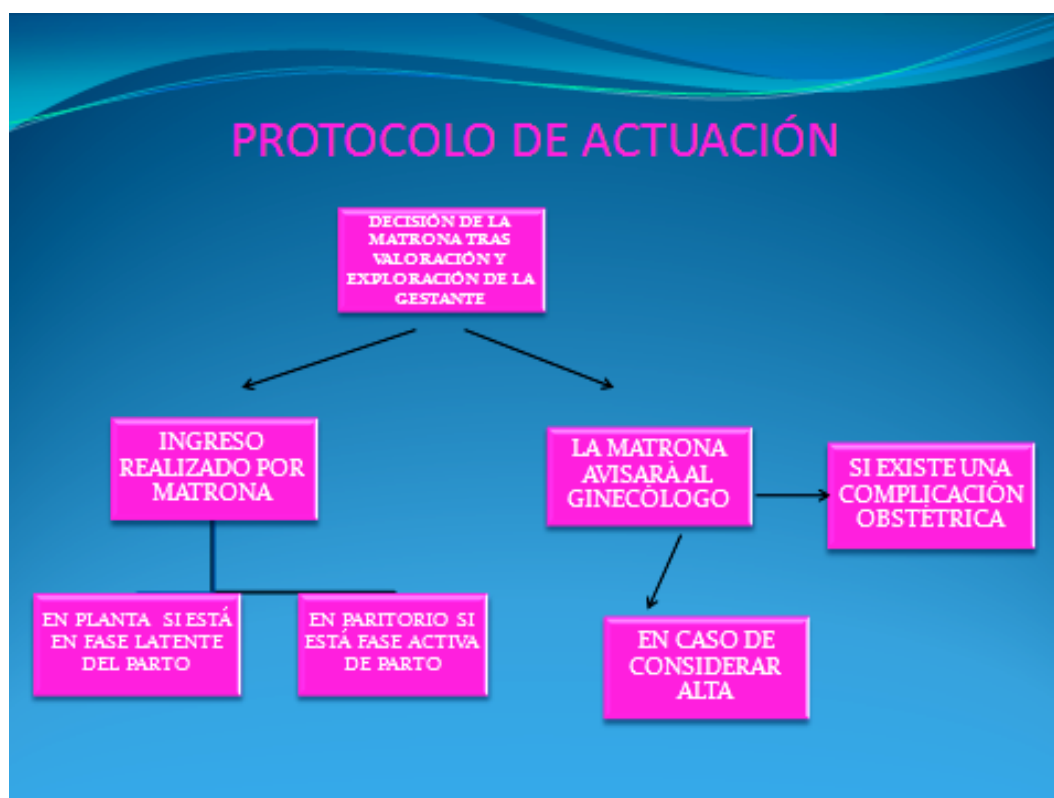


Figura 32. Protocolo de actuación en urgencias obstétricas del H. U. de Torre Vieja

CAPÍTULO 7

JUSTIFICACIÓN

Con la evolución de las ciencias médicas que aplicaron los grandes avances tecnológicos en todos sus campos, incluido el de la Obstetricia, se adoptó un modelo médico o tecnocrático de asistencia al parto. Según este modelo, el embarazo y el parto fueron entendidos como procesos patológicos que requieren realizar el control constante por parte de un médico (Behruzi et al., 2010). Se ha llegado a presuponer que un parto seguro es el realizado en un hospital con alta tecnología y en el que esta se aplica (Cechin, 2002).

Las intervenciones médicas usadas en el parto en este modelo de asistencia son: uso de monitorización fetal continua, analgesia epidural, amniotomía, inducción al parto, episiotomía y un incremento del número de cesáreas electivas (Behruzi et al., 2010). Como dice la OMS, los partos se tratan de forma rutinaria con un alto nivel de intervención y se produce una “cascada de intervenciones” sobre la mujer de parto en cuanto ingresa en el hospital, aunque se trate de un parto normal (WHO, 1996).

Frente a esta institucionalización del parto surge un nuevo paradigma humanista que está centrado en la mujer y se fundamenta en la medicina basada en la evidencia científica y en el respeto a los derechos de las mujeres, los niños y las familias (Nagahama y Santiago, 2008; Wagner, 2001).

Según la Real Academia Española, “humanizar” sería: “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo” (RAE, 2011). Este nuevo paradigma pretende humanizar el

parto, o sea, volver a convertirlo en un proceso familiar y afable para la mujer (WHO, 1985).

Humanizar el parto es poner a la mujer en el centro del proceso de su parto como sujeto de sus acciones, participando íntima y activamente en las decisiones sobre su propio cuidado (da Silva et al., 2011). La asistencia humanizada proporciona a las mujeres un fuerte sentimiento de confianza y seguridad durante el parto y en el cuidado de su hijo. Existen estudios que constatan que este modelo humanizado del parto proporciona beneficios físicos y psicológicos a la mujer modificando el concepto social del parto (da Silva et al., 2011).

La OMS promueve este modelo humanizado con el objeto de fomentar el proceso del parto y el puerperio como procesos fisiológicos, así como la prevención de la mortalidad materna y perinatal, realizando solo las intervenciones necesarias y evitando la excesiva utilización de los recursos tecnológicos disponibles (WHO, 1985; 1996).

En este nuevo paradigma del parto humanizado se pretende que las mujeres puedan recuperar su autonomía perdida desde la institucionalización del parto para que puedan participar y situarse en una posición de igualdad con el equipo sanitario (da Silva et al., 2011; Gonçalves et al., 2011; Wagner, 2001).

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, tras la publicación de la Declaración de Fortaleza por la OMS, emite un documento en el que se recogen unas recomendaciones para una atención familiar al parto. Este documento incluye alguno de los puntos de dicha Declaración, se ve a la mujer y a su familia como sujeto de determinados derechos: a la información, a estar acompañada, a tener intimidad y a poder tomar decisiones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

La SEGO habla de que se está produciendo un cambio conceptual en la asistencia obstétrica en general, así como en la asistencia al parto. Este cambio tiene como eje fundamental que la gestante sea el centro de la asistencia recibida. Además, considera que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor. Considera que el objetivo final del proceso del parto es

asegurar el bienestar de la madre y del recién nacido. La SEGO afirma estar haciendo un esfuerzo por intentar humanizar el parto con el fin de dar respuesta a la demanda social actual y también de asegurar la salud maternofoetal (SEGO, 2008).

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha publicado recientemente una Guía de práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal dando unas recomendaciones basadas en las mejores evidencias científicas disponibles con la intención de mejorar la calidad de la atención, facilitando la participación de las mujeres en su parto e incrementar así la satisfacción tanto de los profesionales como de las mujeres y sus familias. En esta guía, se habla de una profunda transformación en el modelo de atención al parto que se podría denominar paradigmático. Es un nuevo modelo que se fundamenta en la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y en ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, basada en la evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Como se puede observar, el Ministerio de Sanidad y Política Social al día de hoy sigue dictando recomendaciones acordes a las de la OMS que, en su Guía Esencial para el Cuidado Antenatal, Perinatal y Posparto, vuelve a incidir en que este debe ser integral, centrado en las familias, teniendo en cuenta la toma de decisión de las mujeres, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mismas (Chalmers et al., 2001).

Está claro que a nivel mundial existen movimientos provenientes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de profesionales sanitarios y mujeres con el fin de promover el parto humanizado. Sin embargo, en este modelo, los protagonistas son la mujer y la familia, y es importante oír su voz, ver lo que ellos piensan de este tipo de asistencia. Su nivel de satisfacción es un indicador de la calidad de la asistencia que se les presta e intentar medirla es hacerles partícipes en el sistema de salud, permitiéndoles expresar su percepción y que puedan valorar los servicios que reciben (Caminal, 2001). Por otra parte, la medición de la satisfacción del paciente

puede resultar difícil debido a que es un concepto complejo y multidimensional (Mira y Aranaz, 2000; Sitzia & Wood, 1997).

En el proceso del parto y puerperio se han descrito numerosos factores que se relacionan con el nivel de satisfacción de las mujeres. Entre los elementos más influyentes encontramos: las expectativas personales de las gestantes, el apoyo y la calidad de la relación con los profesionales sanitarios, en especial con las matronas, y la participación de la mujer en la toma de decisiones (Hodnett, 2002).

La satisfacción materna se ha evaluado teniendo en cuenta diferentes componentes de la experiencia del nacimiento: la información recibida, el asesoramiento, las explicaciones, el lugar del parto, la preparación al parto y nacimiento, el dolor, así como la percepción de la elección del método de alivio y la evaluación del comportamiento del profesional que la atiende (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). La encuesta que se va a utilizar para valorar la satisfacción de las mujeres del estudio que se propone valora todos estos factores.

La importancia de este estudio radica en que existen estudios que demuestran que la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto puede tener efectos sobre su salud y sobre la relación con su hijo, incluyendo depresión postparto, desórdenes de estrés postraumático, futuros abortos, incapacidad de inicio de relaciones sexuales tras el parto, preferencia por una cesárea, sentimientos negativos hacia su hijo, mala adaptación al rol maternal, problemas con la lactancia materna (Britton, 2006; Goodman et al., 2004; Harvey et al., 2002; Waldenstrom et al., 2004). Como vemos, se trata de problemas muy serios y puede que esté en nuestras manos el evitarlos, debido a que hacer que el parto sea una experiencia positiva y satisfactoria para las mujeres es responsabilidad de los profesionales de la salud (Kuo, 2005).

Teniendo en cuenta que la mujer de nuestra sociedad busca tener a su hijo en un entorno hospitalario por la seguridad de disponer de todos los medios técnicos necesarios por si surge alguna complicación (Behruzi et al., 2011), nos surgen cuestiones como: ¿Es posible humanizar el parto en un entorno hospitalario? ¿Haría falta realizar muchos cambios en la infraestructura hospitalaria para llevarlo a cabo o

no? ¿Influye en el nivel de satisfacción de la mujer la aplicación de este modelo humanizado de atención al parto? ¿Cómo afecta el parto humanizado a los resultados perinatales?

BLOQUE II

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

CAPÍTULO 1

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.1. Objetivo general: Valorar el parto humanizado como modelo de asistencia alternativo al modelo biomédico.

1.1.1. Objetivo específico 1.

El presente estudio tiene como finalidad valorar, describir y comparar las características sociodemográficas y los resultados obstétricos en dos modelos diferentes de asistencia al parto: humanizado dirigido por matronas y biomédico de atención compartida (matronas y ginecólogos).

1.1.2. Objetivo específico 2.

Conocer, describir y comparar la satisfacción de la mujer en dos modelos diferentes de asistencia al parto: humanizado dirigido por matronas y biomédico de atención compartida (matronas y ginecólogos).

1.1.3. Objetivo específico 3.

Conocer, describir y valorar las expectativas de las mujeres en relación a los factores que condicionan la satisfacción de la mujer, los resultados obstétricos y el modelo de asistencia al parto.

1.1.4. Objetivo específico 4.

Conocer, describir y comparar la satisfacción de la pareja/acompañante de la mujer en dos modelos diferentes de asistencia al parto, humanizado dirigido por matronas y biomédico de atención compartida (matronas y ginecólogos).

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

La hipótesis propuesta sería: El modelo humanizado dirigido por matronas de atención al parto aumenta el nivel de satisfacción de la mujer y su pareja y obtiene unos mejores resultados obstétricos.

BLOQUE III

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 1

MATERIAL Y MÉTODO

1.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Se inició el presente estudio realizando una búsqueda bibliográfica desde noviembre de 2011 hasta que se finalizó el mismo. La búsqueda se realiza fundamentalmente en inglés con los descriptores: “humanized childbirth”, “respected birth”, “patient satisfaction”, “childbirth experience” y “childbirth satisfaction” ; en español con “parto humanizado”, “humanización”, “parto respetado”, “satisfacción del paciente”, “experiencia del parto” y “satisfacción en el parto”. Se revisan publicaciones desde 1975 hasta la actualidad. Entre los criterios de inclusión se usaron: “human” y “nursery and health science”.

Las fuentes de información consultadas son las siguientes:

- **Bases de datos:**

- COCHRANE LIBRARY PLUS (<http://www.bibliotecacochrane.com/>)
- Medline (www.ncbi.nlm.gov/pubmed)
- RECOLECTA (www.recolecta.net)
- SciELO (<http://scielo.isciii.es/scielo.php?lang=pt>)
- TESEO (<https://www.educacion.es/teseo/>)

- **Sociedades Científicas Médicas:**

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (www.sego.es/)
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (www.figo.org/)
- **Sociedades Científicas de Matronas:**
 - Confederación Internacional de Matronas (ICM) (www.internacionalmidwives.org/).
 - Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (www.federacion-matronas.org/)
- **Organizaciones no gubernamentales:**
 - World Health Organization (WHO) (www.who.int/es/)
- **Organizaciones gubernamentales:**
 - Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Ministerio de Sanidad y Política Social (www.msps.es/)

1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal a través de cuestionarios estructurados validados en los que se recogen determinadas variables relacionadas con la satisfacción de las mujeres durante el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato.

1.3. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio se realizó en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca donde hubo un total de 7288 nacimientos y en el Hospital Universitario de Torrevieja con un total de 1189 nacimientos en 2013. Se escogieron ambos hospitales debido a que representan los dos modelos de atención al parto normal que se pretendían estudiar, un modelo biomédico con atención compartida (matronas y ginecólogos) en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, y un modelo humanizado dirigido por matronas en el Hospital Universitario de Torrevieja.

1.4. PERIODO DE ESTUDIO.

El estudio fue realizado entre abril de 2013 y octubre de 2013

1.5. POBLACIÓN DE REFERENCIA.

La población de referencia fueron las mujeres que dieron a luz en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y el Hospital Universitario de Torrevieja (Alicante).

- Criterios de inclusión:
 - Mujeres que ingresen por pródromos de parto o en fase activa de parto.
 - Mujeres que entiendan el castellano o el inglés.
- Criterios de exclusión:
 - No firmar el consentimiento informado (Anexo I).
 - Mujeres que ingresen para cesárea programada.

1.6. MUESTRA.

Se realizó un muestreo consecutivo con un tamaño muestral ajustado para el contraste de igualdad de dos proporciones para un nivel de significación del 5% y una potencia del 80% que detectaría una diferencia de un 15% entre ambas proporciones con un tamaño de la muestra de 188. Admitiendo una pérdida de un 10% se seleccionó un 10% más

1.7. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó una revisión bibliográfica para buscar cuestionarios validados que midiesen la satisfacción de la mujer con su proceso de parto y puerperio inmediato. De dicha revisión se obtuvieron los siguientes resultados:

- Drew et al. (1989) elaboraron un cuestionario con 40 ítems para valorar los puntos de vista de las mujeres, matronas y obstetras sobre diferentes aspectos que influyen en la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto. Los

autores atribuían resultados altos en el cuestionario con pacientes más satisfechas.

- Green et al. (1990) elaboraron tres cuestionarios para realizar una valoración antenatal y postnatal del parto. El primero de los cuestionarios recopiló la información básica sobre datos demográficos (edad, nº de hijos y ocupación), el segundo, mucho más largo, exploraba las actitudes de las mujeres, el conocimiento, y las expectativas del parto en una variedad de contextos, tales como el remedio del dolor, planes de nacimiento, intervenciones obstétricas y aspectos del comportamiento social. El cuestionario postnatal valoraba estas áreas para descubrir lo que había ocurrido con la mujer e incluía preguntas que permitían valorar varios resultados psicológicos como: realización, satisfacción, bienestar emocional y relación madre-hijo.
- Mason (1993) desarrolló un cuestionario denominado: “The Women’s Experience of Maternity Care Questionnaire” (Mason Survey). Ésta incluye 396 items de los cuales 194 pertenecen al cuestionario antenatal y 202 al postnatal. Uno de los aspectos más importantes incluidos es la calidad del cuidado, el segundo está relacionado con la supervisión médica y el tratamiento y el tercer aspecto más importante es la provisión de información.
- Mackey (1995) hizo una encuesta llamada: “the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale”. Ésta contiene cinco subescalas que incluyen la satisfacción de la mujer en el trabajo de parto y parto, la ayuda por parte de la pareja, el contacto con el recién nacido (su salud, inicio de la lactancia materna), la matrona (actitudes y aptitudes hacia la mujer) y el obstetra (actitudes y aptitudes hacia la mujer).
- Waldenström (1998) hizo un cuestionario para estudiar la asociación entre la satisfacción de la mujer y la continuidad del cuidado antenatal, intraparto y postparto domiciliario.
- Lavender et al. (1999) elaboraron un cuestionario que incluía los siguientes temas sobre el periodo intraparto: apoyo a la mujer (por parte de las matronas, pareja o amigo), control personal, participación en la toma de decisiones,

información, alivio del dolor, intervenciones usadas en el parto y su opinión sobre el estudio. Estos autores añadieron una pregunta abierta al cuestionario.

- Hundley et al. (2000) elaboraron un cuestionario que incluía la información recibida antenatal (tipo de información recibida y si les sirvieron en el parto y el cuidado del recién nacido), aspectos del cuidado intraparto y aspectos del cuidado postparto hospitalario. En cada apartado se introducía una pregunta cerrada sobre la satisfacción de la mujer en cada periodo del estudio.
- Sadler et al. (2001) realizaron un estudio en el que midieron la satisfacción de las mujeres con respecto al uso de procedimientos para estimulación del parto.
- Smith (2001) elaboró un cuestionario que incluía cinco dimensiones: continuidad del cuidado, capacidad de los cuidadores, accesibilidad, habilidades de trato interpersonal y competencia técnica. Las subescalas fueron: soporte profesional en el parto, expectativas del parto, apoyo en casa, contacto con el bebé, apoyo del marido o pareja, dolor en el parto, dolor después del parto, conocimiento de los cuidadores del parto, entorno físico, control personal, y satisfacción general.
- Harvey et al. (2002) realizaron un cuestionario de satisfacción simple con seis preguntas para valorar la satisfacción de la mujer con el cuidado recibido durante la gestación.
- van Teijlingen et al. (2003) hicieron un cuestionario para valorar la satisfacción de las mujeres en el periodo prenatal, en el parto y postparto en general, atendiendo al nivel de experiencia de la mujer (primer hijo o más), el efecto de tener uno o varios cuidadores durante el embarazo y el efecto de haber tenido una matrona en el parto que ya conocía en la gestación.
- Waldenström (2003) realizó un cuestionario para que conocer la valoración de las mujeres con respecto al dolor vivido en el parto y a la experiencia global del mismo a los 2 meses y al año después del parto.
- Jansen et al. (2006) desarrollaron un cuestionario para medir la satisfacción con diferentes aspectos del cuidado en el parto. Éste consta de 40 ítems que hacen referencia a: confianza de la mujer en el cuidado del recién nacido, cuidado de la

enfermera en el postparto, posibilidad de elección, entorno físico, respeto a la privacidad, cuidado de la enfermera en el trabajo de parto y el parto.

- Jonhson et al. (2002) realizaron la versión modificada del “Mason Survey” para medir la satisfacción materna de las mujeres australianas y que fuese capaz de proveer información valiosa sobre la calidad de los servicios y para la realización de futuras planificaciones de los servicios de maternidad. Este incluye 259 ítems, de los cuales, 117 corresponden a cuestiones antenatales y 131 a las postnatales.
- Rudman et al. (2007) evaluaron diferentes aspectos del cuidado postnatal relacionándolo con la satisfacción general. Las variables estudiadas fueron: cuidado interpersonal (forma de ser y sensibilidad de la matrona), control del estado de salud de la mujer y el recién nacido, información y soporte y lactancia materna (información y ayuda práctica).
- Siassakos et al. (2009) crearon una herramienta simple y válida para medir la satisfacción de materna después de cesárea o parto instrumental. Ésta se centró en el estudio de la percepción de las pacientes mediante el PPS (Patient Perception Score). Estos autores afirman que el instrumento podría ser usado para valoración y evaluación de los profesionales en formación.
- Dencker et al. (2010) desarrollaron un cuestionario (CEQ) que consta de 22 ítems y que mide la satisfacción materna con los siguientes aspectos de la experiencia del parto: propia capacidad, soporte profesional, seguridad percibida y participación.
- Mas-Pons et al. (2011) realizaron la validación de la versión adaptada de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale.
- Camacho et al. (2011) elaboraron un cuestionario para valorar la satisfacción con el cuidado maternal y del recién nacido después del parto. El cuestionario consta de 16 ítems en un primer momento siendo eliminados de la escala final los ítems Q9 y Q13-Q16.
- Gungor y Beji (2011) desarrollaron unas escalas para medir la satisfacción de las mujeres en el parto normal (SMMS- normal birth) y en la cesárea (SMMS-caesarean birth). Los factores estudiados en el parto normal fueron 10:

percepción de los profesionales de la salud, cuidado de enfermería en el parto, confort, información y participación en la toma de decisiones, contacto con el bebé, cuidados en el postparto, habitación del hospital, accesibilidad a los servicios del hospital, respeto a la privacidad y cumplimiento de las expectativas. En el cuestionario de la cesárea cambió el segundo factor por el de preparación para la cesárea.

De los cuestionarios revisados se utilizaron los que se describen a continuación. El criterio usado para su elección fue que utilizase un lenguaje sencillo para que pudiese ser cumplimentado por todas las madres que quisiesen participar en el estudio independientemente de su nivel educativo, etnia y además que valorase todos los aspectos que pueden influir en la satisfacción de la mujer con su proceso de parto. Las mujeres que participaron en el estudio completaron los cuestionarios durante su estancia hospitalaria.

1.7.1. El cuestionario “Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire” (WOMBLSQ) (Anexo II).

Desarrollada originalmente en lengua inglesa, es un instrumento multidimensional validado y diseñado para medir la satisfacción de la mujer en el parto en diferentes modelos de asistencia al mismo. Se trata de un cuestionario autocumplimentado, que se administra a la mujer durante su estancia hospitalaria después del parto. Consta de 32 ítems agrupados en 10 subescalas además de la subescala sobre la satisfacción general de la mujer con su proceso de parto y puerperio inmediato. Las subescalas hacen referencia a: el apoyo de los profesionales (5 ítems), las expectativas de la mujer (4 ítems), la valoración de la mujer en casa en la fase de pródromos de parto (3 ítems), el contacto con el recién nacido (3 ítems), el apoyo por parte de la pareja (3 ítems), el dolor durante el proceso de dilatación (3 ítems), el dolor después del parto (3 ítems), la continuidad del cuidado por los mismos cuidadores tanto en la gestación como en el parto (2 ítems), el entorno físico (2 ítems) y el control de la mujer (2 ítems). Cada ítem se evalúa con una escala Likert de 7 puntos desde totalmente de acuerdo (7) a totalmente en desacuerdo (1) y viceversa en los ítems negativos.

En el presente estudio se usó una versión modificada de la escala con el permiso de BMJ Publishing Group Limited. [Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability, LFP Smith, 10, 17-22, 2001]. Se tuvieron que eliminar las subescalas que hacían referencia a la valoración de la mujer en casa y a la continuidad de los cuidadores durante la gestación y el parto debido a la diferente forma de trabajo en España. La escala de Likert usada fue de 4 puntos desde totalmente de acuerdo (4) a totalmente en desacuerdo (1) y viceversa en los ítems negativos. El cuestionario fue traducido al español por un traductor oficial de acuerdo a lo exigido en el permiso de uso del mismo. El análisis factorial identificó 8 factores (las expectativas de la mujer, el apoyo de los profesionales, el dolor durante el proceso de dilatación, el contacto con el recién nacido, el control de la mujer, el apoyo por parte de la pareja, el dolor después del parto y el entorno físico), que en conjunto explicaban el 69,35% de la varianza total. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,83 para la escala global, resultado similar al obtenido en el cuestionario original (0,89).

Después del parto se recogió información sobre los datos del parto de la historia clínica informatizada. Los datos sociodemográficos se recogieron en el cuestionario.

1.7.2. El cuestionario “The Childbirth Experience Questionnaire” (CEQ) (Anexo III).

Desarrollada originalmente en lengua inglesa, es un instrumento multidimensional validado y diseñado para medir diferentes aspectos de la satisfacción de la mujer primípara con su proceso de dilatación y parto. Se trata de un cuestionario autocumplimentado, que se administra a la mujer durante su estancia hospitalaria después del parto. Consta de 22 ítems agrupados en 4 subescalas: Propia capacidad de la mujer (8 ítems que hacen referencia a sensación de control y sentimientos personales durante el parto y el dolor durante el mismo), Apoyo por parte de los profesionales(5 ítems que hacen referencia a la información y el cuidado prestado por parte de la matrona), Percepción de seguridad (6 ítems que hacen referencia a la sensación de seguridad sentida por la mujer y los recuerdos que tiene del parto), y la Participación (3 ítems que hacen referencia a la posibilidad que tiene la mujer para intervenir en las

decisiones acerca de su parto). La escala de Likert usada fue de 4 puntos desde totalmente de acuerdo (4) a totalmente en desacuerdo (1) y viceversa en los ítems negativos. El dolor durante el parto, la sensación de seguridad y el control percibido por la mujer se midió con una con escalas de VAS. Se usaron tanto la versión original en inglés como la versión española (Anexo IV).

Se añadieron tres ítems para valorar la satisfacción del acompañante de la mujer en el proceso de parto y puerperio inmediato que se especifican en el Anexo II. El coeficiente alfa de Cronbach para esta subescala fue de 0,732.

Después del parto se recogió información sobre los datos del parto de la historia clínica informatizada. Los datos sociodemográficos se recogieron en el cuestionario.

1.8. VARIABLES DEL ESTUDIO.

1.8.1. Las variables que se identifican en los datos sociodemográficos y del parto recogidos en el presente estudio son:

- Variables cualitativas:
 - Etnia/Nacionalidad.
 - Estado civil.
 - Nivel educativo.
 - Situación laboral.
 - Asistencia a clases de preparación al parto
 - Modo en que se inicia el parto.
 - Tipo de analgesia u otros medios alternativos de alivio del dolor en el parto.
 - Tipo de parto.
 - Tipo de lesión en periné.
 - Si el recién nacido ha precisado ingreso en neonatos.
- Variables cuantitativas:
 - Edad.
 - Paridad.

- Duración del parto.
- Test de Apgar.

1.8.2. En el cuestionario WOMBLSQ se recogen las variables cualitativas relacionadas con las siguientes dimensiones:

- Apoyo por parte del profesional.
- Expectativas.
- El contacto con el bebé.
- Apoyo del marido.
- Dolor durante el proceso de dilatación.
- Dolor después del parto.
- Entorno físico.
- Control.
- Satisfacción general de la mujer.

1.8.3. En el cuestionario CEQ se recogen las variables cualitativas relacionadas con las siguientes dimensiones:

- Propia capacidad de la mujer frente al trabajo de parto y parto
- Apoyo por parte del profesional
- Percepción de seguridad
- Participación

1.8.4. También se pretende medir la satisfacción del acompañante de la mujer en el proceso de parto y puerperio inmediato y por ello se ha introducido esta dimensión en el cuestionario y se recogen las variables cualitativas relacionadas con las siguientes dimensiones:

- Valoración del tiempo que ha podido estar con la mujer durante el parto y puerperio inmediato
- Apoyo por parte del profesional
- Satisfacción general del acompañante

En cuanto a la relación entre las variables, estableceríamos como variables dependientes las que están relacionadas con la satisfacción tanto de las madres como del acompañante y el resto serían variables independientes.

1.9. FASE DE APLICACIÓN.

Previo a pasar los cuestionarios se cumplió de manera rigurosa con los requisitos de información y petición de los permisos necesarios en los hospitales del estudio.

En cuanto a la fase de aplicación se realizó entre mayo y octubre de 2013, cumplimentando los cuestionarios un total de 406 mujeres. Las mujeres participaron de forma voluntaria después de recibir la información sobre el objetivo del estudio. Se garantizó el anonimato, ya que, se entregaban los cuestionarios en paritorio y se recogían en planta de maternidad, durante su estancia hospitalaria postparto, ya cumplimentados. Esto es garante de la validez de las respuestas.

1.10. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos se obtuvieron a través de los cuestionarios WOMBLSQ (modificado) y CEQ sobre la satisfacción de la mujer con su experiencia del parto. La explotación estadística de los datos se realizó mediante un proceso secuencial (Rial, Valera y Rojas, 2001). Las fases en las que se realizó este análisis fueron:

1. **Introducción de los datos en el ordenador.** En esta fase se pasó del dato bruto al dato codificado que se introdujo en el ordenador manualmente por medio del teclado. Se transformaron los datos de los cuestionarios en símbolos alfanuméricos, codificándolos. Después se introdujeron en una base de datos informatizada utilizando el programa SPSS 20.0 para su almacenamiento.
2. **Depuración de los datos.** En esta fase se intentó detectar posibles errores cometidos en la fase anterior, además se comprobó la calidad de los datos.
3. **Transformación de los datos.** Esta fase se relaciona con las operaciones que se realizaron a partir de los datos codificados.
4. **Análisis exploratorio o análisis preliminar de los datos.** En esta fase se intentó detectar casos aislados y observaciones influyentes para el análisis de los datos perdidos y como comprobación de determinados supuestos requeridos en la aplicación de gran parte de las técnicas que se emplearon en el análisis estadístico.

5. Análisis de datos propiamente dicho. Se realizaron las técnicas estadísticas necesarias para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación y para contrastar la hipótesis planteada.

En el análisis estadístico se realizó primero una parte descriptiva y luego una de tipo inferencial.

Para el tratamiento estadístico se usó el programa SPSS 20.0 para WINDOWS. Para el análisis descriptivo se utilizaron la distribución de frecuencias, porcentajes, estadísticos de tendencia central y dispersión. Con este análisis se consiguió representar los datos relativos a las características de la muestra estudiada.

Se usó el análisis de tablas de contingencia para la relación de variables cualitativas con el test de la Chi-cuadrado de Pearson, complementado con un análisis de residuos. El test de la t-Student para la comparación de medias, el análisis discriminante para ver los factores que diferencian a ambos grupos de estudio y el análisis factorial con variación varimax y el coeficiente alfa de Cronbach para comprobar la validez del cuestionario modificado y traducido al castellano. También se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) para comparar medias, complementado con contrastes de igualdad de pares de medias con los métodos DMS y Bonferroni.

1.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se cumplió rigurosamente con las cuestiones éticas pidiendo autorización por escrito al Sr. Dr. Gerente del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y del Hospital Universitario de Torrevieja, así como, a los Comités de Ética e Investigación de ambos hospitales (Anexo V).

Con el fin de asegurar que las mujeres que participaron en el estudio lo hicieron de forma voluntaria y con el conocimiento suficiente como para decidir si participaban o no en el mismo, se elaboraron dos consentimientos informados en español para los dos hospitales del estudio y uno en inglés para el Hospital Universitario de Torrevieja (Anexo I). Las mujeres que accedieron a participar en el estudio firmaron los mismos tras recibir la información sobre el mismo.

También se pidió la autorización a los autores de los cuestionarios “Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire” (WOMBLSQ) y “The Childbirth Experience Questionnaire” (CEQ) para su utilización (Anexo VI).

BLOQUE IV

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 1

RESULTADOS

La exposición de los resultados se realizará en el mismo orden que los objetivos propuestos.

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

En este apartado se describen las características sociodemográficas, respuestas dadas a cada ítem de ambos cuestionarios y los datos del parto.

En el cuestionario “WOMBLSQ” aparecen los ítems nombrados en función de la subescala a la que pertenecen y con un orden numérico. Se especifica en el Anexo II la relación de cada ítem con el cuestionario original.

Seguidamente se comparan tanto los datos sociodemográficos como los datos del parto en los dos modelos estudiados.

1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA).

1.1.1. Análisis descriptivo de las variables cualitativas.

Tabla 1. Nacionalidad o etnia de la madre H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Español	171	83,8	84,2	84,2
Sudamericano	20	9,8	9,9	94,1
Países del este	8	3,9	3,9	98,0
Árabe	4	2,0	2,0	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 2. Estado civil H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Casado o con pareja estable	196	96,1	96,1	96,1
Soltero con apoyo familiar	8	3,9	3,9	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 3. Nivel educativo H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sin estudios	1	,5	,5	,5
Primaria o EGB	41	20,1	20,3	20,8
ESO o BUP	27	13,2	13,4	34,2
Ciclos formativos de grado medio	21	10,3	10,4	44,6
Bachiller	16	7,8	7,9	52,5
Ciclos formativos de grado superior	19	9,3	9,4	61,9
Estudios universitarios	77	37,7	38,1	100,0
Total	202	99,0	100,0	
Perdidos Sistema	2	1,0		
Total	204	100,0		

Tabla 4. Situación laboral H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Activo	109	53,4	54,2	54,2
Válidos Paro	92	45,1	45,8	100,0
Total	201	98,5	100,0	
Perdidos Sistema	3	1,5		
Total	204	100,0		

Tabla 5. N° de partos de las madres H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primípara	110	53,9	53,9	53,9
Válidos Multipara	94	46,1	46,1	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 6. Asistencia a clases de preparación al parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	98	48,0	48,3	48,3
Válidos Si	105	51,5	51,7	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 7. Apoyo por parte del profesional 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	4	2,0	2,0	2,0
Válidos De acuerdo	53	26,0	26,0	27,9
Totalmente de acuerdo	147	72,1	72,1	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 8. Apoyo por parte del profesional 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	,5	,5	,5
En desacuerdo	4	2,0	2,0	2,5
Válidos De acuerdo	56	27,5	27,5	29,9
Totalmente de acuerdo	143	70,1	70,1	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 9. Apoyo por parte del profesional 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	1,5	1,5	1,5
En desacuerdo	9	4,4	4,4	5,9
Válidos De acuerdo	46	22,5	22,5	28,4
Totalmente de acuerdo	146	71,6	71,6	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 10. Apoyo por parte de los profesionales 4 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	1,0	1,0	1,0
En desacuerdo	9	4,4	4,4	5,4
Válidos De acuerdo	43	21,1	21,1	26,5
Totalmente de acuerdo	150	73,5	73,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 11. Apoyo por parte de los profesionales 5 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	1	,5	,5	,5
De acuerdo	50	24,5	24,5	25,0
Totalmente de acuerdo	153	75,0	75,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 12. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	7	3,4	3,5	3,5
En desacuerdo	16	7,8	7,9	11,4
De acuerdo	76	37,3	37,6	49,0
Totalmente de acuerdo	103	50,5	51,0	100,0
Total	202	99,0	100,0	
Perdidos Sistema	2	1,0		
Total	204	100,0		

Tabla 13. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	23	11,3	11,4	11,4
En desacuerdo	34	16,7	16,8	28,2
De acuerdo	77	37,7	38,1	66,3
Totalmente de acuerdo	68	33,3	33,7	100,0
Total	202	99,0	100,0	
Perdidos Sistema	2	1,0		
Total	204	100,0		

Tabla 14. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	22	10,8	10,8
	En desacuerdo	47	23,0	34,0
	De acuerdo	71	34,8	69,0
	Totalmente de acuerdo	63	30,9	100,0
	Total	203	99,5	100,0
Perdidos	Sistema	1	,5	
Total		204	100,0	

Tabla 15. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	16	7,8	7,9
	En desacuerdo	17	8,3	16,3
	De acuerdo	79	38,7	55,4
	Totalmente de acuerdo	90	44,1	100,0
	Total	202	99,0	100,0
Perdidos	Sistema	2	1,0	
Total		204	100,0	

Tabla 16. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	1	,5	,5
	De acuerdo	14	6,9	7,4
	Totalmente de acuerdo	189	92,6	100,0
	Total	204	100,0	100,0

Tabla 17. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	116	56,9	57,1	57,1
En desacuerdo	51	25,0	25,1	82,3
Válidos De acuerdo	19	9,3	9,4	91,6
Totalmente de acuerdo	17	8,3	8,4	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 18. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	113	55,4	55,9	55,9
En desacuerdo	52	25,5	25,7	81,7
Válidos De acuerdo	24	11,8	11,9	93,6
Totalmente de acuerdo	13	6,4	6,4	100,0
Total	202	99,0	100,0	
Perdidos Sistema	2	1,0		
Total	204	100,0		

Tabla 19. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	1,5	1,5	1,5
En desacuerdo	16	7,8	8,2	9,7
Válidos De acuerdo	62	30,4	31,6	41,3
Totalmente de acuerdo	115	56,4	58,7	100,0
Total	196	96,1	100,0	
Perdidos Sistema	8	3,9		
Total	204	100,0		

Tabla 20. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	1,0	1,0	1,0
En desacuerdo	4	2,0	2,0	3,0
Válidos De acuerdo	30	14,7	15,1	18,1
Totalmente de acuerdo	163	79,9	81,9	100,0
Total	199	97,5	100,0	
Perdidos Sistema	5	2,5		
Total	204	100,0		

Tabla 21. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	116	56,9	59,5	59,5
En desacuerdo	46	22,5	23,6	83,1
Válidos De acuerdo	11	5,4	5,6	88,7
Totalmente de acuerdo	22	10,8	11,3	100,0
Total	195	95,6	100,0	
Perdidos Sistema	9	4,4		
Total	204	100,0		

Tabla 22. Dolor durante el proceso de la dilatación 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	56	27,5	27,9	27,9
En desacuerdo	85	41,7	42,3	70,1
Válidos De acuerdo	29	14,2	14,4	84,6
Totalmente de acuerdo	31	15,2	15,4	100,0
Total	201	98,5	100,0	
Perdidos Sistema	3	1,5		
Total	204	100,0		

Tabla 23. Dolor durante el proceso de la dilatación 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	19	9,3	9,4	9,4
En desacuerdo	12	5,9	5,9	15,3
Válidos De acuerdo	65	31,9	32,0	47,3
Totalmente de acuerdo	107	52,5	52,7	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 24. Dolor durante el proceso de la dilatación 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	66	32,4	33,0	33,0
En desacuerdo	75	36,8	37,5	70,5
Válidos De acuerdo	37	18,1	18,5	89,0
Totalmente de acuerdo	22	10,8	11,0	100,0
Total	200	98,0	100,0	
Perdidos Sistema	4	2,0		
Total	204	100,0		

Tabla 25. Dolor después del parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	61	29,9	30,0	30,0
En desacuerdo	104	51,0	51,2	81,3
Válidos De acuerdo	23	11,3	11,3	92,6
Totalmente de acuerdo	15	7,4	7,4	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 26. Dolor después del parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	51	25,0	25,0	25,0
En desacuerdo	62	30,4	30,4	55,4
Válidos De acuerdo	62	30,4	30,4	85,8
Totalmente de acuerdo	29	14,2	14,2	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 27. Dolor después del parto 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	18	8,8	8,9	8,9
En desacuerdo	43	21,1	21,2	30,0
Válidos De acuerdo	79	38,7	38,9	69,0
Totalmente de acuerdo	63	30,9	31,0	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 28. Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	43	21,1	21,2	21,2
En desacuerdo	89	43,6	43,8	65,0
Válidos De acuerdo	47	23,0	23,2	88,2
Totalmente de acuerdo	24	11,8	11,8	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 29. Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	10	4,9	4,9	4,9
En desacuerdo	58	28,4	28,4	33,3
Válidos De acuerdo	82	40,2	40,2	73,5
Totalmente de acuerdo	54	26,5	26,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 30. Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	1,5	1,5	1,5
En desacuerdo	9	4,4	4,4	5,9
Válidos De acuerdo	56	27,5	27,6	33,5
Totalmente de acuerdo	135	66,2	66,5	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 31. Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	8	3,9	4,0	4,0
En desacuerdo	22	10,8	11,0	15,0
Válidos De acuerdo	67	32,8	33,5	48,5
Totalmente de acuerdo	103	50,5	51,5	100,0
Total	200	98,0	100,0	
Perdidos Sistema	4	2,0		
Total	204	100,0		

Tabla 32. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	12	5,9	5,9	5,9
En desacuerdo	16	7,8	7,8	13,7
Válidos De acuerdo	64	31,4	31,4	45,1
Totalmente de acuerdo	112	54,9	54,9	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 33. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	68	33,3	33,5	33,5
En desacuerdo	86	42,2	42,4	75,9
Válidos De acuerdo	21	10,3	10,3	86,2
Totalmente de acuerdo	28	13,7	13,8	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 34. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 1 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	4	2,0	2,6	2,6
De acuerdo	49	24,0	31,6	34,2
Válidos Totalmente de acuerdo	102	50,0	65,8	100,0
Total	155	76,0	100,0	
Perdidos Sistema	49	24,0		
Total	204	100,0		

Tabla 35. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 2 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	7	3,4	4,6	4,6
En desacuerdo	26	12,7	17,0	21,6
Válidos De acuerdo	40	19,6	26,1	47,7
Totalmente de acuerdo	80	39,2	52,3	100,0
Total	153	75,0	100,0	
Perdidos Sistema	51	25,0		
Total	204	100,0		

Tabla 36. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 3 H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	5	2,5	3,2	3,2
En desacuerdo	7	3,4	4,5	7,7
Válidos De acuerdo	51	25,0	32,9	40,6
Totalmente de acuerdo	92	45,1	59,4	100,0
Total	155	76,0	100,0	
Perdidos Sistema	49	24,0		
Total	204	100,0		

Tabla 37. El parto fue como esperaba H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	13	6,4	11,9	11,9
En desacuerdo	31	15,2	28,4	40,4
Válidos De acuerdo	37	18,1	33,9	74,3
Totalmente de acuerdo	28	13,7	25,7	100,0
Total	109	53,4	100,0	
Perdidos Sistema	95	46,6		
Total	204	100,0		

Tabla 38. Me sentí fuerte durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	1	,5	,9	,9
	En desacuerdo	18	8,8	16,5	17,4
	De acuerdo	51	25,0	46,8	64,2
	Totalmente de acuerdo	39	19,1	35,8	100,0
	Total	109	53,4	100,0	
Perdidos	Sistema	95	46,6		
Total		204	100,0		

Tabla 39. Me sentí capaz durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	2	1,0	1,8	1,8
	En desacuerdo	11	5,4	10,1	11,9
	De acuerdo	52	25,5	47,7	59,6
	Totalmente de acuerdo	44	21,6	40,4	100,0
	Total	109	53,4	100,0	
Perdidos	Sistema	95	46,6		
Total		204	100,0		

Tabla 40. Me sentí cansada durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	9	4,4	8,3	8,3
	En desacuerdo	26	12,7	23,9	32,1
	De acuerdo	41	20,1	37,6	69,7
	Totalmente de acuerdo	33	16,2	30,3	100,0
	Total	109	53,4	100,0	
Perdidos	Sistema	95	46,6		
Total		204	100,0		

Tabla 41. Me sentí feliz durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	8	3,9	7,3	7,3
En desacuerdo	28	13,7	25,7	33,0
Válidos De acuerdo	42	20,6	38,5	71,6
Totalmente de acuerdo	31	15,2	28,4	100,0
Total	109	53,4	100,0	
Perdidos Sistema	95	46,6		
Total	204	100,0		

Tabla 42. Me sentí capaz de manejar bien la situación H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	,5	,9	,9
En desacuerdo	7	3,4	6,5	7,4
Válidos De acuerdo	49	24,0	45,4	52,8
Totalmente de acuerdo	51	25,0	47,2	100,0
Total	108	52,9	100,0	
Perdidos Sistema	96	47,1		
Total	204	100,0		

Tabla 43. La matrona me dedicó la atención necesaria H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	,5	,9	,9
En desacuerdo	3	1,5	2,8	3,7
Válidos De acuerdo	28	13,7	26,2	29,9
Totalmente de acuerdo	75	36,8	70,1	100,0
Total	107	52,5	100,0	
Perdidos Sistema	97	47,5		
Total	204	100,0		

Tabla 44. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	1,0	1,9	1,9
En desacuerdo	6	2,9	5,7	7,6
Válidos De acuerdo	34	16,7	32,4	40,0
Totalmente de acuerdo	63	30,9	60,0	100,0
Total	105	51,5	100,0	
Perdidos Sistema	99	48,5		
Total	204	100,0		

Tabla 45. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	4	2,0	3,7	3,7
De acuerdo	25	12,3	22,9	26,6
Válidos Totalmente de acuerdo	80	39,2	73,4	100,0
Total	109	53,4	100,0	
Perdidos Sistema	95	46,6		
Total	204	100,0		

Tabla 46. La matrona entendió mis necesidades H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	2	1,0	1,9	1,9
De acuerdo	30	14,7	27,8	29,6
Válidos Totalmente de acuerdo	76	37,3	70,4	100,0
Total	108	52,9	100,0	
Perdidos Sistema	96	47,1		
Total	204	100,0		

Tabla 47. Me sentí muy bien atendida por la matrona H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	2	1,0	1,9	1,9
De acuerdo	25	12,3	23,1	25,0
Totalmente de acuerdo	81	39,7	75,0	100,0
Total	108	52,9	100,0	
Perdidos Sistema	96	47,1		
Total	204	100,0		

Tabla 48. Tenía miedo durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	11	5,4	10,1	10,1
En desacuerdo	35	17,2	32,1	42,2
De acuerdo	41	20,1	37,6	79,8
Totalmente de acuerdo	22	10,8	20,2	100,0
Total	109	53,4	100,0	
Perdidos Sistema	95	46,6		
Total	204	100,0		

Tabla 49. Tengo muchos recuerdos positivos del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	8	3,9	7,3	7,3
En desacuerdo	22	10,8	20,2	27,5
De acuerdo	35	17,2	32,1	59,6
Totalmente de acuerdo	44	21,6	40,4	100,0
Total	109	53,4	100,0	
Perdidos Sistema	95	46,6		
Total	204	100,0		

Tabla 50. Tengo muchos recuerdos negativos del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	40	19,6	37,0	37,0
En desacuerdo	36	17,6	33,3	70,4
Válidos De acuerdo	25	12,3	23,1	93,5
Totalmente de acuerdo	7	3,4	6,5	100,0
Total	108	52,9	100,0	
Perdidos Sistema	96	47,1		
Total	204	100,0		

Tabla 51. Me ponen triste algunos recuerdos del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	56	27,5	51,4	51,4
En desacuerdo	39	19,1	35,8	87,2
Válidos De acuerdo	11	5,4	10,1	97,2
Totalmente de acuerdo	3	1,5	2,8	100,0
Total	109	53,4	100,0	
Perdidos Sistema	95	46,6		
Total	204	100,0		

Tabla 52. Me dio seguridad la competencia de los profesionales H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	4	2,0	3,7	3,7
De acuerdo	29	14,2	26,6	30,3
Válidos Totalmente de acuerdo	76	37,3	69,7	100,0
Total	109	53,4	100,0	
Perdidos Sistema	95	46,6		
Total	204	100,0		

Tabla 53. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndose o estar acostada H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	13	6,4	12,0	12,0
En desacuerdo	31	15,2	28,7	40,7
Válidos De acuerdo	46	22,5	42,6	83,3
Totalmente de acuerdo	18	8,8	16,7	100,0
Total	108	52,9	100,0	
Perdidos Sistema	96	47,1		
Total	204	100,0		

Tabla 54. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	19	9,3	18,1	18,1
En desacuerdo	43	21,1	41,0	59,0
Válidos De acuerdo	31	15,2	29,5	88,6
Totalmente de acuerdo	12	5,9	11,4	100,0
Total	105	51,5	100,0	
Perdidos Sistema	99	48,5		
Total	204	100,0		

Tabla 55. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	12	5,9	11,0	11,0
En desacuerdo	24	11,8	22,0	33,0
Válidos De acuerdo	39	19,1	35,8	68,8
Totalmente de acuerdo	34	16,7	31,2	100,0
Total	109	53,4	100,0	
Perdidos Sistema	95	46,6		
Total	204	100,0		

Tabla 56. Modo de inicio del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Espontáneo	66	32,4	32,4
	Estimulación	70	34,3	66,7
	Inducción	68	33,3	100,0
	Total	204	100,0	100,0

Tabla 57. Analgesia usada durante el parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	9	4,4	4,5
	Epidural	172	84,3	91,0
	Métodos alternativos para el dolor	2	1,0	92,0
	Anestesia local	13	6,4	98,5
	Raquianestesia	3	1,5	100,0
	Total	199	97,5	100,0
Perdidos	Sistema	5	2,5	
Total	204	100,0		

Tabla 58. Tipo de parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Eutócico	140	68,6	68,6
	Instrumental	48	23,5	92,2
	Cesárea	16	7,8	100,0
	Total	204	100,0	100,0

Tabla 59. Estado del periné después del parto H. C. U. Virgen de la Arrixaca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Periné íntegro	42	20,6	21,6	21,6
	Desgarro I grado	40	19,6	20,6	42,3
	Desgarro II grado	12	5,9	6,2	48,5
	Episiotomía	100	49,0	51,5	100,0
	Total	194	95,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	4,9		
Total		204	100,0		

Tabla 60. Ingreso del recién nacido en unidad de Neonatología H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	199	97,5	97,5	97,5
Válidos Si	5	2,5	2,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 61. Edad gestacional del recién nacido H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A término	196	96,1	96,1	96,1
Válidos Pre-término	8	3,9	3,9	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Tabla 62. Embarazo gemelar H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
embarazo no gemelar	200	98,0	98,0	98,0
Válidos embarazo gemelar	4	2,0	2,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

1.1.2. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas.

Tabla 63. Estadísticos variables cuantitativas H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Edad de las madres participantes en el estudio	Duración del parto en horas	Escala del dolor sentido durante el parto	Escala del control sentido durante el parto	Escala de la seguridad sentida durante el parto
N					
Válidos	202	202	109	109	109
Perdidos	2	2	95	95	95
Media	31,08	5,8828	,5110	,6227	,7850
Desv. típ.	5,462	3,61757	,32751	,29844	,21541
Mínimo	16	,08	,00	,00	,00
Máximo	43	15,83	1,00	1,00	1,00

Tabla 64. Test de Apgar al minuto del nacimiento H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
7	2	1,0	1,0	1,0
8	9	4,4	4,4	5,4
Válidos 9	181	88,7	89,2	94,6
10	11	5,4	5,4	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

Tabla 65. Test de Apgar a los 5 min del nacimiento H. C. U. Virgen de la Arrixaca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
8	2	1,0	1,0	1,0
9	4	2,0	2,0	3,0
Válidos 10	197	96,6	97,0	100,0
Total	203	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	204	100,0		

1.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA (ALICANTE).

1.2.1. Análisis descriptivo de las variables cualitativas.

Tabla 66. Nacionalidad o etnia de la madre H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Español	123	60,9	61,2	61,2
Inglés	15	7,4	7,5	68,7
Sudamericano	18	8,9	9,0	77,6
Países del este	25	12,4	12,4	90,0
Árabe	5	2,5	2,5	92,5
Alemán	3	1,5	1,5	94,0
Válidos Africano	4	2,0	2,0	96,0
Escandinavos	4	2,0	2,0	98,0
Portugués	1	,5	,5	98,5
italiana	1	,5	,5	99,0
Belga	1	,5	,5	99,5
Francés	1	,5	,5	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 67. Estado civil H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Casado o con pareja estable	191	94,6	95,5	95,5
Soltero con apoyo familiar	7	3,5	3,5	99,0
Otros	2	1,0	1,0	100,0
Total	200	99,0	100,0	
Perdidos				
Sistema	2	1,0		
Total	202	100,0		

Tabla 68. Nivel educativo H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Primaria o EGB	44	21,8	22,0	22,0
ESO o BUP	32	15,8	16,0	38,0
Ciclos formativos de grado medio	31	15,3	15,5	53,5
Bachiller	26	12,9	13,0	66,5
Ciclos formativos de grado superior	16	7,9	8,0	74,5
Estudios universitarios	51	25,2	25,5	100,0
Total	200	99,0	100,0	
Perdidos				
Sistema	2	1,0		
Total	202	100,0		

Tabla 69. Situación laboral H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Activo	101	50,0	51,5	51,5
Paro	95	47,0	48,5	100,0
Total	196	97,0	100,0	
Perdidos				
Sistema	6	3,0		
Total	202	100,0		

Tabla 70. N° de partos de las madres H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primípara	95	47,0	47,0	47,0
Válidos Multipara	107	53,0	53,0	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 71. Asistencia a clases de preparación al parto H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	104	51,5	52,0	52,0
Válidos Si	95	47,0	47,5	99,5
4	1	,5	,5	100,0
Total	200	99,0	100,0	
Perdidos Sistema	2	1,0		
Total	202	100,0		

Tabla 72. Apoyo por parte del profesional 1 H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De acuerdo	29	14,4	14,4	14,4
Válidos Totalmente de acuerdo	173	85,6	85,6	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 73. Apoyo por parte del profesional 2 H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De acuerdo	29	14,4	14,4	14,4
Válidos Totalmente de acuerdo	173	85,6	85,6	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 74. Apoyo por parte del profesional 3 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	,5	,5	,5
En desacuerdo	4	2,0	2,0	2,5
Válidos De acuerdo	39	19,3	19,3	21,8
Totalmente de acuerdo	158	78,2	78,2	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 75. Apoyo por parte de los profesionales 4 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De acuerdo	21	10,4	10,4	10,4
Válidos Totalmente de acuerdo	181	89,6	89,6	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 76. Apoyo por parte de los profesionales 5 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De acuerdo	27	13,4	13,4	13,4
Válidos Totalmente de acuerdo	175	86,6	86,6	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 77. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	6	3,0	3,0	3,0
En desacuerdo	19	9,4	9,5	12,4
Válidos De acuerdo	59	29,2	29,4	41,8
Totalmente de acuerdo	117	57,9	58,2	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 78. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 H. U. de Torre Vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	22	10,9	10,9	10,9
En desacuerdo	27	13,4	13,4	24,4
Válidos De acuerdo	55	27,2	27,4	51,7
Totalmente de acuerdo	97	48,0	48,3	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 79. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 H. U. de Torre Vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	12	5,9	6,0	6,0
En desacuerdo	40	19,8	19,9	25,9
Válidos De acuerdo	55	27,2	27,4	53,2
Totalmente de acuerdo	94	46,5	46,8	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 80. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 H. U. de Torre Vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	15	7,4	7,5	7,5
En desacuerdo	25	12,4	12,4	19,9
Válidos De acuerdo	56	27,7	27,9	47,8
Totalmente de acuerdo	105	52,0	52,2	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 81. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 1 H. U. de Torreveja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	1,0	1,0	1,0
En desacuerdo	1	,5	,5	1,5
Válidos De acuerdo	6	3,0	3,0	4,5
Totalmente de acuerdo	192	95,0	95,5	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 82. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 2 H. U. de Torreveja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	148	73,3	73,6	73,6
En desacuerdo	31	15,3	15,4	89,1
Válidos De acuerdo	7	3,5	3,5	92,5
Totalmente de acuerdo	15	7,4	7,5	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 83. Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 3 H. U. de Torreveja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	141	69,8	70,1	70,1
En desacuerdo	37	18,3	18,4	88,6
Válidos De acuerdo	9	4,5	4,5	93,0
Totalmente de acuerdo	14	6,9	7,0	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 84. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1 H. U. de Torreveja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	6	3,0	3,0	3,0
En desacuerdo	11	5,4	5,5	8,5
Válidos De acuerdo	38	18,8	18,9	27,4
Totalmente de acuerdo	146	72,3	72,6	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 85. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2 H. U. de Torreveja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	,5	,5	,5
De acuerdo	18	8,9	9,0	9,5
Válidos Totalmente de acuerdo	182	90,1	90,5	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 86. Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 3 H. U. de Torreveja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	137	67,8	67,8	67,8
En desacuerdo	34	16,8	16,8	84,7
Válidos De acuerdo	12	5,9	5,9	90,6
Totalmente de acuerdo	19	9,4	9,4	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 87. Dolor durante el proceso de la dilatación 1 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	86	42,6	42,6	42,6
En desacuerdo	69	34,2	34,2	76,7
Válidos De acuerdo	26	12,9	12,9	89,6
Totalmente de acuerdo	21	10,4	10,4	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 88. Dolor durante el proceso de la dilatación 2 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	12	5,9	5,9	5,9
En desacuerdo	16	7,9	7,9	13,9
Válidos De acuerdo	59	29,2	29,2	43,1
Totalmente de acuerdo	115	56,9	56,9	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 89. Dolor durante el proceso de la dilatación 3 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	92	45,5	45,5	45,5
En desacuerdo	60	29,7	29,7	75,2
Válidos De acuerdo	24	11,9	11,9	87,1
Totalmente de acuerdo	26	12,9	12,9	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 90. Dolor después del parto 1 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	97	48,0	48,0	48,0
En desacuerdo	76	37,6	37,6	85,6
Válidos De acuerdo	20	9,9	9,9	95,5
Totalmente de acuerdo	9	4,5	4,5	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 91. Dolor después del parto 2 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	44	21,8	21,8	21,8
En desacuerdo	44	21,8	21,8	43,6
Válidos De acuerdo	73	36,1	36,1	79,7
Totalmente de acuerdo	41	20,3	20,3	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 92. Dolor después del parto 3 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	8	4,0	4,0	4,0
En desacuerdo	26	12,9	12,9	16,9
Válidos De acuerdo	76	37,6	37,8	54,7
Totalmente de acuerdo	91	45,0	45,3	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 93. Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 1 H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	87	43,1	43,3	43,3
En desacuerdo	80	39,6	39,8	83,1
Válidos De acuerdo	19	9,4	9,5	92,5
Totalmente de acuerdo	15	7,4	7,5	100,0
Total	201	99,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	,5		
Total	202	100,0		

Tabla 94. Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2 H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	5	2,5	2,5	2,5
En desacuerdo	23	11,4	11,4	13,9
Válidos De acuerdo	77	38,1	38,1	52,0
Totalmente de acuerdo	97	48,0	48,0	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 95. Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1 H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	1,0	1,0	1,0
En desacuerdo	4	2,0	2,0	3,0
Válidos De acuerdo	54	26,7	26,7	29,7
Totalmente de acuerdo	142	70,3	70,3	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 96. Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	9	4,5	4,5	4,5
En desacuerdo	22	10,9	11,1	15,6
Válidos De acuerdo	67	33,2	33,7	49,2
Totalmente de acuerdo	101	50,0	50,8	100,0
Total	199	98,5	100,0	
Perdidos Sistema	3	1,5		
Total	202	100,0		

Tabla 97. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	1,5	1,5	1,5
En desacuerdo	10	5,0	5,0	6,4
Válidos De acuerdo	66	32,7	32,7	39,1
Totalmente de acuerdo	123	60,9	60,9	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 98. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	109	54,0	54,0	54,0
En desacuerdo	67	33,2	33,2	87,1
Válidos De acuerdo	11	5,4	5,4	92,6
Totalmente de acuerdo	15	7,4	7,4	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 99. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 1 H. U. de Torrevieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De acuerdo	43	21,3	21,6	21,6
	Totalmente de acuerdo	156	77,2	78,4	100,0
	Total	199	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,5		
Total		202	100,0		

Tabla 100. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 2 H. U. de Torrevieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	1	,5	,5	,5
	En desacuerdo	14	6,9	7,0	7,5
	De acuerdo	41	20,3	20,5	28,0
	Totalmente de acuerdo	144	71,3	72,0	100,0
	Total	200	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,0		
Total		202	100,0		

Tabla 101. Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto 3 H. U. de Torrevieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	1	,5	,5	,5
	De acuerdo	39	19,3	19,7	20,2
	Totalmente de acuerdo	158	78,2	79,8	100,0
	Total	198	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	2,0		
Total		202	100,0		

Tabla 102. El parto fue como esperaba H. U. de Torrevieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	9	4,5	9,5	9,5
	En desacuerdo	25	12,4	26,3	35,8
	De acuerdo	38	18,8	40,0	75,8
	Totalmente de acuerdo	23	11,4	24,2	100,0
	Total	95	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	107	53,0		
Total		202	100,0		

Tabla 103. Me sentí fuerte durante el parto H. U. de Torrevieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	7	3,5	7,4	7,4
	En desacuerdo	32	15,8	33,7	41,1
	De acuerdo	31	15,3	32,6	73,7
	Totalmente de acuerdo	25	12,4	26,3	100,0
	Total	95	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	107	53,0		
Total		202	100,0		

Tabla 104. Me sentí capaz durante el parto H. U. de Torrevieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	7	3,5	7,4	7,4
	En desacuerdo	18	8,9	19,1	26,6
	De acuerdo	42	20,8	44,7	71,3
	Totalmente de acuerdo	27	13,4	28,7	100,0
	Total	94	46,5	100,0	
Perdidos	Sistema	108	53,5		
Total		202	100,0		

Tabla 105. Me sentí cansada durante el parto H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	,5	1,1	1,1
En desacuerdo	19	9,4	20,2	21,3
Válidos De acuerdo	40	19,8	42,6	63,8
Totalmente de acuerdo	34	16,8	36,2	100,0
Total	94	46,5	100,0	
Perdidos Sistema	108	53,5		
Total	202	100,0		

Tabla 106. Me sentí feliz durante el parto H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	13	6,4	13,7	13,7
En desacuerdo	38	18,8	40,0	53,7
Válidos De acuerdo	34	16,8	35,8	89,5
Totalmente de acuerdo	10	5,0	10,5	100,0
Total	95	47,0	100,0	
Perdidos Sistema	107	53,0		
Total	202	100,0		

Tabla 107. Me sentí capaz de manejar bien la situación H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	1,0	2,1	2,1
En desacuerdo	8	4,0	8,5	10,6
Válidos De acuerdo	40	19,8	42,6	53,2
Totalmente de acuerdo	44	21,8	46,8	100,0
Total	94	46,5	100,0	
Perdidos Sistema	108	53,5		
Total	202	100,0		

Tabla 108. La matrona me dedicó la atención necesaria H. U. de Torreveja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	2	1,0	2,1	2,1
	De acuerdo	17	8,4	17,9	20,0
	Totalmente de acuerdo	76	37,6	80,0	100,0
	Total	95	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	107	53,0		
Total		202	100,0		

Tabla 109. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja H. U. de Torreveja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	1	,5	1,1	1,1
	De acuerdo	24	11,9	25,3	26,3
	Totalmente de acuerdo	70	34,7	73,7	100,0
	Total	95	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	107	53,0		
Total		202	100,0		

Tabla 110. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto H. U. de Torreveja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De acuerdo	15	7,4	15,8	15,8
	Totalmente de acuerdo	80	39,6	84,2	100,0
	Total	95	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	107	53,0		
Total		202	100,0		

Tabla 111. La matrona entendió mis necesidades H. U. de Torre Vieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	2	1,0	2,1	2,1
	De acuerdo	19	9,4	20,0	22,1
	Totalmente de acuerdo	74	36,6	77,9	100,0
	Total	95	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	107	53,0		
Total		202	100,0		

Tabla 112. Me sentí muy bien atendida por la matrona H. U. de Torre Vieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	1	,5	1,1	1,1
	De acuerdo	14	6,9	14,7	15,8
	Totalmente de acuerdo	80	39,6	84,2	100,0
	Total	95	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	107	53,0		
Total		202	100,0		

Tabla 113. Tenía miedo durante el parto H. U. de Torre Vieja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	16	7,9	17,2	17,2
	En desacuerdo	24	11,9	25,8	43,0
	De acuerdo	32	15,8	34,4	77,4
	Totalmente de acuerdo	21	10,4	22,6	100,0
	Total	93	46,0	100,0	
Perdidos	Sistema	109	54,0		
Total		202	100,0		

Tabla 114. Tengo muchos recuerdos positivos del parto H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	7	3,5	7,4	7,4
En desacuerdo	17	8,4	18,1	25,5
Válidos De acuerdo	41	20,3	43,6	69,1
Totalmente de acuerdo	29	14,4	30,9	100,0
Total	94	46,5	100,0	
Perdidos Sistema	108	53,5		
Total	202	100,0		

Tabla 115. Tengo muchos recuerdos negativos del parto H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	36	17,8	37,9	37,9
En desacuerdo	38	18,8	40,0	77,9
Válidos De acuerdo	16	7,9	16,8	94,7
Totalmente de acuerdo	5	2,5	5,3	100,0
Total	95	47,0	100,0	
Perdidos Sistema	107	53,0		
Total	202	100,0		

Tabla 116. Me ponen triste algunos recuerdos del parto H. U. de Torre vieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	56	27,7	60,2	60,2
En desacuerdo	29	14,4	31,2	91,4
Válidos De acuerdo	7	3,5	7,5	98,9
Totalmente de acuerdo	1	,5	1,1	100,0
Total	93	46,0	100,0	
Perdidos Sistema	109	54,0		
Total	202	100,0		

Tabla 117. Me dio seguridad la competencia de los profesionales H. U. de Torreveja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	1	,5	1,1	1,1
	En desacuerdo	3	1,5	3,2	4,3
	De acuerdo	21	10,4	22,3	26,6
	Totalmente de acuerdo	69	34,2	73,4	100,0
	Total	94	46,5	100,0	
Perdidos	Sistema	108	53,5		
Total		202	100,0		

Tabla 118. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada H. U. de Torreveja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	5	2,5	5,3	5,3
	En desacuerdo	13	6,4	13,7	18,9
	De acuerdo	35	17,3	36,8	55,8
	Totalmente de acuerdo	42	20,8	44,2	100,0
	Total	95	47,0	100,0	
Perdidos	Sistema	107	53,0		
Total		202	100,0		

Tabla 119. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé H. U. de Torreveja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	4	2,0	4,3	4,3
	En desacuerdo	18	8,9	19,1	23,4
	De acuerdo	29	14,4	30,9	54,3
	Totalmente de acuerdo	43	21,3	45,7	100,0
	Total	94	46,5	100,0	
Perdidos	Sistema	108	53,5		
Total		202	100,0		

Tabla 120. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	6	3,0	6,3	6,3
En desacuerdo	13	6,4	13,7	20,0
Válidos De acuerdo	30	14,9	31,6	51,6
Totalmente de acuerdo	46	22,8	48,4	100,0
Total	95	47,0	100,0	
Perdidos Sistema	107	53,0		
Total	202	100,0		

Tabla 121. Modo de inicio del parto H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Espontáneo	137	67,8	67,8	67,8
Válidos Estimulación	1	,5	,5	68,3
Inducción	64	31,7	31,7	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 122. Analgesia usada durante el parto H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	40	19,8	19,8	19,8
Epidural	132	65,3	65,3	85,1
Métodos alternativos para el dolor	16	7,9	7,9	93,1
Válidos Anestesia local	11	5,4	5,4	98,5
Raquianestesia	2	1,0	1,0	99,5
Epidural + Métodos alternativos	1	,5	,5	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 123. Tipo de parto H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Eutócico	165	81,7	81,7
	Instrumental	23	11,4	93,1
	Cesárea	14	6,9	100,0
	Total	202	100,0	100,0

Tabla 124. Estado del periné después del parto H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Periné íntegro	81	40,1	40,1
	Desgarro I grado	62	30,7	70,8
	Desgarro II grado	34	16,8	87,6
	Desgarro III grado	1	,5	88,1
	Episiotomía	24	11,9	100,0
	Total	202	100,0	100,0

Tabla 125. Ingreso del recién nacido en unidad de Neonatología H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	196	97,0	97,0
	Si	6	3,0	100,0
	Total	202	100,0	100,0

Tabla 126. Edad gestacional del recién nacido H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A término	196	97,0	97,0	97,0
Válidos Pre-término	6	3,0	3,0	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 127. Embarazo gemelar H. U. de Torrevieja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
embarazo no gemelar	199	98,5	98,5	98,5
Válidos embarazo gemelar	3	1,5	1,5	100,0
Total	202	100,0	100,0	

1.2.2. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas

Tabla 128. Estadísticos variables cuantitativas H. U. de Torrevieja

	Edad de las madres participantes en el estudio	Duración del parto en horas	Escala del dolor sentido durante el parto	Escala del control sentido durante el parto	Escala de la seguridad sentida durante el parto
N					
Válidos	202	202	95	95	94
Perdidos	0	0	107	107	108
Media	30,39	5,4044	,6861	,6754	,8102
Desv. típ.	5,729	4,67192	,25866	,29309	,22214
Mínimo	18	,17	,00	,00	,05
Máximo	44	33,73	1,00	1,00	1,00

Tabla 129. Test de Apgar al minuto del nacimiento H. U. de Torreveja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6	4	2,0	2,0	2,0
7	2	1,0	1,0	3,0
8	7	3,5	3,5	6,4
Válidos 9	178	88,1	88,1	94,6
10	11	5,4	5,4	100,0
Total	202	100,0	100,0	

Tabla 130. Test de Apgar a los 5 min del nacimiento H. U. de Torreveja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
8	1	,5	,5	,5
9	12	5,9	5,9	6,4
Válidos 10	189	93,6	93,6	100,0
Total	202	100,0	100,0	

1.3. ANÁLISIS FACTORIAL

A continuación se exponen los resultados del análisis factorial realizado en ambos modelos de atención al parto. Primero se realizó un análisis factorial de incluyendo los ítems del cuestionario “WOMEN’S VIEWS OF BIRTH LABOUR SATISFACTION QUESTIONNAIRE” (WOMBLSQ) que completaron tanto multíparas como primíparas de ambos hospitales. Después se hizo el análisis factorial con los ítems de los cuestionarios “WOMEN’S VIEWS OF BIRTH LABOUR SATISFACTION QUESTIONNAIRE” (WOMBLSQ) y “THE CHILDBIRTH EXPERIENCE QUESTIONNAIRE” (CEQ), siendo este último sólo para primíparas debido a que el cuestionario CEQ está diseñado sólo para su uso en ellas.

Tabla131. Análisis factorial en Hospital Virgen de la Arrixaca Primíparas + Multíparas, N: 204.	Componentes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Los cuidadores de mi parto mostraron esforzarse al máximo, fueron de gran ayuda	,847	,109			,131			
Todos los cuidadores de mi parto fueron de gran ayuda	,818	,164				,167	-,112	,123
Los cuidadores de mi parto siempre me escucharon atentamente	,739	,135	,188		,241			
Todos mis cuidadores me trataron cortésmente y de un modo simpático y cordial	,652	,258	,246	,109	,407			
La forma en que se realizó el cuidado en mi proceso de dilatación y parto no podía haber sido mejor	,534	,416	,349		,133	,143	,139	,144
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	,160	,837	,167		,166			
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	,207	,808		-,114	,131		-,132	
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	,113	,773	,251				-,163	
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	,191	,669	,311		,121			,202
Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor durante el proceso de dilatación	-,113	-,207	-,837					
Recibí los calmantes adecuados durante el proceso de dilatación	,209	,265	,789		,127	,117		
Si hubiera recibido más calmantes, mi proceso de dilatación se habría desarrollado de un modo más sencillo		-,276	-,787	,106			,135	
Me hubiera gustado coger a mi bebé un poco antes de cuando lo cogí		-,113		,790			,199	
No pude coger a mi bebé tras el nacimiento tan rápido como hubiera querido				,789				
Estoy satisfecha con sólo una o dos cosas acerca del cuidado que recibí durante mi proceso de dilatación y parto		-,178	-,442	,519				
Mi marido/pareja me podría haber prestado mayor apoyo	-,115			,405		-,339		,384
Todos los cuidadores me dijeron lo que debía hacer durante el proceso de dilatación	,291	,201	,158		,760	,183		
El proceso de dilatación se basó en seguir simplemente las indicaciones de mis cuidadores	,119	,200			,759	,118		,164
Durante el proceso de dilatación siempre hubo un cuidador para explicarme lo que estaba sucediendo a fin de que lo pudiera entender	,381		,388		,589	,121		
Mi marido/pareja me apoyó de la mejor manera posible	,136				,143	,816		-,106
Mi marido/pareja me ayudó a comprender lo que ocurría durante el proceso de dilatación			,234			,791		,108
Pude ver a mi bebé inmediatamente después de haber dado a luz				-,307		,488		,227
Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor después del parto			-,111	,307			,772	-,114
Sentí un poco de dolor inmediatamente después del parto			-,160		-,292		,765	
No necesité muchos calmantes después del parto	,159	,289	-,114	-,101	-,275	,129	-,520	
El paritorio era un lugar agradable y relajante	,170	,143		,150		,137		,827
El paritorio era un lugar impersonal y me transmitía una sensación demasiado clínica				,393	-,164		,168	-,686

Tabla 132. Análisis factorial Hospital de Torrevieja		Componentes							
Primíparas + Multiparas, N: 202.		1	2	3	4	5	6	7	8
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	,878	,196	,146						
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	,866	,106	,275						
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	,814	,236			,105				,130
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	,779	,187		-,106				,143	-,102
La forma en que se realizó el cuidado en mi proceso de dilatación y parto no podía haber sido mejor	,542	,326	,276	-,178				,133	,219
Todos los cuidadores de mi parto fueron de gran ayuda	,156	,831	,122		,172			,115	,129
Los cuidadores de mi parto siempre me escucharon atentamente	,123	,782	,120			-,105			,135
Los cuidadores de mi parto mostraron esforzarse al máximo, fueron de gran ayuda	,288	,763	,158		,187				
Todos mis cuidadores me trataron cortésmente y de un modo simpático y cordial	,275	,690		-,135					,162
Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor durante el proceso de dilatación	-,156		-,849	,114		,122			
Si hubiera recibido más calmantes, mi proceso de dilatación se habría desarrollado de un modo más sencillo	-,204		-,805			,119	-,120		
Recibí los calmantes adecuados durante el proceso de dilatación	,244		,680		,166				,216
Durante el proceso de dilatación siempre hubo un cuidador para explicarme lo que estaba sucediendo a fin de que lo pudiera entender		,316	,495	-,122			,120		,344
Estoy satisfecha con sólo una o dos cosas acerca del cuidado que recibí durante mi proceso de dilatación y parto	-,263	-,355	-,407	,311	,247	,113			,101
No pude coger a mi bebé tras el nacimiento tan rápido como hubiera querido				,888					
Me hubiera gustado coger a mi bebé un poco antes de cuando lo cogí	-,184			,844					
Pude ver a mi bebé inmediatamente después de haber dado a luz	,154			-,467	,181	,229	,445		
Mi marido/pareja me apoyó de la mejor manera posible			,119		,812				,146
Mi marido/pareja me ayudó a comprender lo que ocurría durante el proceso de dilatación	,147	,162		-,107	,715				,116
Mi marido/pareja me podría haber prestado mayor apoyo			-,229	,384	-,515	,138			,157
Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor después del parto			-,203	,139		,823			
No necesité muchos calmantes después del parto	,360			-,126		-,671			,259
Sentí un poco de dolor inmediatamente después del parto	,208			-,137	-,102	,608	-,295		,197
El paritorio era un lugar impersonal y me transmitía una sensación demasiado clínica		-,139		,143				-,814	
El paritorio era un lugar agradable y relajante	,345	,107	,116			-,131	,733		,109
El proceso de dilatación se basó en seguir simplemente las indicaciones de mis cuidadores	,120	,107							,824
Todos los cuidadores me dijeron lo que debía hacer durante el proceso de dilatación		,314	,351		,183		,105		,657

Matriz de componentes rotados^a

Tabla 133. Análisis factorial en Hospital Virgen de la Arrixaca Primíparas, N: 110.	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Me sentí muy bien atendida por la matrona	,912	,101				
La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto	,821		,194	,121	,271	,109
La matrona entendió mis necesidades	,809					,114
La matrona me dedicó la atención necesaria	,795	,113		,228	,140	,221
Apoyo por parte del profesional 1	,765	,284	,126	,123		,114
Apoyo por parte de los profesionales 5	,714	,249		,159	,141	,112
La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja	,683		,125	,230		,340
Me dio seguridad la competencia de los profesionales	,666	,199	,241	,248	,239	,188
Apoyo por parte del profesional 2	,533		,132	,295	,449	,333
Me sentí fuerte durante el parto	,136	,820				,110
Me sentí capaz durante el parto	,208	,777		,206		
Me sentí capaz de manejar bien la situación	,405	,680	,202	,140	,135	
Tengo muchos recuerdos positivos del parto		,645	,266	,100	,243	
Tengo muchos recuerdos negativos del parto		-,558	,270	,252		,100
Me ponen triste algunos recuerdos del parto	,191	-,547	,190	,168		
El parto fue como esperaba		,511	,506		,192	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	,409	,412	,343	,237	,271	,124
Cumplimiento de las expectativas de la mujer 4	,195		,831	,126	,127	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer 2	,237		,826	,126		,206
Cumplimiento de las expectativas de la mujer 3		,356	,750			
Cumplimiento de las expectativas de la mujer 1	,319		,639	,349	,189	
Me sentí feliz durante el parto		,236	,491	,350		
Dolor durante el proceso de la dilatación 3		,171	,186	-,801		,130
Dolor durante el proceso de la dilatación 1		,237	,168	-,746		,216
Dolor durante el proceso de la dilatación 2	,309	,342	,282	,639	,208	,166
Apoyo por parte del profesional 3	,274			,530	,414	,282
Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1	,163	,144	,120	,137	,806	,224
Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2	,107			,118	,696	
Apoyo por parte de los profesionales 4	,472	,332	,272		,496	,147
Satisfacción de la pareja o acompañante 2	,251					,784
Satisfacción de la pareja o acompañante 1	,308				,389	,695
Satisfacción de la pareja o acompañante 3	,434	,110	,204	,153	,287	,591

Matriz de componentes rotados^a

Tabla 133. Análisis factorial en Hospital Virgen de la Arrixaca Primíparas, N: 110.	Componente					
	7	8	9	10	11	12
Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor	,818	-,167		-,112		
Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	,736		-,121			-,210
Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 3		,812	,191	-,127		
Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 2	-,200	,690				
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	-,106	,630			,333	
Dolor después del parto1	-,103	,240	,807			
Dolor después del parto 2			,700		-,137	
Me sentí cansada durante el parto	,211	,320	,412	,135	,339	
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2				,798	-,167	
Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1		-,187		,766		
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1	,182		,211	,550		
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 3				-,241	,761	
Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto1	-,206	,396				,677
Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2	,113	,150	-,116	,321	,241	-,526
Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	,478		-,183	,131		,521
Tenía miedo durante el parto			,424		,291	
Dolor después del parto 3					-,126	

Tabla 134. Análisis factorial Hospital de Torrevieja	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Primíparas, N: 95.						
Me sentí muy bien atendida por la matrona	,891			-,151		
La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto	,841	,126		-,172		
La matrona me dedicó la atención necesaria	,800	,114			-,121	
La matrona entendió mis necesidades	,785	,215	,182	-,200	,107	
Me dio seguridad la competencia de los profesionales	,670	,173	,134		,260	,351
Apoyo por parte del profesional1	,627	,280	,160		-,119	
La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja	,612			,131	,137	,219
Apoyo por parte del profesional 2	,577		,153		,101	
Apoyo por parte de los profesionales 5	,540	,423	,181			
Cumplimiento de las expectativas de la mujer 4	,232	,824		-,164	,218	
El parto fue como esperaba		,821	,121		,122	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer 2	,151	,817	,260		,193	,137
Cumplimiento de las expectativas de la mujer 1	,270	,773		-,131	,168	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer 3		,717		-,142	,138	,124
Tengo muchos recuerdos positivos del parto		,597			,190	,162
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	,261	,555	,317	-,296	,213	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	-,319	-,489	-,376	,331		
Me sentí feliz durante el parto		,483	,149	,265	,226	,225
Apoyo por parte de los profesionales 4	,342	,474			-,222	
Dolor durante el proceso de la dilatación 1		-,142	-,889			-,105
Dolor durante el proceso de la dilatación 3	-,111	-,144	-,838			
Dolor durante el proceso de la dilatación 2	,166	,341	,751		,109	,131
Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1	,464		,481			
Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 2		-,164		,863		
Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 3	-,192	-,218		,754	,133	
Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1				-,671		
Me sentí capaz durante el parto		,332			,797	
Me sentí capaz de manejar bien la situación	,134	,286		,162	,764	
Me sentí fuerte durante el parto	,107	,379			,666	
Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	,165	,106				,819
Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	,102	,157		-,101		,695
Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor		,134	,389	,145	,183	,691

Matriz de componentes rotados^a

Tabla 134. Análisis factorial Hospital de Torrevieja Primíparas, N: 95.	Componente					
	7	8	9	10	11	12
Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2	,798		-,122			
Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto1	-,777					
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2		,864				,105
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1		,661	,130	,144	,380	,131
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 3	,158	-,632	,267			,167
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto3		,484	-,116		,467	,166
Dolor después del parto1			,810	-,102		
Dolor después del parto 2	-,403	-,235	,478			,108
Dolor después del parto 3			-,474	,160		,211
Tenía miedo durante el parto		,114	,407	-,288	,120	
Tengo muchos recuerdos negativos del parto	-,176		,189	-,775		-,150
Me ponen triste algunos recuerdos del parto		-,148		-,732	-,122	
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2			,148	,225	,503	
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto1			-,161		,500	,217
Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2				,104	,191	,753
Apoyo por parte del profesional 3	,155				-,163	,442
Me sentí cansada durante el parto						

1.3.1. Comparativa del análisis factorial primíparas + multíparas de ambos modelos de atención al parto.

Tabla 135. Comparativa del análisis factorial primíparas + multíparas en los dos modelos de atención al parto

Hospital del estudio	H. Torre vieja	% de la Varianza explicada	H. Virgen de la Arrixaca	% de la Varianza explicada
Análisis factorial	Primíparas + Multíparas N= 202		Primíparas + Multíparas N= 204	
Factor 1	Cumplimiento expectativas	26,172	Apoyo del resto de profesionales	26,871
Factor 2	Apoyo del resto de profesionales	8,366	Cumplimiento expectativas	9,848
Factor 3	Dolor en la dilatación	7,862	Dolor en la dilatación	6,948
Factor 4	Contacto de la madre con el RN	6,701	Contacto de la madre con el RN	6,161
Factor 5	Apoyo de la pareja	5,540	Control de la mujer	5,259
Factor 6	Dolor después del parto	5,240	Apoyo de la pareja	5,046
Factor 7	Entorno físico	4,695	Dolor después del parto	4,319
Factor 8	Control de la mujer	3,937	Entorno físico	4,030
Varianza total explicada		68,512		68,482

1.3.2. Comparativa del análisis factorial primíparas de ambos modelos de atención al parto.

Tabla 136. Comparativa del análisis factorial primíparas en los dos modelos de atención al parto

Hospital del estudio	H. Torre vieja		H. Virgen de la Arrixaca	
Análisis factorial	Primíparas N= 95	% de la Varianza explicada	Primíparas N= 110	% de la Varianza explicada
Factor 1	Apoyo de la matrona. Apoyo del resto de profesionales	25,835	Apoyo de la matrona. Apoyo del resto de profesionales	27,507
Factor 2	Cumplimiento expectativas	8,991	Propia capacidad de la mujer y percepción de seguridad	8,257
Factor 3	Dolor en la dilatación	5,964	Cumplimiento expectativas	5,976
Factor 4	Contacto de la madre con el RN	5,132	Dolor en la dilatación	5,290
Factor 5	Propia capacidad de la mujer	4,904	Control de la mujer	4,429
Factor 6	Participación de la mujer en la toma de decisiones	4,415	Satisfacción de la pareja	3,957
Factor 7	Entorno físico	3,991	Participación de la mujer en la toma de decisiones	3,833
Factor 8	Apoyo del marido	3,642	Contacto de la madre con el RN	3,473
Factor 9	Dolor después del parto	3,017	Dolor después del parto	3,089
Factor 10	Percepción de seguridad	2,739	Apoyo del marido	2,990
Factor 11	Satisfacción de la pareja	2,536	Entorno físico	2,601
Varianza total explicada		71,168		71,401

1.4. COMPARATIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS DE LOS DOS MODELOS DE ASISTENCIA AL PARTO.

Tabla 137. Características sociodemográficas de las mujeres participantes en el estudio (n=406)

Hospitales del estudio	H. Virgen de la Arrixaca 204		H.Torre vieja 202		
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N.	%	N.	%	p
Edad					0,214
≤18	6	3	2	1	
19-35	145	71,8	150	74,2	
≥ 35	51	25,2	50	25,8	
País de origen					0,0005
España	171	83,8	123	60,9	
Resto de Europa	8	3,9	51	25,3	
Sudamérica	20	9,8	18	8,9	
África	4	2	9	4,5	
Estado civil					0,351
Casado/ Pareja estable	196	96,1	191	94,6	
Soltero con apoyo familiar	8	3,9	7	3,5	
Otros	0	0	2	1	
Nivel educativo					0,078
Primaria /EGB	42	20,1	44	21,8	
ESO /BUP	27	13,2	32	15,8	
Ciclos formativos grado medio	21	10,3	31	15,3	
Bachillerato /COU	16	7,8	26	12,9	
Ciclos formativos grado superior	19	9,3	16	7,9	
Estudios universitarios	77	37,7	51	25,2	
Situación laboral					0,590
Activo	109	53,4	101	50	
Paro	92	45,1	95	47	
Paridad					0,165
Primíparas	110	53,9	95	47	
Multíparas	94	46,1	107	53	
Asistencia a clases preparación parto					0,437
Si	105	51,5	95	47	
No	98	48	104	51,5	

Aparecen en negrita aquellos factores en que existe una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 138. Resultados obstétricos de las mujeres participantes en el estudio (n=406)

Hospitales del estudio	H. Virgen de la Arrixaca 204		H.Torre vieja 202		
DATOS DEL PARTO	N.	%	N.	%	p
Inicio del parto					0,0005
Esponáneo	66	32,4	137	67,8	
Estimulación	70	34,3	1	0,5	
Inducción	68	33,3	64	31,7	
Métodos de alivio dolor					0,0005
Ninguna	9	4,4	40	19,8	
Epidural	172	84,3	132	65,3	
Métodos alternativos	2	1	17	8,4	
Anestesia local	13	6,4	11	5,4	
Raquianestesia	3	1,5	2	1	
Tipo de parto					0,004
Eutócico	140	68,6	165	81,7	
Instrumental	48	23,5	23	11,4	
Cesárea	16	7,8	14	6,9	
Duración parto					0,011
0-4h	69	34,2	93	46	
> 4h	133	65,8	108	54	
Estado del periné					0,0005
Periné íntegro	42	20,6	81	40,1	
Desgarro I grado	40	19,6	62	30,7	
Desgarro II grado	12	5,9	34	16,8	
Desgarro III grado	0	0	1	0,5	
Episiotomía	100	49	24	11,9	
APGAR 1/5 minutos					0,290/0,243
Apgar ≥ 9 a 1 min	192	94,1	189	93,6	
Apgar ≥ 9 a 5 min	201	98,6	201	99,5	

Aparecen en negrita aquellos factores en que existe una diferencia estadísticamente significativa

1.5. COMPARATIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS DE LAS MUJERES PRIMÍPARAS DE LOS DOS MODELOS DE ASISTENCIA AL PARTO.

Tabla 139. Características sociodemográficas de las mujeres primíparas participantes en el estudio (n=205)

Datos sociodemográficos	H. Virgen Arrixaca 110		H.Torre vieja 95		p
	N.	%	N.	%	
Edad					0,381
≤18	6	5,5	2	2,1	
19-35	87	79,8	82	86,3	
≥ 35	16	14,7	11	11,6	
País de origen					0,005
España	94	85,5	69	72,6	
Resto de Europa	4	3,7	20	21	
Sudamérica	10	9	6	6,3	
África	2	1,8	0	0	
Estado civil					0,551
Casado/ Pareja estable	105	95,5	88	92,6	
Soltero con apoyo familiar	5	4,5	5	5,3	
Nivel educativo					0,316
Primaria /EGB	18	16,4	14	14,7	
ESO/Bachillerato/Ciclos formativos	46	41,8	54	56,8	
Estudios universitarios	46	41,8	26	27,4	
Situación laboral					0,970
Activo	63	58,9	55	57,9	
Paro	44	41,1	38	40	
Asistencia a clases preparación parto					0,720
Si	74	67,3	61	64,2	
No	36	32,7	33	34,7	

Aparecen en negrita aquellos factores en que existe una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 140. Resultados obstétricos de las mujeres primíparas participantes en el estudio (n=205)

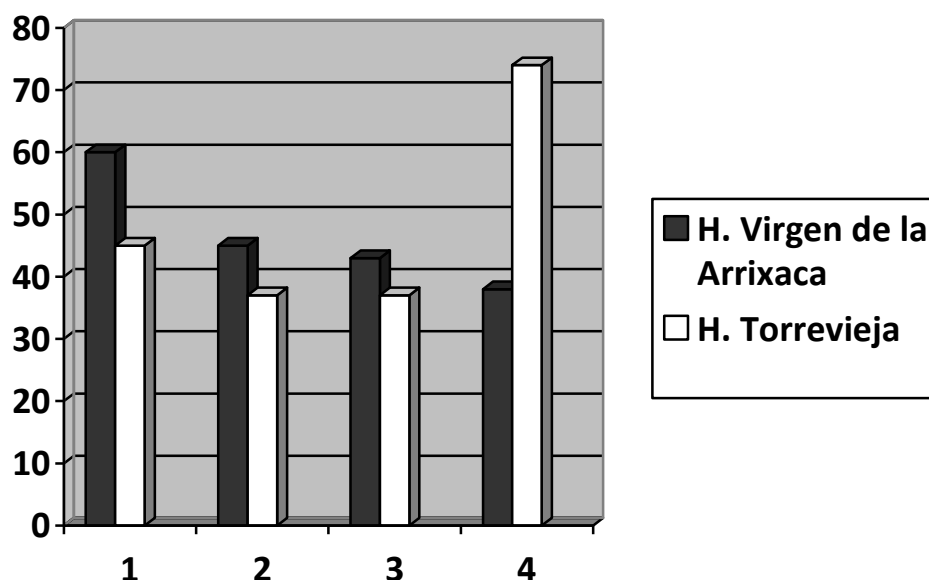
Resultados obstétricos	H. Virgen Arrixaca 110		H.Torre vieja 95		p
	N.	%	N.	%	
Inicio del parto					0,0005
Espontáneo	26	23,6	60	63,2	
Estimulación	38	34,5	0	0	
Inducción	46	41,8	35	36,8	
Métodos de alivio dolor					0,008
Ninguna	2	1,8	10	10,5	
Epidural	103	93,6	76	80	
Métodos alternativos	0	0	5	5,3	
Anestesia local	4	3,6	4	4,2	
Raquianestesia	1	0,9	0	0	
Tipo de parto					0,003
Eutócico	57	51,8	68	71,6	
Instrumental	42	38,2	16	16,8	
Cesárea	11	10	11	11,6	
Duración parto					0,011
0-4h	69	34,2	93	46	
> 4h	133	65,8	108	54	
Estado del periné					0,0005
Periné íntegro	19	14,5	34	35,5	
Desgarro I grado	7	6,4	28	29,5	
Desgarro II grado	5	4,5	16	16,8	
Desgarro III grado	0	0	0	0	
Episiotomía	75	68,2	17	17,9	
APGAR 1/5 minutos					0,883/0,990
Apgar ≥ 9 a 1 min	102	92,7	88	94,7	
Apgar ≥ 9 a 5 min	108	98,2	95	100	

Aparecen en negrita aquellos factores en los que existe una diferencia estadísticamente significativa.

1.6. COMPARATIVA DE LAS PUNTUACIONES GLOBALES AL CUESTIONARIO “WOMEN’S VIEWS OF BIRTH LABOUR SATISFACTION QUESTIONNAIRE” (WOMBLSQ) EN LOS DOS MODELOS DE ATENCIÓN AL PARTO QUE SE COMPARAN EN EL ESTUDIO.

De la puntuación total del cuestionario (100) se obtiene una media de 78,33 y una desviación típica de 8,46 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y una media de 82,01 y una desviación típica de 7,97 en el Hospital de Torrevieja ($P=0,0005$). Con la puntuación total del cuestionario se hizo una recodificación de las puntuaciones, de 1 a 4, en cuatro grupos de acuerdo con los cuartiles (Gráfica 1). El resultado de la comparación mostró que en el modelo humanizado 74 mujeres (38,34%) dieron las respuestas con la puntuación más elevada (4) mientras que en el modelo biomédico 38 mujeres (20,43%) dieron esta respuesta ($P=0,002$).

Figura 33. Comparativa de la puntuación del cuestionario “WOMBLSQ” en los hospitales del estudio



1.7. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN GENERAL DE LA MUJER Y SU RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DATOS DEL PARTO Y CON LOS DIFERENTES ÍTEMS DE LOS CUESTIONARIOS “WOMBSQ” Y “CEQ”.

En los resultados aparecen los dos ítems referidos a la subescala a la que pertenecen: “satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto” y van seguidas de un número (1 y 2). Estos ítems son:

- Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1: corresponde al ítem: “La forma en que se realizó el cuidado en mi proceso de dilatación y parto no podía haber sido mejor”.
- Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2 que corresponde al ítem: “Estoy satisfecha con sólo una o dos cosas acerca del cuidado que recibí durante mi proceso de dilatación y parto”. Como se puede observar éste es un ítem negativo.

Sólo aparecen las tablas de contingencia de los resultados de los ítems que son estadísticamente significativos dentro de cada subescala.

1.7.1. Análisis de la satisfacción general de la mujer y su relación con las variables sociodemográficas

Tabla 141. Tabla de contingencia Satisfacción general + Variables sociodemográficas	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Variables Sociodemográficas	P	P
Nacionalidad o etnia de la madre	0,997	0,797
Estado civil	0,786	0,042
Nivel educativo	0,158	0,005
Situación laboral	0,249	0,122
Paridad	0,031	0,261
Asistencia a clases de preparación al parto	0,804	0,008
Edad	0,846	0,835

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabla 142. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Paridad.

			nº de partos de las madres		Total
			Primípara	Múltipara	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	11	4	15
		Frecuencia esperada	7,6	7,4	15,0
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
	En desacuerdo	Recuento	18	8	26
		Frecuencia esperada	13,1	12,9	26,0
		Residuos corregidos	2,0	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	68	62	130
		Frecuencia esperada	65,6	64,4	130,0
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	108	127	235
		Frecuencia esperada	118,7	116,3	235,0
		Residuos corregidos	-2,1	2,1	
Total		Recuento	205	201	406
		Frecuencia esperada	205,0	201,0	406,0

Se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción general de la mujer y la paridad ($p= 0,031$), estando más satisfechas las múltiparas que las primíparas.

Tabla 143. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Estado civil.

			Estado civil			Total
			Casado o con pareja estable	Soltero con apoyo familiar	Otros	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	166	9	1	176
		Frecuencia esperada	168,6	6,6	,9	176,0
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	,2	
	En desacuerdo	Recuento	152	1	0	153
		Frecuencia esperada	146,5	5,7	,8	153,0
		Residuos corregidos	2,8	-2,5	-1,1	
	De acuerdo	Recuento	31	1	0	32
		Frecuencia esperada	30,7	1,2	,2	32,0
		Residuos corregidos	,3	-,2	-,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	37	4	1	42
		Frecuencia esperada	40,2	1,6	,2	42,0
		Residuos corregidos	-2,6	2,1	1,8	
Total	Recuento	386	15	2	403	
	Frecuencia esperada	386,0	15,0	2,0	403,0	

Observamos que existe una relación estadísticamente significativa entre el ítem negativo de la satisfacción general de la mujer, que hace referencia a estar satisfecho sólo con una o dos cosas de todo el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato, y el estado civil. En la tabla que se expone a continuación vemos que el hecho de tener una pareja estable está en relación inversa con este ítem.

En cuanto al nivel educativo también existe una relación inversa entre el ítem negativo de la satisfacción general de la mujer 2 y el nivel educativo de las madres. Como observamos en la tabla que se expone a continuación las madres con nivel educativo correspondientes a ciclos formativos de grado medio y universitarios dan respuestas negativas (totalmente en desacuerdo y en desacuerdo) mientras que las mujeres con estudios de EGB o Primaria y estudios de ESO o BUP dan respuestas positivas (de acuerdo y totalmente de acuerdo) a este ítem negativo.

Tabla 144. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Nivel educativo.

			Nivel educativo							Total
			Sin estudios	Primaria o EGB	ESO o BUP	Ciclos formativos de grado medio	Bachiller	Ciclos formativos de grado superior	Estudios universitarios	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	30	19	30	23	17	56	175
		Frecuencia esperada	,4	37,1	25,7	22,7	18,3	14,8	55,9	175,0
		Residuos corregidos	-,9	-1,7	-1,9	2,2	1,5	,8	,0	
	En desacuerdo	Recuento	1	28	24	14	13	13	59	152
		Frecuencia esperada	,4	32,2	22,4	19,7	15,9	12,9	48,5	152,0
		Residuos corregidos	1,3	-1,1	,5	-1,7	-1,0	,0	2,3	
	De acuerdo	Recuento	0	8	9	3	4	1	7	32
		Frecuencia esperada	,1	6,8	4,7	4,1	3,4	2,7	10,2	32,0
		Residuos corregidos	-,3	,5	2,2	-,6	,4	-1,1	-1,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	19	7	5	2	3	6	42
		Frecuencia esperada	,1	8,9	6,2	5,4	4,4	3,6	13,4	42,0
		Residuos corregidos	-,3	4,0	,4	-,2	-1,3	-,3	-2,6	
Total		Recuento	1	85	59	52	42	34	128	401
		Frecuencia esperada	1,0	85,0	59,0	52,0	42,0	34,0	128,0	401,0

También aparece una relación estadísticamente significativa entre el ítem negativo de la satisfacción general de la mujer y la asistencia a clases de preparación al parto. Como se puede observar en la tabla que se expone a continuación, las mujeres que no han asistido a clases de preparación al parto manifiestan respuestas positivas en este ítem (totalmente de acuerdo) manifestando estar sólo satisfechas con una o dos cosas de la atención recibida.

Tabla 145. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Asistencia a clases de preparación al parto

			Asistencia a clases de preparación al parto			Total
			No	Si	4	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	80	95	1	176
		Frecuencia esperada	88,4	87,1	,4	176,0
		Residuos corregidos	-1,7	1,6	1,1	
	En desacuerdo	Recuento	72	79	0	151
		Frecuencia esperada	75,9	74,7	,4	151,0
		Residuos corregidos	-,8	,9	-,8	
	De acuerdo	Recuento	16	16	0	32
		Frecuencia esperada	16,1	15,8	,1	32,0
		Residuos corregidos	,0	,1	-,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	34	9	0	43
		Frecuencia esperada	21,6	21,3	,1	43,0
		Residuos corregidos	4,0	-4,0	-,3	
Total	Recuento	202	199	1	402	
	Frecuencia esperada	202,0	199,0	1,0	402,0	

1.7.2. Análisis de la satisfacción general de la mujer y su relación con los datos del parto.

Tabla 146. Tabla de contingencia Satisfacción general + Datos del parto	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Datos del parto	P	P
Modo de inicio del parto	0,213	0,118
Analgesia usada en el parto	0,625	0,764
Tipo de parto	0,001	0,152
Duración del parto	0,005	0,709
Estado del periné	0,005	0,0005
Ingreso del recién nacido	0,230	0,594
Test de Apgar al 1min/5min	0,510/0,500	0,117/0,627
Hospital de estudio	0,062	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

La satisfacción general de la mujer está relacionada con el fin de parto. Existe una mayor satisfacción general de la mujer con su parto cuando el parto ha sido eutócico.

Tabla 147. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Tipo de parto

			Tipo de parto			Total
			Eutócico	Instrumental	Cesárea	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	7	1	15
		Frecuencia esperada	11,3	2,6	1,1	15,0
		Residuos corregidos	-2,6	3,0	-,1	
	En desacuerdo	Recuento	15	6	5	26
		Frecuencia esperada	19,5	4,5	1,9	26,0
		Residuos corregidos	-2,1	,8	2,4	
	De acuerdo	Recuento	91	26	13	130
		Frecuencia esperada	97,7	22,7	9,6	130,0
		Residuos corregidos	-1,6	,9	1,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	192	32	11	235
		Frecuencia esperada	176,5	41,1	17,4	235,0
		Residuos corregidos	3,6	-2,4	-2,4	
Total	Recuento	305	71	30	406	
	Frecuencia esperada	305,0	71,0	30,0	406,0	

La satisfacción general de la mujer está relacionada de forma inversa con la duración del parto, de tal forma que se produce una mayor satisfacción de la mujer cuanto menor es la duración del parto.

Tabla 148. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Duración del parto

			DURAPART		Total
			1,00	2,00	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	6	9	15
		Frecuencia esperada	6,1	8,9	15,0
		Residuos corregidos	,0	,0	
	En desacuerdo	Recuento	<5	22	26
		Frecuencia esperada	10,5	15,5	26,0
		Residuos corregidos	n<5	2,7	
	De acuerdo	Recuento	53	77	130
		Frecuencia esperada	52,5	77,5	130,0
		Residuos corregidos	,1	-,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	100	133	233
		Frecuencia esperada	94,0	139,0	233,0
		Residuos corregidos	1,2	-1,2	
Total	Recuento	163	241	404	
	Frecuencia esperada	163,0	241,0	404,0	

Durapart 1,00: partos con duración menor a 4 h. Durapart 2,00: partos con duración mayor a 4h.

El estado del periné también influye en la satisfacción general de la mujer. Aparece una mayor satisfacción con estado del periné de desgarro de grado I y una tendencia hacia menor satisfacción cuando se ha realizado una episiotomía.

Tabla 149. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Estado del periné

			Estado del periné después del parto					Total
			Periné íntegro	Desgarro I grado	Desgarro II grado	Desgarro III grado	Episiotomía	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	2	1	0	8	15
		Frecuencia esperada	4,7	3,9	1,7	,0	4,7	15,0
		Residuos corregidos	-,4	-1,1	-,6	-,2	1,9	
	En desacuerdo	Recuento	10	2	2	1	11	26
		Frecuencia esperada	8,1	6,7	3,0	,1	8,1	26,0
		Residuos corregidos	,8	-2,2	-,6	3,8	1,3	
	De acuerdo	Recuento	39	32	11	0	45	127
		Frecuencia esperada	39,4	32,7	14,8	,3	39,8	127,0
		Residuos corregidos	-,1	-,2	-1,3	-,7	1,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	70	66	32	0	60	228
		Frecuencia esperada	70,8	58,7	26,5	,6	71,4	228,0
		Residuos corregidos	-,2	1,7	1,8	-1,2	-2,5	
Total	Recuento	123	102	46	1	124	396	
	Frecuencia esperada	123,0	102,0	46,0	1,0	124,0	396,0	

Tabla 150. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Estado del periné

			Estado del periné después del parto
			Desgarro I grado
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	60
		Frecuencia esperada	45,2
		Residuos corregidos	3,4
	En desacuerdo	Recuento	27
		Frecuencia esperada	38,2
		Residuos corregidos	-2,7
	De acuerdo	Recuento	4
		Frecuencia esperada	8,3
		Residuos corregidos	-1,8
	Totalmente de acuerdo	Recuento	11
		Frecuencia esperada	10,3
		Residuos corregidos	,3
Total	Recuento	102	
	Frecuencia esperada	102,0	

El hospital de estudio también influye en la satisfacción general de la mujer, apareciendo una mayor satisfacción en el modelo humanizado.

Tabla 151. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y hospital de estudio

			Hospital del estudio	
			Arrixaca	Torrevieja
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	68	109
		Frecuencia esperada	88,7	88,3
		Residuos corregidos	-4,2	4,2
	En desacuerdo	Recuento	86	67
		Frecuencia esperada	76,7	76,3
		Residuos corregidos	1,9	-1,9
	De acuerdo	Recuento	21	11
		Frecuencia esperada	16,0	16,0
		Residuos corregidos	1,8	-1,8
	Totalmente de acuerdo	Recuento	28	15
		Frecuencia esperada	21,6	21,4
		Residuos corregidos	2,1	-2,1
Total	Recuento	203	202	
	Frecuencia esperada	203,0	202,0	

1.7.3. Análisis de la satisfacción general de la mujer y su relación los diferentes ítems del cuestionario “WOMBLSQ”

1.7.3.1. Satisfacción general y apoyo por parte de los profesionales

Tabla 152. Tabla de contingencia Satisfacción general + Apoyo profesionales	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala Apoyo por parte de los profesionales	P	P
Todos los cuidadores de mi parto fueron de gran ayuda	0,0005	0,0005
Los cuidadores de mi parto siempre me escucharon atentamente	0,0005	0,0005
Durante el proceso de dilatación siempre hubo un cuidador para explicarme lo que estaba sucediendo a fin de que lo pudiera entender	0,0005	0,0005
Todos mis cuidadores me trataron cortésmente y de un modo simpático y cordial	0,0005	0,0005
Los cuidadores de mi parto mostraron esforzarse al máximo, fueron de gran ayuda	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 153. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de de los profesionales 1

			Apoyo por parte del profesional1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	9	4	15
		Frecuencia esperada	,1	3,0	11,8	15,0
		Residuos corregidos	4,9	3,9	-5,0	
	En desacuerdo	Recuento	2	12	12	26
		Frecuencia esperada	,3	5,3	20,5	26,0
		Residuos corregidos	3,6	3,4	-4,2	
	De acuerdo	Recuento	0	46	84	130
		Frecuencia esperada	1,3	26,3	102,5	130,0
		Residuos corregidos	-1,4	5,2	-4,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	15	220	235
		Frecuencia esperada	2,3	47,5	185,2	235,0
		Residuos corregidos	-2,4	-8,1	8,6	
Total	Recuento	4	82	320	406	
	Frecuencia esperada	4,0	82,0	320,0	406,0	

Tabla 154. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de ls profesionales 2

			Apoyo por parte del profesional 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	3	6	5	15
		Frecuencia esperada	,0	,1	3,1	11,7	15,0
		Residuos corregidos	5,1	7,6	1,8	-4,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	9	16	26
		Frecuencia esperada	,1	,3	5,4	20,2	26,0
		Residuos corregidos	-,3	1,5	1,8	-2,1	
	De acuerdo	Recuento	0	0	51	79	130
		Frecuencia esperada	,3	1,3	27,2	101,2	130,0
		Residuos corregidos	-,7	-1,4	6,2	-5,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	19	216	235
		Frecuencia esperada	,6	2,3	49,2	182,9	235,0
		Residuos corregidos	-1,2	-2,4	-7,5	8,0	
Total	Recuento	1	4	85	316	406	
	Frecuencia esperada	1,0	4,0	85,0	316,0	406,0	

Tabla 155. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de los profesionales 3

			Apoyo por parte del profesional 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	6	4	15
		Frecuencia esperada	,1	,5	3,1	11,2	15,0
		Residuos corregidos	4,9	3,8	1,8	-4,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	10	14	26
		Frecuencia esperada	,3	,8	5,4	19,5	26,0
		Residuos corregidos	-,5	1,3	2,3	-2,6	
	De acuerdo	Recuento	2	4	46	78	130
		Frecuencia esperada	1,3	4,2	27,2	97,3	130,0
		Residuos corregidos	,8	-,1	4,9	-4,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	4	23	208	235
		Frecuencia esperada	2,3	7,5	49,2	176,0	235,0
		Residuos corregidos	-2,4	-2,0	-6,5	7,4	
Total	Recuento	4	13	85	304	406	
	Frecuencia esperada	4,0	13,0	85,0	304,0	406,0	

Tabla 156. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de los profesionales 4

			Apoyo por parte de los profesionales 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	4	6	3	15
		Frecuencia esperada	,1	,3	2,4	12,2	15,0
		Residuos corregidos	7,2	6,6	2,6	-6,3	
	En desacuerdo	Recuento	0	3	9	14	26
		Frecuencia esperada	,1	,6	4,1	21,2	26,0
		Residuos corregidos	-,4	3,3	2,7	-3,8	
	De acuerdo	Recuento	0	2	36	92	130
		Frecuencia esperada	,6	2,9	20,5	106,0	130,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,6	4,5	-3,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	13	222	235
		Frecuencia esperada	1,2	5,2	37,0	191,6	235,0
		Residuos corregidos	-1,7	-3,6	-6,6	7,9	
Total	Recuento	2	9	64	331	406	
	Frecuencia esperada	2,0	9,0	64,0	331,0	406,0	

Tabla 157. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y apoyo por parte de los profesionales 5

			Apoyo por parte de los profesionales 5			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	10	4	15
		Frecuencia esperada	,0	2,8	12,1	15,0
		Residuos corregidos	5,1	4,8	-5,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	12	14	26
		Frecuencia esperada	,1	4,9	21,0	26,0
		Residuos corregidos	-,3	3,7	-3,6	
	De acuerdo	Recuento	0	45	85	130
		Frecuencia esperada	,3	24,7	105,0	130,0
		Residuos corregidos	-,7	5,5	-5,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	10	225	235
		Frecuencia esperada	,6	44,6	189,9	235,0
		Residuos corregidos	-1,2	-8,9	9,0	
Total	Recuento	1	77	328	406	
	Frecuencia esperada	1,0	77,0	328,0	406,0	

Tabla 158. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 1

			Apoyo por parte del profesional1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	14	162	177
		Frecuencia esperada	1,7	35,4	139,9	177,0
		Residuos corregidos	-,8	-5,4	5,4	
	En desacuerdo	Recuento	2	44	107	153
		Frecuencia esperada	1,5	30,6	120,9	153,0
		Residuos corregidos	,5	3,4	-3,5	
	De acuerdo	Recuento	1	16	15	32
		Frecuencia esperada	,3	6,4	25,3	32,0
		Residuos corregidos	1,3	4,4	-4,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	7	36	43
		Frecuencia esperada	,4	8,6	34,0	43,0
		Residuos corregidos	-,7	-,6	,8	
Total	Recuento	4	81	320	405	
	Frecuencia esperada	4,0	81,0	320,0	405,0	

Tabla 159. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 2

			Apoyo por parte del profesional 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	1	18	158	177
		Frecuencia esperada	,4	1,7	36,7	138,1	177,0
		Residuos corregidos	-,9	-,8	-4,6	4,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	44	109	153
		Frecuencia esperada	,4	1,5	31,7	119,4	153,0
		Residuos corregidos	-,8	-1,6	3,1	-2,6	
	De acuerdo	Recuento	0	3	15	14	32
		Frecuencia esperada	,1	,3	6,6	25,0	32,0
		Residuos corregidos	-,3	5,0	3,8	-4,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	7	35	43
		Frecuencia esperada	,1	,4	8,9	33,6	43,0
		Residuos corregidos	2,9	-,7	-,8	,6	
Total	Recuento	1	4	84	316	405	
	Frecuencia esperada	1,0	4,0	84,0	316,0	405,0	

Tabla 160. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 3

			Apoyo por parte del profesional 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	1	19	156	177
		Frecuencia esperada	1,7	5,7	36,7	132,9	177,0
		Residuos corregidos	-,8	-2,7	-4,4	5,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	6	46	101	153
		Frecuencia esperada	1,5	4,9	31,7	114,8	153,0
		Residuos corregidos	-1,6	,6	3,6	-3,3	
	De acuerdo	Recuento	1	3	13	15	32
		Frecuencia esperada	,3	1,0	6,6	24,0	32,0
		Residuos corregidos	1,3	2,1	2,9	-3,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	3	6	32	43
		Frecuencia esperada	,4	1,4	8,9	32,3	43,0
		Residuos corregidos	2,6	1,5	-1,2	-,1	
Total	Recuento	4	13	84	304	405	
	Frecuencia esperada	4,0	13,0	84,0	304,0	405,0	

Tabla 161. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 4

			Apoyo por parte de los profesionales 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	2	13	162	177
		Frecuencia esperada	,9	3,9	27,5	144,7	177,0
		Residuos corregidos	-1,2	-1,3	-4,0	4,5	
	En desacuerdo	Recuento	0	3	35	115	153
		Frecuencia esperada	,8	3,4	23,8	125,0	153,0
		Residuos corregidos	-1,1	-,3	3,2	-2,7	
	De acuerdo	Recuento	1	3	11	17	32
		Frecuencia esperada	,2	,7	5,0	26,2	32,0
		Residuos corregidos	2,2	2,9	3,1	-4,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	1	4	37	43
		Frecuencia esperada	,2	1,0	6,7	35,1	43,0
		Residuos corregidos	1,8	,0	-1,2	,8	
Total	Recuento	2	9	63	331	405	
	Frecuencia esperada	2,0	9,0	63,0	331,0	405,0	

Tabla 162. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y apoyo por parte de los profesionales 5

			Apoyo por parte de los profesionales 5			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	15	162	177
		Frecuencia esperada	,4	33,2	143,3	177,0
		Residuos corregidos	-,9	-4,7	4,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	39	114	153
		Frecuencia esperada	,4	28,7	123,9	153,0
		Residuos corregidos	-,8	2,7	-2,6	
	De acuerdo	Recuento	1	17	14	32
		Frecuencia esperada	,1	6,0	25,9	32,0
		Residuos corregidos	3,4	5,2	-5,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	5	38	43
		Frecuencia esperada	,1	8,1	34,8	43,0
		Residuos corregidos	-,3	-1,3	1,3	
Total	Recuento	1	76	328	405	
	Frecuencia esperada	1,0	76,0	328,0	405,0	

Como se observa en las tablas de contingencia que hacen referencia al apoyo de los profesionales se puede observar que un adecuado apoyo por parte de los profesionales produce una mayor satisfacción general de la mujer con su parto.

1.7.3.2. Análisis de la satisfacción general y el cumplimiento de las expectativas de la mujer.

Tabla 163. Tabla de contingencia Satisfacción general + Cumplimiento expectativas	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala Cumplimiento de las expectativas	P	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 164. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	4	4	2	15
		Frecuencia esperada	,5	1,3	5,0	8,2	15,0
		Residuos corregidos	6,7	2,5	-,6	-3,3	
	En desacuerdo	Recuento	3	8	14	1	26
		Frecuencia esperada	,8	2,3	8,7	14,2	26,0
		Residuos corregidos	2,5	4,1	2,3	-5,4	
	De acuerdo	Recuento	2	17	65	45	129
		Frecuencia esperada	4,2	11,2	43,2	70,4	129,0
		Residuos corregidos	-1,3	2,2	4,9	-5,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	6	52	172	233
		Frecuencia esperada	7,5	20,2	78,1	127,2	233,0
		Residuos corregidos	-2,6	-5,1	-5,6	9,1	
Total	Recuento	13	35	135	220	403	
	Frecuencia esperada	13,0	35,0	135,0	220,0	403,0	

Tabla 165. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	11	1	1	2	15
		Frecuencia esperada	1,7	2,3	4,9	6,1	15,0
		Residuos corregidos	7,8	-9	-2,2	-2,2	
	En desacuerdo	Recuento	11	10	4	1	26
		Frecuencia esperada	2,9	3,9	8,5	10,6	26,0
		Residuos corregidos	5,2	3,4	-2,0	-4,0	
	De acuerdo	Recuento	12	30	64	23	129
		Frecuencia esperada	14,4	19,5	42,3	52,8	129,0
		Residuos corregidos	-,8	3,1	4,9	-6,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	11	20	63	139	233
		Frecuencia esperada	26,0	35,3	76,3	95,4	233,0
		Residuos corregidos	-4,8	-4,3	-2,9	8,9	
Total	Recuento	45	61	132	165	403	
	Frecuencia esperada	45,0	61,0	132,0	165,0	403,0	

Tabla 166. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3

Tabla de contingencia							
			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	9	4	1	1	15
		Frecuencia esperada	1,3	3,2	4,7	5,8	15,0
		Residuos corregidos	7,3	,5	-2,1	-2,6	
	En desacuerdo	Recuento	8	13	5	0	26
		Frecuencia esperada	2,2	5,6	8,1	10,1	26,0
		Residuos corregidos	4,2	3,7	-1,4	-4,2	
	De acuerdo	Recuento	8	35	58	28	129
		Frecuencia esperada	10,9	27,8	40,2	50,1	129,0
		Residuos corregidos	-1,1	1,9	4,1	-4,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	9	35	62	128	234
		Frecuencia esperada	19,7	50,4	73,0	90,9	234,0
		Residuos corregidos	-3,9	-3,8	-2,4	7,7	
Total	Recuento	34	87	126	157	404	
	Frecuencia esperada	34,0	87,0	126,0	157,0	404,0	

Tabla 167. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4

Tabla de contingencia							
			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	11	0	3	1	15
		Frecuencia esperada	1,2	1,6	5,0	7,3	15,0
		Residuos corregidos	9,7	-1,3	-1,1	-3,3	
	En desacuerdo	Recuento	6	6	13	1	26
		Frecuencia esperada	2,0	2,7	8,7	12,6	26,0
		Residuos corregidos	3,0	2,2	1,8	-4,7	
	De acuerdo	Recuento	7	25	62	35	129
		Frecuencia esperada	9,9	13,4	43,2	62,4	129,0
		Residuos corregidos	-1,2	4,0	4,3	-5,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	7	11	57	158	233
		Frecuencia esperada	17,9	24,3	78,1	112,7	233,0
		Residuos corregidos	-4,1	-4,4	-4,5	9,1	
Total	Recuento	31	42	135	195	403	
	Frecuencia esperada	31,0	42,0	135,0	195,0	403,0	

Tabla 168. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	9	34	128	175
		Frecuencia esperada	5,7	14,8	58,8	95,8	175,0
		Residuos corregidos	-,9	-2,1	-5,3	6,5	
	En desacuerdo	Recuento	3	16	70	63	152
		Frecuencia esperada	4,9	12,9	51,0	83,2	152,0
		Residuos corregidos	-1,1	1,2	4,1	-4,2	
	De acuerdo	Recuento	1	8	17	6	32
		Frecuencia esperada	1,0	2,7	10,7	17,5	32,0
		Residuos corregidos	,0	3,5	2,4	-4,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	1	14	23	43
		Frecuencia esperada	1,4	3,6	14,4	23,5	43,0
		Residuos corregidos	3,3	-1,5	-,2	-,2	
Total	Recuento	13	34	135	220	402	
	Frecuencia esperada	13,0	34,0	135,0	220,0	402,0	

Tabla 169. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	16	13	45	101	175
		Frecuencia esperada	19,6	26,1	57,5	71,8	175,0
		Residuos corregidos	-1,1	-3,7	-2,7	6,0	
	En desacuerdo	Recuento	17	28	61	46	152
		Frecuencia esperada	17,0	22,7	49,9	62,4	152,0
		Residuos corregidos	,0	1,5	2,4	-3,4	
	De acuerdo	Recuento	7	9	14	2	32
		Frecuencia esperada	3,6	4,8	10,5	13,1	32,0
		Residuos corregidos	2,0	2,2	1,4	-4,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	10	12	16	43
		Frecuencia esperada	4,8	6,4	14,1	17,6	43,0
		Residuos corregidos	,1	1,6	-,7	-,5	
Total	Recuento	45	60	132	165	402	
	Frecuencia esperada	45,0	60,0	132,0	165,0	402,0	

Tabla 170. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	11	26	37	101	175
		Frecuencia esperada	14,8	37,3	54,7	68,2	175,0
		Residuos corregidos	-1,4	-2,8	-3,8	6,8	
	En desacuerdo	Recuento	12	40	61	40	153
		Frecuencia esperada	12,9	32,7	47,8	59,6	153,0
		Residuos corregidos	-,3	1,8	2,9	-4,1	
	De acuerdo	Recuento	7	9	15	1	32
		Frecuencia esperada	2,7	6,8	10,0	12,5	32,0
		Residuos corregidos	2,9	1,0	2,0	-4,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	11	13	15	43
		Frecuencia esperada	3,6	9,2	13,4	16,8	43,0
		Residuos corregidos	,2	,7	-,2	-,6	
Total	Recuento	34	86	126	157	403	
	Frecuencia esperada	34,0	86,0	126,0	157,0	403,0	

Tabla 171. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	9	11	39	116	175
		Frecuencia esperada	13,5	18,3	58,3	84,9	175,0
		Residuos corregidos	-1,7	-2,4	-4,1	6,3	
	En desacuerdo	Recuento	12	17	70	53	152
		Frecuencia esperada	11,7	15,9	50,7	73,7	152,0
		Residuos corregidos	,1	,4	4,2	-4,3	
	De acuerdo	Recuento	4	10	12	6	32
		Frecuencia esperada	2,5	3,3	10,7	15,5	32,0
		Residuos corregidos	1,1	4,0	,5	-3,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	6	4	13	20	43
		Frecuencia esperada	3,3	4,5	14,3	20,9	43,0
		Residuos corregidos	1,6	-,3	-,5	-,3	
Total	Recuento	31	42	134	195	402	
	Frecuencia esperada	31,0	42,0	134,0	195,0	402,0	

Como se observa en los resultados, la satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto es mayor si se cumplen sus expectativas.

1.7.3.3. Análisis de la satisfacción general y el contacto de la madre con el recién nacido.

Tabla 172. Tabla de contingencia Satisfacción general + Cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala Cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido	P	P
Pude ver a mi bebé inmediatamente después de haber dado a luz	0,0005	0,005
No pude coger a mi bebé tras el nacimiento tan rápido como hubiera querido	0,024	0,0005
Me hubiera gustado coger a mi bebé un poco antes de cuando lo cogí	0,012	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabla 173. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 1

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	1	13	15
		Frecuencia esperada	,1	,1	,7	14,1	15,0
		Residuos corregidos	3,5	-,3	,3	-1,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	3	22	26
		Frecuencia esperada	,1	,1	1,3	24,5	26,0
		Residuos corregidos	-,4	2,5	1,6	-2,1	
	De acuerdo	Recuento	0	1	11	117	129
		Frecuencia esperada	,6	,6	6,4	121,4	129,0
		Residuos corregidos	-1,0	,6	2,3	-2,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	5	229	235
		Frecuencia esperada	1,2	1,2	11,6	221,1	235,0
		Residuos corregidos	-,2	-1,7	-3,1	3,4	
Total	Recuento		2	2	20	381	405
	Frecuencia esperada		2,0	2,0	20,0	381,0	405,0

Tabla 174. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 2

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	8	2	4	1	15
		Frecuencia esperada	9,8	3,0	1,0	1,2	15,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,7	3,3	-,2	
	En desacuerdo	Recuento	14	7	4	1	26
		Frecuencia esperada	17,0	5,3	1,7	2,1	26,0
		Residuos corregidos	-1,3	,9	1,9	-,8	
	De acuerdo	Recuento	79	28	9	12	128
		Frecuencia esperada	83,6	26,0	8,2	10,1	128,0
		Residuos corregidos	-1,0	,5	,3	,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	163	45	9	18	235
		Frecuencia esperada	153,6	47,7	15,1	18,6	235,0
		Residuos corregidos	2,0	-,7	-2,5	-,2	
Total	Recuento		264	82	26	32	404
	Frecuencia esperada		264,0	82,0	26,0	32,0	404,0

Tabla 175. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 3

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	3	3	2	15
		Frecuencia esperada	9,5	3,3	1,2	1,0	15,0
		Residuos corregidos	-1,3	-,2	1,7	1,0	
	En desacuerdo	Recuento	11	7	5	3	26
		Frecuencia esperada	16,4	5,7	2,1	1,7	26,0
		Residuos corregidos	-2,3	,6	2,1	1,0	
	De acuerdo	Recuento	70	37	11	9	127
		Frecuencia esperada	80,0	28,0	10,4	8,5	127,0
		Residuos corregidos	-2,2	2,3	,2	,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	166	42	14	13	235
		Frecuencia esperada	148,1	51,9	19,2	15,7	235,0
		Residuos corregidos	3,7	-2,4	-1,9	-1,1	
Total	Recuento	254	89	33	27	403	
	Frecuencia esperada	254,0	89,0	33,0	27,0	403,0	

Tabla 176. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 1

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	3	172	176
		Frecuencia esperada	,9	,9	8,3	166,0	176,0
		Residuos corregidos	,2	-1,2	-2,5	2,6	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	10	142	153
		Frecuencia esperada	,8	,8	7,2	144,3	153,0
		Residuos corregidos	-1,1	,4	1,4	-1,0	
	De acuerdo	Recuento	0	1	5	26	32
		Frecuencia esperada	,2	,2	1,5	30,2	32,0
		Residuos corregidos	-,4	2,2	3,0	-3,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	1	41	43
		Frecuencia esperada	,2	,2	2,0	40,6	43,0
		Residuos corregidos	1,8	-,5	-,8	,3	
Total	Recuento	2	2	19	381	404	
	Frecuencia esperada	2,0	2,0	19,0	381,0	404,0	

Tabla 177. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 2

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	140	20	1	14	175
		Frecuencia esperada	114,6	35,2	11,3	13,9	175,0
		Residuos corregidos	5,4	-3,8	-4,2	,0	
	En desacuerdo	Recuento	91	39	15	8	153
		Frecuencia esperada	100,2	30,8	9,9	12,1	153,0
		Residuos corregidos	-2,0	2,1	2,1	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	12	13	5	2	32
		Frecuencia esperada	21,0	6,4	2,1	2,5	32,0
		Residuos corregidos	-3,5	3,0	2,2	-,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	21	9	5	8	43
		Frecuencia esperada	28,2	8,6	2,8	3,4	43,0
		Residuos corregidos	-2,4	,1	1,5	2,7	
Total	Recuento	264	81	26	32	403	
	Frecuencia esperada	264,0	81,0	26,0	32,0	403,0	

Tabla 178. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 3

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	142	21	5	7	175
		Frecuencia esperada	110,6	38,7	13,9	11,8	175,0
		Residuos corregidos	6,6	-4,3	-3,3	-1,9	
	En desacuerdo	Recuento	84	46	12	11	153
		Frecuencia esperada	96,7	33,9	12,2	10,3	153,0
		Residuos corregidos	-2,7	3,0	-,1	,3	
	De acuerdo	Recuento	8	13	6	4	31
		Frecuencia esperada	19,6	6,9	2,5	2,1	31,0
		Residuos corregidos	-4,5	2,8	2,4	1,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	20	9	9	5	43
		Frecuencia esperada	27,2	9,5	3,4	2,9	43,0
		Residuos corregidos	-2,4	-,2	3,3	1,4	
Total	Recuento	254	89	32	27	402	
	Frecuencia esperada	254,0	89,0	32,0	27,0	402,0	

Un contacto con el recién nacido óptimo aumenta la satisfacción general de la mujer con su proceso de parto.

1.7.3.4. Análisis de la satisfacción general y el apoyo del marido/pareja durante el proceso del parto.

Tabla 179. Tabla de contingencia Satisfacción general + Cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala Cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto	P	P
Mi marido/pareja me ayudó a comprender lo que ocurría durante el proceso de dilatación	0,0005	0,006
Mi marido/pareja me apoyó de la mejor manera posible	0,0005	0,006
Mi marido/pareja me podría haber prestado mayor apoyo	0,128	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 180. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 1

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	2	4	7	15
		Frecuencia esperada	,3	1,0	3,8	9,9	15,0
		Residuos corregidos	2,9	1,0	,1	-1,6	
	En desacuerdo	Recuento	1	4	7	14	26
		Frecuencia esperada	,6	1,8	6,5	17,1	26,0
		Residuos corregidos	,6	1,8	,2	-1,3	
	De acuerdo	Recuento	3	9	49	66	127
		Frecuencia esperada	2,9	8,6	32,0	83,5	127,0
		Residuos corregidos	,1	,2	4,2	-4,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	12	40	174	229
		Frecuencia esperada	5,2	15,6	57,7	150,6	229,0
		Residuos corregidos	-1,5	-1,4	-4,1	5,0	
Total		Recuento	9	27	100	261	397
		Frecuencia esperada	9,0	27,0	100,0	261,0	397,0

Tabla 181. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 2

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	0	0	13	15
		Frecuencia esperada	,1	,2	1,8	12,9	15,0
		Residuos corregidos	5,8	-,4	-1,5	,0	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	4	21	26
		Frecuencia esperada	,2	,3	3,1	22,4	26,0
		Residuos corregidos	-,5	1,5	,5	-,8	
	De acuerdo	Recuento	1	2	24	102	129
		Frecuencia esperada	1,0	1,3	15,5	111,3	129,0
		Residuos corregidos	,0	,8	2,8	-2,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	20	209	230
		Frecuencia esperada	1,7	2,3	27,6	198,4	230,0
		Residuos corregidos	-2,0	-1,3	-2,4	3,1	
Total		Recuento	3	4	48	345	400
		Frecuencia esperada	3,0	4,0	48,0	345,0	400,0

Tabla 182. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 1

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	7	33	130	175
		Frecuencia esperada	4,0	11,9	43,8	115,3	175,0
		Residuos corregidos	,7	-2,0	-2,5	3,1	
	En desacuerdo	Recuento	2	14	49	86	151
		Frecuencia esperada	3,4	10,3	37,8	99,5	151,0
		Residuos corregidos	-1,0	1,5	2,7	-3,0	
	De acuerdo	Recuento	0	3	12	15	30
		Frecuencia esperada	,7	2,0	7,5	19,8	30,0
		Residuos corregidos	-9	,7	2,0	-1,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	3	5	30	40
		Frecuencia esperada	,9	2,7	10,0	26,4	40,0
		Residuos corregidos	1,2	,2	-1,9	1,3	
Total	Recuento	9	27	99	261	396	
	Frecuencia esperada	9,0	27,0	99,0	261,0	396,0	

Tabla 183. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 2

Tabla de contingencia

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	0	14	159	175
		Frecuencia esperada	1,3	1,8	20,6	151,3	175,0
		Residuos corregidos	,8	-1,8	-2,1	2,3	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	24	126	152
		Frecuencia esperada	1,1	1,5	17,9	131,4	152,0
		Residuos corregidos	-1,4	,5	1,9	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	0	2	6	22	30
		Frecuencia esperada	,2	,3	3,5	25,9	30,0
		Residuos corregidos	-,5	3,2	1,5	-2,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	3	38	42
		Frecuencia esperada	,3	,4	4,9	36,3	42,0
		Residuos corregidos	1,3	-,7	-1,0	,8	
Total	Recuento	3	4	47	345	399	
	Frecuencia esperada	3,0	4,0	47,0	345,0	399,0	

Tabla 184. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y cómo fue el apoyo de la pareja durante el parto 3

Tabla de contingencia							
			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	133	17	7	18	175
		Frecuencia esperada	111,8	35,4	9,7	18,1	175,0
		Residuos corregidos	4,5	-4,6	-1,2	,0	
	En desacuerdo	Recuento	88	45	7	11	151
		Frecuencia esperada	96,5	30,5	8,4	15,6	151,0
		Residuos corregidos	-1,8	3,7	-,6	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	11	8	5	5	29
		Frecuencia esperada	18,5	5,9	1,6	3,0	29,0
		Residuos corregidos	-3,0	1,0	2,9	1,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	21	10	3	7	41
		Frecuencia esperada	26,2	8,3	2,3	4,2	41,0
		Residuos corregidos	-1,8	,7	,5	1,5	
Total	Recuento	253	80	22	41	396	
	Frecuencia esperada	253,0	80,0	22,0	41,0	396,0	

Como se puede ver en las tablas expuestas anteriormente, un buen apoyo por parte de la pareja está relacionado con una mayor satisfacción de la mujer con su proceso de parto.

1.7.3.5. Análisis de la satisfacción general y el dolor durante la dilatación

Tabla 185. Tabla de contingencia Satisfacción general + Dolor durante el proceso de dilatación	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala	P	P
Dolor durante el proceso de dilatación		
Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor durante el proceso de dilatación	0,0005	0,0005
Recibí los calmantes adecuados durante el proceso de dilatación	0,0005	0,0005
Si hubiera recibido más calmantes, mi proceso de dilatación se habría desarrollado de un modo más sencillo	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 186. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor durante el proceso de dilatación 1

Tabla de contingencia							
			Dolor durante el proceso de la dilatación 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	2	1	9	15
		Frecuencia esperada	5,3	5,7	2,0	1,9	15,0
		Residuos corregidos	-1,3	-2,0	-,8	5,5	
	En desacuerdo	Recuento	3	8	6	9	26
		Frecuencia esperada	9,2	9,9	3,5	3,4	26,0
		Residuos corregidos	-2,6	-,8	1,4	3,4	
	De acuerdo	Recuento	23	66	25	14	128
		Frecuencia esperada	45,1	48,9	17,5	16,5	128,0
		Residuos corregidos	-5,0	3,8	2,3	-,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	113	78	23	20	234
		Frecuencia esperada	82,5	89,4	31,9	30,2	234,0
		Residuos corregidos	6,5	-2,4	-2,6	-3,1	
Total	Recuento	142	154	55	52	403	
	Frecuencia esperada	142,0	154,0	55,0	52,0	403,0	

Tabla 187. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor durante el proceso de dilatación 2

Tabla de contingencia							
			Dolor durante el proceso de la dilatación 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	6	1	5	3	15
		Frecuencia esperada	1,1	1,0	4,6	8,2	15,0
		Residuos corregidos	4,8	,0	,2	-2,8	
	En desacuerdo	Recuento	7	7	7	5	26
		Frecuencia esperada	2,0	1,8	8,0	14,3	26,0
		Residuos corregidos	3,8	4,2	-,4	-3,8	
	De acuerdo	Recuento	9	11	67	42	129
		Frecuencia esperada	9,9	8,9	39,5	70,7	129,0
		Residuos corregidos	-,4	,9	6,4	-6,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	9	9	45	172	235
		Frecuencia esperada	18,0	16,2	72,0	128,8	235,0
		Residuos corregidos	-3,4	-2,9	-5,9	8,7	
Total	Recuento	31	28	124	222	405	
	Frecuencia esperada	31,0	28,0	124,0	222,0	405,0	

Tabla 188. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor durante el proceso de dilatación 3

Tabla de contingencia							
			Dolor durante el proceso de la dilatación 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	2	3	8	15
		Frecuencia esperada	5,9	5,0	2,3	1,8	15,0
		Residuos corregidos	-2,1	-1,7	,5	5,0	
	En desacuerdo	Recuento	2	8	9	7	26
		Frecuencia esperada	10,2	8,7	3,9	3,1	26,0
		Residuos corregidos	-3,4	-,3	2,9	2,4	
	De acuerdo	Recuento	33	56	26	13	128
		Frecuencia esperada	50,3	43,0	19,4	15,3	128,0
		Residuos corregidos	-3,8	3,0	2,0	-,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	121	69	23	20	233
		Frecuencia esperada	91,6	78,2	35,4	27,8	233,0
		Residuos corregidos	6,1	-2,0	-3,5	-2,4	
Total	Recuento	158	135	61	48	402	
	Frecuencia esperada	158,0	135,0	61,0	48,0	402,0	

Tabla 189. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor durante el proceso de dilatación 1

Tabla de contingencia							
			Dolor durante el proceso de la dilatación 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	99	43	19	15	176
		Frecuencia esperada	62,2	67,0	24,1	22,8	176,0
		Residuos corregidos	7,7	-5,0	-1,5	-2,3	
	En desacuerdo	Recuento	30	84	24	14	152
		Frecuencia esperada	53,7	57,9	20,8	19,7	152,0
		Residuos corregidos	-5,1	5,5	1,0	-1,7	
	De acuerdo	Recuento	2	10	9	10	31
		Frecuencia esperada	11,0	11,8	4,2	4,0	31,0
		Residuos corregidos	-3,5	-,7	2,6	3,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	11	16	3	13	43
		Frecuencia esperada	15,2	16,4	5,9	5,6	43,0
		Residuos corregidos	-1,4	-,1	-1,4	3,6	
Total	Recuento	142	153	55	52	402	
	Frecuencia esperada	142,0	153,0	55,0	52,0	402,0	

Tabla 190. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor durante el proceso de dilatación 2

Tabla de contingencia							
			Dolor durante el proceso de la dilatación 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	11	5	35	125	176
		Frecuencia esperada	13,5	12,2	53,6	96,7	176,0
		Residuos corregidos	-,9	-2,8	-4,1	5,7	
	En desacuerdo	Recuento	7	16	65	65	153
		Frecuencia esperada	11,7	10,6	46,6	84,1	153,0
		Residuos corregidos	-1,8	2,2	4,1	-3,9	
	De acuerdo	Recuento	9	2	13	8	32
		Frecuencia esperada	2,5	2,2	9,7	17,6	32,0
		Residuos corregidos	4,5	-,2	1,3	-3,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	5	10	24	43
		Frecuencia esperada	3,3	3,0	13,1	23,6	43,0
		Residuos corregidos	,4	1,3	-1,1	,1	
Total	Recuento	31	28	123	222	404	
	Frecuencia esperada	31,0	28,0	123,0	222,0	404,0	

Tabla 191. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor durante el proceso de dilatación 3

Tabla de contingencia							
			Dolor durante el proceso de la dilatación 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	107	40	14	15	176
		Frecuencia esperada	69,3	58,8	26,8	21,1	176,0
		Residuos corregidos	7,8	-4,0	-3,6	-1,9	
	En desacuerdo	Recuento	35	77	27	11	150
		Frecuencia esperada	59,1	50,1	22,8	18,0	150,0
		Residuos corregidos	-5,1	5,9	1,2	-2,2	
	De acuerdo	Recuento	2	8	12	10	32
		Frecuencia esperada	12,6	10,7	4,9	3,8	32,0
		Residuos corregidos	-4,0	-1,1	3,7	3,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	14	9	8	12	43
		Frecuencia esperada	16,9	14,4	6,5	5,1	43,0
		Residuos corregidos	-1,0	-1,8	,7	3,4	
Total	Recuento	158	134	61	48	401	
	Frecuencia esperada	158,0	134,0	61,0	48,0	401,0	

En las tablas expuestas, se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre un adecuado alivio del dolor durante la dilatación y una mayor satisfacción de la mujer en su proceso de dilatación.

1.7.3.6. Análisis de la satisfacción general y el dolor en el puerperio inmediato.

Tabla 192. Tabla de contingencia Satisfacción general + Dolor después del parto	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Dolor después del parto	P	P
Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor después del parto	0,0005	0,0005
Sentí un poco de dolor inmediatamente después del parto	0,0005	0,0005
No necesité muchos calmantes después del parto	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 193. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor después del parto 1

Tabla de contingencia							
			Dolor después del parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	4	3	1	15
		Frecuencia esperada	5,9	6,7	1,6	,9	15,0
		Residuos corregidos	,6	-1,4	1,2	,1	
	En desacuerdo	Recuento	9	14	2	1	26
		Frecuencia esperada	10,1	11,6	2,8	1,5	26,0
		Residuos corregidos	-,5	1,0	-,5	-,5	
	De acuerdo	Recuento	32	80	15	3	130
		Frecuencia esperada	50,7	57,8	13,8	7,7	130,0
		Residuos corregidos	-4,1	4,8	,4	-2,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	110	82	23	19	234
		Frecuencia esperada	91,3	104,0	24,8	13,9	234,0
		Residuos corregidos	3,9	-4,5	-,6	2,2	
Total	Recuento	158	180	43	24	405	
	Frecuencia esperada	158,0	180,0	43,0	24,0	405,0	

Tabla 194. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor después del parto 2

Tabla de contingencia							
			Dolor después del parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	2	4	2	15
		Frecuencia esperada	3,5	3,9	5,0	2,6	15,0
		Residuos corregidos	2,2	-1,1	-,6	-,4	
	En desacuerdo	Recuento	6	7	11	2	26
		Frecuencia esperada	6,1	6,8	8,6	4,5	26,0
		Residuos corregidos	,0	,1	1,0	-1,3	
	De acuerdo	Recuento	19	40	58	13	130
		Frecuencia esperada	30,4	33,9	43,2	22,4	130,0
		Residuos corregidos	-2,9	1,5	3,3	-2,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	63	57	62	53	235
		Frecuencia esperada	55,0	61,4	78,1	40,5	235,0
		Residuos corregidos	1,9	-1,0	-3,4	3,3	
Total	Recuento	95	106	135	70	406	
	Frecuencia esperada	95,0	106,0	135,0	70,0	406,0	

Tabla 195. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Dolor después del parto 3

Tabla de contingencia							
			Dolor después del parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	4	5	4	15
		Frecuencia esperada	1,0	2,6	5,8	5,7	15,0
		Residuos corregidos	1,1	1,0	-,4	-,9	
	En desacuerdo	Recuento	3	5	15	3	26
		Frecuencia esperada	1,7	4,4	10,0	9,9	26,0
		Residuos corregidos	1,1	,3	2,1	-2,9	
	De acuerdo	Recuento	2	30	63	35	130
		Frecuencia esperada	8,4	22,2	49,9	49,6	130,0
		Residuos corregidos	-2,8	2,2	2,9	-3,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	19	30	72	112	233
		Frecuencia esperada	15,0	39,8	89,4	88,8	233,0
		Residuos corregidos	1,6	-2,6	-3,6	4,8	
Total	Recuento	26	69	155	154	404	
	Frecuencia esperada	26,0	69,0	155,0	154,0	404,0	

Tabla 196. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor después del parto 1

Tabla de contingencia							
			Dolor después del parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	102	52	14	9	177
		Frecuencia esperada	69,2	78,4	18,8	10,5	177,0
		Residuos corregidos	6,7	-5,3	-1,6	-,6	
	En desacuerdo	Recuento	36	95	15	7	153
		Frecuencia esperada	59,8	67,8	16,3	9,1	153,0
		Residuos corregidos	-5,0	5,6	-,4	-,9	
	De acuerdo	Recuento	4	17	8	3	32
		Frecuencia esperada	12,5	14,2	3,4	1,9	32,0
		Residuos corregidos	-3,2	1,0	2,7	,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	16	15	6	5	42
		Frecuencia esperada	16,4	18,6	4,5	2,5	42,0
		Residuos corregidos	-,1	-1,2	,8	1,7	
Total	Recuento	158	179	43	24	404	
	Frecuencia esperada	158,0	179,0	43,0	24,0	404,0	

Tabla 197. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor después del parto 2

Tabla de contingencia							
			Dolor después del parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	56	29	60	32	177
		Frecuencia esperada	41,5	46,3	58,6	30,6	177,0
		Residuos corregidos	3,4	-3,9	,3	,4	
	En desacuerdo	Recuento	23	59	46	25	153
		Frecuencia esperada	35,9	40,0	50,6	26,4	153,0
		Residuos corregidos	-3,1	4,4	-1,0	-,4	
	De acuerdo	Recuento	4	6	18	4	32
		Frecuencia esperada	7,5	8,4	10,6	5,5	32,0
		Residuos corregidos	-1,5	-1,0	2,9	-,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	12	12	10	9	43
		Frecuencia esperada	10,1	11,3	14,2	7,4	43,0
		Residuos corregidos	,7	,3	-1,4	,7	
Total	Recuento	95	106	134	70	405	
	Frecuencia esperada	95,0	106,0	134,0	70,0	405,0	

Tabla 198. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Dolor después del parto 3

Tabla de contingencia							
			Dolor después del parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	10	16	58	92	176
		Frecuencia esperada	11,4	29,7	67,7	67,3	176,0
		Residuos corregidos	-,6	-3,7	-2,0	5,1	
	En desacuerdo	Recuento	9	33	68	43	153
		Frecuencia esperada	9,9	25,8	58,8	58,5	153,0
		Residuos corregidos	-,4	2,0	1,9	-3,3	
	De acuerdo	Recuento	2	13	16	1	32
		Frecuencia esperada	2,1	5,4	12,3	12,2	32,0
		Residuos corregidos	,0	3,7	1,4	-4,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	6	13	18	42
		Frecuencia esperada	2,7	7,1	16,2	16,0	42,0
		Residuos corregidos	1,5	-,5	-1,1	,7	
Total	Recuento	26	68	155	154	403	
	Frecuencia esperada	26,0	68,0	155,0	154,0	403,0	

Observamos una relación entre la satisfacción general de la mujer y el dolor después del parto. Existe una mayor satisfacción cuando la mujer no ha presentado dolor postparto.

1.7.3.7. Análisis de la satisfacción general y el entorno físico.

Tabla 199. Tabla de contingencia Satisfacción general + Entorno físico	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Entorno físico	p	p
El paritorio era un lugar impersonal y me transmitía una sensación demasiado clínica	0,002	0,0005
El paritorio era un lugar agradable y relajante.	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 200. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Entorno físico 1

Tabla de contingencia

			Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	5	4	2	15
		Frecuencia esperada	4,8	6,3	2,5	1,4	15,0
		Residuos corregidos	-,5	-,7	1,1	,5	
	En desacuerdo	Recuento	4	11	8	3	26
		Frecuencia esperada	8,4	10,9	4,2	2,5	26,0
		Residuos corregidos	-1,9	,1	2,1	,3	
	De acuerdo	Recuento	26	61	28	14	129
		Frecuencia esperada	41,5	54,0	21,1	12,5	129,0
		Residuos corregidos	-3,5	1,5	2,0	,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	96	92	26	20	234
		Frecuencia esperada	75,3	97,9	38,2	22,6	234,0
		Residuos corregidos	4,5	-1,2	-3,3	-,9	
Total	Recuento	130	169	66	39	404	
	Frecuencia esperada	130,0	169,0	66,0	39,0	404,0	

Tabla 201. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Entorno físico 2

			Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	6	4	4	15
		Frecuencia esperada	,6	3,0	5,9	5,6	15,0
		Residuos corregidos	,6	2,0	-1,0	-,9	
	En desacuerdo	Recuento	2	10	11	3	26
		Frecuencia esperada	1,0	5,2	10,2	9,7	26,0
		Residuos corregidos	1,1	2,4	,3	-2,8	
	De acuerdo	Recuento	7	35	69	19	130
		Frecuencia esperada	4,8	25,9	50,9	48,3	130,0
		Residuos corregidos	1,2	2,4	3,9	-6,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	30	75	125	235
		Frecuencia esperada	8,7	46,9	92,0	87,4	235,0
		Residuos corregidos	-2,0	-4,2	-3,5	7,8	
Total	Recuento	15	81	159	151	406	
	Frecuencia esperada	15,0	81,0	159,0	151,0	406,0	

Tabla 202. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Entorno físico 1

Tabla de contingencia							
			Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	88	60	18	10	176
		Frecuencia esperada	56,8	73,4	28,8	17,0	176,0
		Residuos corregidos	6,7	-2,7	-2,9	-2,4	
	En desacuerdo	Recuento	32	78	28	14	152
		Frecuencia esperada	49,0	63,4	24,9	14,7	152,0
		Residuos corregidos	-3,7	3,1	,9	-,2	
	De acuerdo	Recuento	4	13	9	6	32
		Frecuencia esperada	10,3	13,3	5,2	3,1	32,0
		Residuos corregidos	-2,5	-,1	1,9	1,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	6	17	11	9	43
		Frecuencia esperada	13,9	17,9	7,0	4,2	43,0
		Residuos corregidos	-2,7	-,3	1,7	2,6	
Total	Recuento	130	168	66	39	403	
	Frecuencia esperada	130,0	168,0	66,0	39,0	403,0	

Tabla 203. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Entorno físico 2

			Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	26	60	87	177
		Frecuencia esperada	6,6	35,4	69,1	66,0	177,0
		Residuos corregidos	-1,4	-2,4	-1,9	4,4	
	En desacuerdo	Recuento	6	41	70	36	153
		Frecuencia esperada	5,7	30,6	59,7	57,0	153,0
		Residuos corregidos	,2	2,7	2,2	-4,5	
	De acuerdo	Recuento	4	10	12	6	32
		Frecuencia esperada	1,2	6,4	12,5	11,9	32,0
		Residuos corregidos	2,7	1,7	-,2	-2,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	4	16	22	43
		Frecuencia esperada	1,6	8,6	16,8	16,0	43,0
		Residuos corregidos	-,5	-1,9	-,3	2,0	
Total	Recuento	15	81	158	151	405	
	Frecuencia esperada	15,0	81,0	158,0	151,0	405,0	

En los resultados, se puede observar que se da una mayor satisfacción general cuando existe un entorno físico agradable y relajante.

1.7.3.8. Análisis de la satisfacción general y el control de la mujer en su proceso de dilatación y parto.

Tabla 204. Tabla de contingencia Satisfacción general + Control de la mujer en su proceso de dilatación y parto	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Control de la mujer en su proceso de parto	P	P
Todos los cuidadores me dijeron lo que debía hacer durante el proceso de dilatación	0,0005	0,0005
El proceso de dilatación se basó en seguir simplemente las indicaciones de mis cuidadores	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 205. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Control de la mujer 1

Tabla de contingencia							
			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	0	7	6	15
		Frecuencia esperada	,2	,5	4,1	10,3	15,0
		Residuos corregidos	4,3	-,7	1,7	-2,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	3	10	13	26
		Frecuencia esperada	,3	,8	7,1	17,8	26,0
		Residuos corregidos	-,6	2,5	1,3	-2,1	
	De acuerdo	Recuento	2	7	67	53	129
		Frecuencia esperada	1,6	4,1	35,0	88,2	129,0
		Residuos corregidos	,4	1,7	7,7	-8,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	3	26	205	235
		Frecuencia esperada	2,9	7,5	63,8	160,7	235,0
		Residuos corregidos	-1,7	-2,6	-8,6	9,6	
Total	Recuento	5	13	110	277	405	
	Frecuencia esperada	5,0	13,0	110,0	277,0	405,0	

Tabla 206. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Control de la mujer 2

Tabla de contingencia							
			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	1	6	5	14
		Frecuencia esperada	,6	1,5	4,7	7,2	14,0
		Residuos corregidos	1,9	-,5	,7	-1,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	4	15	7	26
		Frecuencia esperada	1,1	2,9	8,7	13,3	26,0
		Residuos corregidos	-1,1	,7	2,7	-2,6	
	De acuerdo	Recuento	6	22	69	29	126
		Frecuencia esperada	5,4	13,9	42,3	64,4	126,0
		Residuos corregidos	,3	2,8	6,1	-7,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	9	17	44	163	233
		Frecuencia esperada	9,9	25,7	78,3	119,1	233,0
		Residuos corregidos	-,5	-2,8	-7,4	8,9	
Total	Recuento	17	44	134	204	399	
	Frecuencia esperada	17,0	44,0	134,0	204,0	399,0	

Tabla 207. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Control de la mujer 1

Tabla de contingencia							
			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	2	27	145	176
		Frecuencia esperada	2,2	5,7	47,5	120,7	176,0
		Residuos corregidos	-,2	-2,1	-4,6	5,3	
	En desacuerdo	Recuento	1	9	58	85	153
		Frecuencia esperada	1,9	4,9	41,3	104,9	153,0
		Residuos corregidos	-,8	2,4	3,9	-4,4	
	De acuerdo	Recuento	0	2	17	13	32
		Frecuencia esperada	,4	1,0	8,6	21,9	32,0
		Residuos corregidos	-,7	1,0	3,5	-3,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	0	7	34	43
		Frecuencia esperada	,5	1,4	11,6	29,5	43,0
		Residuos corregidos	2,1	-1,3	-1,7	1,6	
Total	Recuento	5	13	109	277	404	
	Frecuencia esperada	5,0	13,0	109,0	277,0	404,0	

Tabla 208. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2 y Control de la mujer 2

Tabla de contingencia							
			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	10	19	32	111	172
		Frecuencia esperada	7,3	19,0	57,5	88,2	172,0
		Residuos corregidos	1,3	,0	-5,5	4,6	
	En desacuerdo	Recuento	3	22	74	52	151
		Frecuencia esperada	6,4	16,7	50,5	77,4	151,0
		Residuos corregidos	-1,8	1,7	5,2	-5,2	
	De acuerdo	Recuento	0	0	20	12	32
		Frecuencia esperada	1,4	3,5	10,7	16,4	32,0
		Residuos corregidos	-1,2	-2,1	3,6	-1,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	3	7	29	43
		Frecuencia esperada	1,8	4,8	14,4	22,0	43,0
		Residuos corregidos	1,7	-,9	-2,5	2,2	
Total	Recuento	17	44	133	204	398	
	Frecuencia esperada	17,0	44,0	133,0	204,0	398,0	

Podemos apreciar que existe un alto nivel satisfacción de la mujer si tiene un mayor control en su proceso de parto.

1.7.4. Análisis de la satisfacción general de la mujer primípara y su relación los diferentes ítems del cuestionario (ceq).

Se estudió si estaba relacionado el ítem “Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1” con el resto de ítems del cuestionario “CEQ” exponiendo los resultados referidos a las subescalas del mismo.

1.7.4.1. Análisis de la satisfacción general y la propia capacidad de la mujer.

Tabla 209. Tabla de contingencia Satisfacción general + Propia capacidad de la mujer	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Propia capacidad de la mujer	p
El parto fue como esperaba	0,0005
Me sentí fuerte durante el parto	0,0005
Me sentí capaz durante el parto	0,001
Me sentí cansada durante el parto	0,013
Me sentí feliz durante el parto	0,0005
Me sentí capaz de manejar bien la situación	0,0005
Nivel de control experimentado por la mujer	0,004
Nivel de dolor experimentado durante el proceso de dilatación	0,042

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 210. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y El parto fue como esperaba

			El parto fue como esperaba				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	4	0	0	11
		Frecuencia esperada	1,2	3,0	4,0	2,8	11,0
		Residuos corregidos	5,8	,7	-2,6	-2,0	
	En desacuerdo	Recuento	5	11	1	1	18
		Frecuencia esperada	1,9	4,9	6,6	4,5	18,0
		Residuos corregidos	2,4	3,4	-2,9	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	3	25	34	5	67
		Frecuencia esperada	7,2	18,4	24,6	16,8	67,0
		Residuos corregidos	-2,0	2,2	2,9	-4,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	7	16	40	45	108
		Frecuencia esperada	11,6	29,6	39,7	27,0	108,0
		Residuos corregidos	-2,1	-4,3	,1	5,8	
Total	Recuento		22	56	75	51	204
	Frecuencia esperada		22,0	56,0	75,0	51,0	204,0

Tabla 211. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí fuerte durante el parto

			Me sentí fuerte durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	4	3	1	11
		Frecuencia esperada	,4	2,7	4,4	3,5	11,0
		Residuos corregidos	4,1	,9	-,9	-1,6	
	En desacuerdo	Recuento	1	10	3	4	18
		Frecuencia esperada	,7	4,4	7,2	5,6	18,0
		Residuos corregidos	,4	3,2	-2,1	-,9	
	De acuerdo	Recuento	2	18	36	11	67
		Frecuencia esperada	2,6	16,4	26,9	21,0	67,0
		Residuos corregidos	-,5	,5	2,8	-3,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	18	40	48	108
		Frecuencia esperada	4,2	26,5	43,4	33,9	108,0
		Residuos corregidos	-1,6	-2,8	-1,0	4,3	
Total	Recuento		8	50	82	64	204
	Frecuencia esperada		8,0	50,0	82,0	64,0	204,0

Tabla 212. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí capaz durante el parto

			Me sentí capaz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	3	5	2	11
		Frecuencia esperada	,5	1,6	5,1	3,8	11,0
		Residuos corregidos	,8	1,3	-,1	-1,2	
	En desacuerdo	Recuento	2	5	7	4	18
		Frecuencia esperada	,8	2,6	8,3	6,3	18,0
		Residuos corregidos	1,4	1,7	-,7	-1,2	
	De acuerdo	Recuento	3	13	39	12	67
		Frecuencia esperada	3,0	9,6	31,0	23,4	67,0
		Residuos corregidos	,0	1,5	2,4	-3,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	8	43	53	107
		Frecuencia esperada	4,7	15,3	49,5	37,4	107,0
		Residuos corregidos	-1,2	-2,9	-1,8	4,6	
Total	Recuento	9	29	94	71	203	
	Frecuencia esperada	9,0	29,0	94,0	71,0	203,0	

Tabla 213. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí cansada durante el parto

Tabla de contingencia							
			Me sentí cansada durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	3	7	11
		Frecuencia esperada	,5	2,4	4,4	3,6	11,0
		Residuos corregidos	,7	-1,8	-,9	2,2	
	En desacuerdo	Recuento	1	5	5	7	18
		Frecuencia esperada	,9	4,0	7,2	5,9	18,0
		Residuos corregidos	,1	,6	-1,1	,6	
	De acuerdo	Recuento	0	12	38	17	67
		Frecuencia esperada	3,3	14,9	26,7	22,1	67,0
		Residuos corregidos	-2,3	-1,0	3,4	-1,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	8	28	35	36	107
		Frecuencia esperada	5,3	23,7	42,7	35,3	107,0
		Residuos corregidos	1,8	1,4	-2,2	,2	
Total	Recuento	10	45	81	67	203	
	Frecuencia esperada	10,0	45,0	81,0	67,0	203,0	

Tabla 214. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí feliz durante el parto

Tabla de contingencia							
			Me sentí feliz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	3	4	0	11
		Frecuencia esperada	1,1	3,6	4,1	2,2	11,0
		Residuos corregidos	2,9	-,4	-,1	-1,7	
	En desacuerdo	Recuento	5	6	5	2	18
		Frecuencia esperada	1,9	5,8	6,7	3,6	18,0
		Residuos corregidos	2,6	,1	-,9	-1,0	
	De acuerdo	Recuento	7	29	25	6	67
		Frecuencia esperada	6,9	21,7	25,0	13,5	67,0
		Residuos corregidos	,1	2,3	,0	-2,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	28	42	33	108
		Frecuencia esperada	11,1	34,9	40,2	21,7	108,0
		Residuos corregidos	-2,8	-2,1	,5	4,0	
Total	Recuento	21	66	76	41	204	
	Frecuencia esperada	21,0	66,0	76,0	41,0	204,0	

Tabla 215. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí capaz de manejar bien la situación

			Me sentí capaz de manejar bien la situación				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	2	2	5	10
		Frecuencia esperada	,1	,7	4,4	4,7	10,0
		Residuos corregidos	2,3	1,6	-1,6	,2	
	En desacuerdo	Recuento	1	5	9	3	18
		Frecuencia esperada	,3	1,3	7,9	8,5	18,0
		Residuos corregidos	1,5	3,5	,5	-2,7	
	De acuerdo	Recuento	0	5	41	20	66
		Frecuencia esperada	1,0	4,9	29,1	31,0	66,0
		Residuos corregidos	-1,2	,1	3,6	-3,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	3	37	67	108
		Frecuencia esperada	1,6	8,0	47,6	50,8	108,0
		Residuos corregidos	-,7	-2,7	-3,0	4,6	
Total	Recuento	3	15	89	95	202	
	Frecuencia esperada	3,0	15,0	89,0	95,0	202,0	

Todos los ítems que expresan una mayor capacidad de la mujer primípara con respecto a su proceso de dilatación y parto están relacionados con una mayor satisfacción de la mujer primípara.

Tabla 216. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Escala de dolor

Tabla de contingencia			ESCDOL		Total
			1,00	2,00	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	<5	7	11
		Frecuencia esperada	4,1	6,9	11,0
		Residuos corregidos	n<5	,1	
	En desacuerdo	Recuento	<5	16	18
		Frecuencia esperada	6,7	11,3	18,0
		Residuos corregidos	n<5	2,4	
	De acuerdo	Recuento	22	45	67
		Frecuencia esperada	25,0	42,0	67,0
		Residuos corregidos	-,9	,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	48	60	108
		Frecuencia esperada	40,2	67,8	108,0
		Residuos corregidos	2,3	-2,3	
Total	Recuento		76	128	204
	Frecuencia esperada		76,0	128,0	204,0

Escala de dolor (ESCDOL): 1,00 equivale a la menor franja de dolor/ 2,00 equivale a la mayor franja de dolor.

Como observamos en la tabla anterior un nivel menor de dolor está relacionado con una mayor satisfacción de la mujer primípara con su proceso de parto y puerperio inmediato.

Tabla 217. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Escala de control

Tabla de contingencia			ESCCONTROL		Total
			1,00	2,00	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	8	<5	11
		Frecuencia esperada	3,7	7,3	11,0
		Residuos corregidos	2,8	n<5	
	En desacuerdo	Recuento	6	12	18
		Frecuencia esperada	6,1	11,9	18,0
		Residuos corregidos	,0	,0	
	De acuerdo	Recuento	28	39	67
		Frecuencia esperada	22,7	44,3	67,0
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	27	81	108
		Frecuencia esperada	36,5	71,5	108,0
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
Total	Recuento		69	135	204
	Frecuencia esperada		69,0	135,0	204,0

Escala de control (ESCCONTROL): 1,00 representa la franja de menor nivel de control/2,00 representa la franja de mayor nivel de control.

Como observamos en la tabla anterior un nivel mayor de control se corresponde con una mayor satisfacción general de la mujer primípara con su proceso de parto y puerperio inmediato.

1.7.4.2. Apoyo por parte de la matrona.

Tabla 218. Tabla de contingencia Satisfacción general + Apoyo por parte de la matrona	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Apoyo por parte de la matrona	P
La matrona me dedicó la atención necesaria	0,0005
La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja	0,0005
La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto	0,0005
La matrona entendió mis necesidades	0,0005
Me sentí muy bien atendida por la matrona	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 219. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y la matrona me dedicó la atención necesaria

Tabla de contingencia							
			La matrona me dedicó la atención necesaria				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	2	4	4	11
		Frecuencia esperada	,1	,3	2,5	8,2	11,0
		Residuos corregidos	4,2	3,4	1,2	-3,0	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	6	10	18
		Frecuencia esperada	,1	,4	4,0	13,5	18,0
		Residuos corregidos	-,3	2,5	1,2	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	0	1	24	42	67
		Frecuencia esperada	,3	1,7	14,9	50,1	67,0
		Residuos corregidos	-,7	-,6	3,3	-2,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	11	95	106
		Frecuencia esperada	,5	2,6	23,6	79,2	106,0
		Residuos corregidos	-1,1	-2,4	-4,3	5,1	
Total	Recuento	1	5	45	151	202	
	Frecuencia esperada	1,0	5,0	45,0	151,0	202,0	

Tabla 220. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja

Tabla de contingencia							
			La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	1	4	5	11
		Frecuencia esperada	,1	,4	3,2	7,3	11,0
		Residuos corregidos	2,8	1,0	,6	-1,5	
	En desacuerdo	Recuento	0	3	6	9	18
		Frecuencia esperada	,2	,6	5,2	12,0	18,0
		Residuos corregidos	-,4	3,2	,4	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	0	2	31	34	67
		Frecuencia esperada	,7	2,3	19,4	44,6	67,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,3	3,8	-3,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	1	17	85	104
		Frecuencia esperada	1,0	3,6	30,2	69,2	104,0
		Residuos corregidos	-,1	-2,0	-4,1	4,7	
Total	Recuento	2	7	58	133	200	
	Frecuencia esperada	2,0	7,0	58,0	133,0	200,0	

Tabla 221. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto

Tabla de contingencia						
			La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	8	2	11
		Frecuencia esperada	,2	2,2	8,6	11,0
		Residuos corregidos	1,8	4,6	-5,0	
	En desacuerdo	Recuento	1	4	13	18
		Frecuencia esperada	,4	3,5	14,1	18,0
		Residuos corregidos	1,2	,3	-,7	
	De acuerdo	Recuento	2	19	46	67
		Frecuencia esperada	1,3	13,1	52,5	67,0
		Residuos corregidos	,7	2,2	-2,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	9	99	108
		Frecuencia esperada	2,1	21,2	84,7	108,0
		Residuos corregidos	-2,1	-4,3	4,9	
Total		Recuento	4	40	160	204
		Frecuencia esperada	4,0	40,0	160,0	204,0

Tabla 222. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y La matrona entendió mis necesidades

Tabla de contingencia						
			La matrona entendió mis necesidades			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	5	3	10
		Frecuencia esperada	,2	2,4	7,4	10,0
		Residuos corregidos	4,2	2,0	-3,2	
	En desacuerdo	Recuento	1	7	10	18
		Frecuencia esperada	,4	4,3	13,3	18,0
		Residuos corregidos	1,1	1,5	-1,9	
	De acuerdo	Recuento	1	24	42	67
		Frecuencia esperada	1,3	16,2	49,5	67,0
		Residuos corregidos	-,3	2,7	-2,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	13	95	108
		Frecuencia esperada	2,1	26,1	79,8	108,0
		Residuos corregidos	-2,2	-4,3	4,9	
Total	Recuento	4	49	150	203	
	Frecuencia esperada	4,0	49,0	150,0	203,0	

Tabla 223. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí muy bien atendida por mi matrona

Tabla de contingencia						
			Me sentí muy bien atendida por la matrona			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	5	4	11
		Frecuencia esperada	,2	2,1	8,7	11,0
		Residuos corregidos	4,7	2,3	-3,6	
	En desacuerdo	Recuento	1	5	11	17
		Frecuencia esperada	,3	3,3	13,5	17,0
		Residuos corregidos	1,6	1,1	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	0	21	46	67
		Frecuencia esperada	1,0	12,9	53,1	67,0
		Residuos corregidos	-1,2	3,1	-2,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	8	100	108
		Frecuencia esperada	1,6	20,7	85,7	108,0
		Residuos corregidos	-1,9	-4,6	5,0	
Total	Recuento	3	39	161	203	
	Frecuencia esperada	3,0	39,0	161,0	203,0	

Como vemos en las tablas de contingencia que hacen referencia al cuidado prestado por la matrona, la satisfacción de la mujer es mayor cuando la matrona ha realizado un buen apoyo a la mujer y su pareja durante el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato.

1.7.4.3. Análisis de la satisfacción general y la percepción de seguridad.

Tabla 224. Tabla de contingencia Satisfacción general + Percepción de seguridad	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Percepción de seguridad	P
Tenía miedo durante el parto	0,177
Tengo muchos recuerdos positivos del parto	0,0005
Tengo muchos recuerdos negativos del parto	0,0005
Me ponen triste algunos recuerdos del parto	0,0005
Me dio seguridad la competencia de los profesionales	0,0005
Nivel de seguridad sentida por la mujer	0,001

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabla 225. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto

Tabla de contingencia							
			Tengo muchos recuerdos positivos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	5	1	2	11
		Frecuencia esperada	,8	2,1	4,1	4,0	11,0
		Residuos corregidos	2,6	2,3	-2,0	-1,3	
	En desacuerdo	Recuento	6	4	4	4	18
		Frecuencia esperada	1,3	3,5	6,7	6,5	18,0
		Residuos corregidos	4,4	,3	-1,4	-1,3	
	De acuerdo	Recuento	2	16	38	11	67
		Frecuencia esperada	5,0	12,9	25,1	24,1	67,0
		Residuos corregidos	-1,7	1,2	4,0	-4,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	14	33	56	107
		Frecuencia esperada	7,9	20,6	40,1	38,5	107,0
		Residuos corregidos	-2,1	-2,3	-2,1	5,1	
Total	Recuento	15	39	76	73	203	
	Frecuencia esperada	15,0	39,0	76,0	73,0	203,0	

Tabla 226. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto

Tabla de contingencia							
			Tengo muchos recuerdos negativos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	2	4	3	11
		Frecuencia esperada	4,1	4,0	2,2	,7	11,0
		Residuos corregidos	-1,4	-1,3	1,4	3,1	
	En desacuerdo	Recuento	2	10	6	0	18
		Frecuencia esperada	6,7	6,6	3,6	1,1	18,0
		Residuos corregidos	-2,4	1,8	1,5	-1,1	
	De acuerdo	Recuento	20	31	15	1	67
		Frecuencia esperada	25,1	24,4	13,5	4,0	67,0
		Residuos corregidos	-1,6	2,0	,5	-1,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	52	31	16	8	107
		Frecuencia esperada	40,1	39,0	21,6	6,3	107,0
		Residuos corregidos	3,5	-2,3	-2,0	1,0	
Total	Recuento	76	74	41	12	203	
	Frecuencia esperada	76,0	74,0	41,0	12,0	203,0	

Tabla 227. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto

			Me ponen triste algunos recuerdos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	4	2	11
		Frecuencia esperada	6,1	3,7	1,0	,2	11,0
		Residuos corregidos	-2,6	-,5	3,3	4,0	
	En desacuerdo	Recuento	7	8	3	0	18
		Frecuencia esperada	10,0	6,1	1,6	,4	18,0
		Residuos corregidos	-1,5	1,0	1,2	-,6	
	De acuerdo	Recuento	34	29	4	0	67
		Frecuencia esperada	37,1	22,6	6,0	1,3	67,0
		Residuos corregidos	-,9	2,0	-1,0	-1,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	69	28	7	2	106
		Frecuencia esperada	58,8	35,7	9,4	2,1	106,0
		Residuos corregidos	2,9	-2,3	-1,2	-,1	
Total	Recuento	112	68	18	4	202	
	Frecuencia esperada	112,0	68,0	18,0	4,0	202,0	

Tabla 228. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales

Tabla de contingencia							
			Me dio seguridad la competencia de los profesionales				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	3	5	2	11
		Frecuencia esperada	,1	,4	2,7	7,9	11,0
		Residuos corregidos	4,2	4,5	1,6	-4,0	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	6	10	18
		Frecuencia esperada	,1	,6	4,4	12,9	18,0
		Residuos corregidos	-,3	1,9	,9	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	0	2	31	33	66
		Frecuencia esperada	,3	2,3	16,3	47,1	66,0
		Residuos corregidos	-,7	-,2	5,1	-4,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	8	100	108
		Frecuencia esperada	,5	3,7	26,6	77,1	108,0
		Residuos corregidos	-1,1	-2,9	-6,1	7,1	
Total	Recuento	1	7	50	145	203	
	Frecuencia esperada	1,0	7,0	50,0	145,0	203,0	

Tabla 229. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Escala de seguridad sentida por la mujer en el parto

Tabla de contingencia

			ESCSEGUR		Total
			1,00	2,00	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	6	11
		Frecuencia esperada	1,2	9,8	11,0
		Residuos corregidos	3,8	-3,8	
	En desacuerdo	Recuento	<5	17	18
		Frecuencia esperada	2,0	16,0	18,0
		Residuos corregidos	n<5	,8	
	De acuerdo	Recuento	9	58	67
		Frecuencia esperada	7,3	59,7	67,0
		Residuos corregidos	,8	-,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	7	100	107
		Frecuencia esperada	11,6	95,4	107,0
		Residuos corregidos	-2,1	2,1	
Total	Recuento		22	181	203
	Frecuencia esperada		22,0	181,0	203,0

Escala de seguridad sentida por la mujer (ESCSEGUR): 1,00 equivale al menor nivel de seguridad sentida/2,00 equivale al mayor nivel de seguridad sentida.

Como se observa en las tablas que se refieren a la percepción de seguridad de la mujer con su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato, se corresponde una mayor satisfacción general de la mujer con una mayor percepción de seguridad.

1.7.4.4. Análisis de la satisfacción general y la participación de la mujer en su proceso de dilatación y parto

Tabla 230. Tabla de contingencia Satisfacción general + Participación de la mujer	Satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Participación de la mujer	p
Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	0,0005
Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	0,004
Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabla 231. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada

			Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	3	2	1	11
		Frecuencia esperada	1,0	2,4	4,4	3,3	11,0
		Residuos corregidos	4,4	,5	-1,5	-1,5	
	En desacuerdo	Recuento	4	4	5	5	18
		Frecuencia esperada	1,6	3,9	7,2	5,3	18,0
		Residuos corregidos	2,1	,1	-1,1	-,2	
	De acuerdo	Recuento	5	18	31	13	67
		Frecuencia esperada	5,9	14,5	26,7	19,8	67,0
		Residuos corregidos	-,5	1,3	1,3	-2,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	19	43	41	107
		Frecuencia esperada	9,5	23,2	42,7	31,6	107,0
		Residuos corregidos	-2,7	-1,4	,1	2,9	
Total	Recuento	18	44	81	60	203	
	Frecuencia esperada	18,0	44,0	81,0	60,0	203,0	

Tabla 232. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé

			Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	5	1	1	11
		Frecuencia esperada	1,3	3,4	3,3	3,0	11,0
		Residuos corregidos	2,6	1,1	-1,6	-1,4	
	En desacuerdo	Recuento	4	4	5	5	18
		Frecuencia esperada	2,1	5,5	5,4	5,0	18,0
		Residuos corregidos	1,5	-,8	-,2	,0	
	De acuerdo	Recuento	4	26	23	10	63
		Frecuencia esperada	7,3	19,3	19,0	17,4	63,0
		Residuos corregidos	-1,6	2,2	1,3	-2,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	11	26	31	39	107
		Frecuencia esperada	12,4	32,8	32,3	29,6	107,0
		Residuos corregidos	-,6	-2,1	-,4	3,0	
Total	Recuento	23	61	60	55	199	
	Frecuencia esperada	23,0	61,0	60,0	55,0	199,0	

Tabla 233. Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor

Tabla de contingencia							
			Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	4	0	2	11
		Frecuencia esperada	1,0	2,0	3,7	4,3	11,0
		Residuos corregidos	4,4	1,6	-2,4	-1,5	
	En desacuerdo	Recuento	5	2	8	3	18
		Frecuencia esperada	1,6	3,3	6,1	7,1	18,0
		Residuos corregidos	3,0	-,8	1,0	-2,1	
	De acuerdo	Recuento	4	18	28	17	67
		Frecuencia esperada	5,9	12,2	22,7	26,3	67,0
		Residuos corregidos	-1,0	2,3	1,7	-2,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	13	33	58	108
		Frecuencia esperada	9,5	19,6	36,5	42,4	108,0
		Residuos corregidos	-2,7	-2,4	-1,0	4,5	
Total	Recuento	18	37	69	80	204	
	Frecuencia esperada	18,0	37,0	69,0	80,0	204,0	

En los resultados anteriormente expuestos se ve que cuando la mujer puede participar en la toma de decisiones, eligiendo la posición que ella quiere tanto para el proceso de dilatación como para el del expulsivo, o para elegir el medio de alivio del dolor que prefiera, se incrementa su satisfacción general.

1.8. COMPARATIVA DE LA SATISFACCIÓN DE LA MUJER CON SU PROCESO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO SEGÚN LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO “WOMBLSQ”

A continuación se muestran las tablas 3 y 4 en las que se expone la comparativa de los resultados de ambos modelos por ítems del cuestionario “WOMBLSQ”. En ellas aparecen en **negrita** los resultados en que existe una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 234. Comparativa del resultado por ítems del cuestionario agrupados en las distintas subescalas 1.

Hospitales del estudio	H. Virgen de la Arrixaca				H. de Torrevieja				P
	TD N (%)	D N (%)	En Des N (%)	T Des N (%)	TD N (%)	D N (%)	En Des N (%)	T Des N (%)	
APOYO PROFESIONALES									
Todos los cuidadores de mi parto fueron de gran ayuda	147(72,1)	53 (26)	4(2)	0(0)	173(85,6)	29(14,4)	0(0)	0(0)	0,001
Los cuidadores de mi parto siempre me escucharon atentamente	143(70,1)	56(27,5)	4(2)	1(0,5)	173(85,6)	29(14,4)	0(0)	0(0)	0,001
Durante el proceso de dilatación siempre hubo un cuidador para explicarme lo que estaba sucediendo a fin de que lo pudiera entender	146(71,6)	46(22,5)	9(4,4)	3(1,5)	158(78,2)	39(19,3)	4(2)	1(0,5)	0,265
Todos mis cuidadores me trataron cortésmente y de un modo simpático y cordial	150(73,5)	43(21,1)	9(4,4)	2(1)	181(89,6)	21(10,4)	0(0)	0(0)	0,0005
Los cuidadores de mi parto mostraron esforzarse al máximo, fueron de gran ayuda	153(75)	50(24,5)	1(0,5)	0(0)	175(86,6)	27(13,4)	0(0)	0(0)	0,009
EXPECTATIVAS DE LAS MADRES									
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	103(51)	76(37,6)	16(7,9)	7(3,5)	117(58,2)	59(29,4)	19(9,5)	6(3)	0,339
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	68(33,7)	77(38,1)	34(16,8)	23(11,4)	97(48,3)	55(27,4)	27(13,4)	22(10,9)	0,022
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	63(31)	71(35)	47(23,2)	22(10,8)	94(46,8)	55(27,4)	40(19,9)	12(6)	0,009
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	90(44,6)	79(39,1)	17(8,4)	16(7,9)	105(52,2)	56(27,9)	25(12,4)	15(7,5)	0,085
EL CONTACTO DE LA MADRE CON EL BEBÉ									
Pude ver a mi bebé inmediatamente después de haber dado a luz	189(92,6)	14(6,9)	1(0,5)	0(0)	192(95,5)	6(3)	1(0,5)	2(1)	0,158
No pude coger a mi bebé tras el nacimiento tan rápido como hubiera querido (-)	17(8,4)	19(9,4)	51(25,1)	116(57,1)	15(7,5)	7(3,5)	31(15,4)	148(73,6)	0,002
Me hubiera gustado coger a mi bebé un poco antes de cuando lo cogí(-)	14(6,9)	24(11,9)	52(25,7)	112(55,4)	14(7)	9(4,5)	37(18,4)	141(70,1)	0,005
APOYO DE LA PAREJA									
Mi marido/pareja me ayudó a comprender lo que ocurría durante el proceso de dilatación	115(58,7)	62(31,6)	16(8,2)	3(1,5)	146(72,6)	38(18,9)	11(5,5)	6(3)	0,010
Mi marido/pareja me apoyó de la mejor manera posible	163(81,9)	30(15,1)	4(2)	2(1)	182(90,5)	18(9)	0(0)	1(0,5)	0,039
Mi marido/pareja me podría haber prestado mayor apoyo(-)	22(11,3)	11(5,6)	46(23,6)	116(59,5)	19(9,4)	12(5,9)	34(16,8)	137(67,8)	0,298

TD: totalmente de acuerdo. D: de acuerdo. En Des: en desacuerdo. T Des: totalmente en desacuerdo. **Ítems que más discriminan a ambos grupos tras realizar el análisis discriminante. ((-) Ítems que se valoran inversamente (la puntuación más alta se daría a la respuesta T Des).

Tabla 235. Comparativa de resultados por ítems del cuestionario agrupados en las distintas subescalas 2.

Hospitales del estudio	H. Virgen de la Arrixaca				H. de Torrevieja				P
	TD N (%)	D N (%)	En Des N (%)	T Des N (%)	TD N (%)	D N (%)	En Des N (%)	T Des N (%)	
DOLOR DURANTE EL PROCESO DE DILATACIÓN									
Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor durante el proceso de dilatación(-)	31(15,4)	29(14,4)	85(42,3)	56(27,9)	21(10,4)	26(12,9)	69(34,2)	86(42,6)	0,018
Recibí los calmantes adecuados durante el proceso de dilatación	107(52,7)	65(32)	12(5,9)	19(9,4)	115(56,9)	59(29,2)	16(7,9)	12(5,9)	0,435
Si hubiera recibido más calmantes, mi proceso de dilatación se habría desarrollado de un modo más sencillo(-)	22(11)	37(18,5)	75(37,5)	66(33)	26(12,9)	23(11,4)	61(30,2)	92(45,5)	0,025
DOLOR DESPUÉS DEL PARTO									
Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor después del parto(-)	15(7,4)	23(11,3)	104(51,2)	61(30)	9(4,5)	20(9,9)	76(37,6)	97(48)	0,003
Sentí un poco de dolor inmediatamente después del parto(-)	29(14,2)	62(30,4)	62(30,4)	51(25)	41(20,3)	73(36,1)	44(21,8)	44(21,8)	0,089
No necesité muchos calmantes después del parto	63(31)	79(38,9)	43(21,2)	18(8,9)	91(45,3)	76(37,8)	26(12,9)	8(4)	0,004
ENTORNO FÍSICO									
El paritorio era un lugar impersonal y me transmitía una sensación demasiado clínica(-)	24(11,8)	47(23,2)	89(43,8)	43(21,2)	15(7,5)	19(9,5)	80(39,8)	87(43,3)	0,0005
El paritorio era un lugar agradable y relajante	54(26,5)	82(40,2)	58(28,4)	10(4,9)	97(48)	77(38,1)	23(11,4)	5(2,5)	0,0005
CONTROL DE LA MUJER									
Todos los cuidadores me dijeron lo que debía hacer durante el proceso de dilatación(-)	135(66,5)	56(27,6)	9(4,4)	3(1,5)	142(70,3)	54(26,7)	4(2)	2(1)	0,506
El proceso de dilatación se basó en seguir simplemente las indicaciones de mis cuidadores(-)	103(51,5)	67(33,5)	22(11)	8(4)	101(50,8)	67(33,7)	22(11,1)	9(4,5)	0,995
SATISFACCIÓN GENERAL DE LA MUJER									
La forma en que se realizó el cuidado en mi proceso de dilatación y parto no podía haber sido mejor	112(54,9)	64(31,4)	16(7,8)	12(5,9)	123(60,9)	66(32,7)	10(5)	3(1,5)	0,062
Estoy satisfecha con sólo una o dos cosas acerca del cuidado que recibí durante mi proceso de dilatación y parto(-)	28(13,8)	21(10,3)	86(42,4)	68(33,5)	15(7,4)	11(5,4)	67(33,2)	109(54)	0,0005

TD: totalmente de acuerdo. D: de acuerdo. En Des: en desacuerdo. T Des: totalmente en desacuerdo. **Ítems que más discriminan a ambos grupos tras realizar el análisis discriminante. ((-) Ítems que se valoran inversamente (la puntuación más alta se daría a la respuesta T Des).

1.9. COMPARATIVA DE LAS PUNTUACIONES GLOBALES AL CUESTIONARIO “THE CHILDBIRTH EXPERIENCE QUESTIONNAIRE” (CEQ) EN LOS DOS MODELOS DE ATENCIÓN AL PARTO QUE SE COMPARAN EN EL ESTUDIO.

Tabla 236. Comparativa puntuación global cuestionario CEQ en los dos modelos de asistencia al parto

Hospital del estudio	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
sumadencker Arrixaca	96	59,3542	8,31103	,84824
Torre vieja	88	60,4659	7,35464	,78401

Tabla 237. Prueba de Levene para igualdad de varianzas del cuestionario CEQ en los dos modelos de asistencia al parto

Prueba de muestras independientes					
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias	
		F	Sig.	t	gl
sumadencker	Se han asumido varianzas iguales	,206	,651	-,957	182
	No se han asumido varianzas iguales			-,962	181,782

Tabla 238. Comparativa medias puntuación global cuestionario CEQ en los dos modelos de asistencia al parto

Prueba de muestras independientes				
		Prueba T para la igualdad de medias		
		Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
sumadencker	Se han asumido varianzas iguales	,340	-1,11174	1,16123
	No se han asumido varianzas iguales	,337	-1,11174	1,15507

Como podemos observar no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos modelos en cuanto a las puntuaciones globales del cuestionario “CEQ”.

1.10. COMPARATIVA DE LA SATISFACCIÓN DE LA MUJER CON SU PROCESO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO SEGÚN LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO “CEQ” EN LOS DOS MODELOS DE ATENCIÓN AL PARTO.

A continuación se muestran los resultados de la comparativa de los resultados por ítems del cuestionario “CEQ”, agrupados según las subescalas del mismo, en los dos modelos de atención al parto a los que nos hemos referido con el ítem “Hospital del estudio”.

1.10.1. Comparativa del modelo de atención al parto y la subescala “Propia capacidad de la mujer.

Tabla 239. Tabla de contingencia Comparativa de los dos modelos de atención al parto + Propia capacidad de la mujer	Hospital del estudio
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Propia capacidad de la mujer	p
El parto fue como esperaba	0,821
Me sentí fuerte durante el parto	0,001
Me sentí capaz durante el parto	0,036
Me sentí cansada durante el parto	0,092
Me sentí feliz durante el parto	0,004
Me sentí capaz de manejar bien la situación	0,835
Nivel de control experimentado por la mujer	0,353
Nivel de dolor experimentado durante el proceso de dilatación	0,003

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabla 240. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me sentí fuerte durante el parto

			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torre vieja	
Me sentí fuerte durante el parto	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	7	8
		Frecuencia esperada	4,3	3,7	8,0
		Residuos corregidos	-2,4	2,4	
	En desacuerdo	Recuento	18	32	50
		Frecuencia esperada	26,7	23,3	50,0
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
	De acuerdo	Recuento	51	31	82
		Frecuencia esperada	43,8	38,2	82,0
		Residuos corregidos	2,1	-2,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	39	25	64
		Frecuencia esperada	34,2	29,8	64,0
		Residuos corregidos	1,5	-1,5	
Total	Recuento		109	95	204
	Frecuencia esperada		109,0	95,0	204,0

Tabla 241. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me sentí capaz durante el parto

			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torre vieja	
Me sentí capaz durante el parto	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	7	9
		Frecuencia esperada	4,8	4,2	9,0
		Residuos corregidos	-1,9	1,9	
	En desacuerdo	Recuento	11	18	29
		Frecuencia esperada	15,6	13,4	29,0
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
	De acuerdo	Recuento	52	42	94
		Frecuencia esperada	50,5	43,5	94,0
		Residuos corregidos	,4	-,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	44	27	71
		Frecuencia esperada	38,1	32,9	71,0
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
Total	Recuento		109	94	203
	Frecuencia esperada		109,0	94,0	203,0

Tabla 242. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me sentí feliz durante el parto

Tabla de contingencia					
			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torre vieja	
Me sentí feliz durante el parto	Totalmente en desacuerdo	Recuento	8	13	21
		Frecuencia esperada	11,2	9,8	21,0
		Residuos corregidos	-1,5	1,5	
	En desacuerdo	Recuento	28	38	66
		Frecuencia esperada	35,3	30,7	66,0
		Residuos corregidos	-2,2	2,2	
	De acuerdo	Recuento	42	34	76
		Frecuencia esperada	40,6	35,4	76,0
		Residuos corregidos	,4	-,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	31	10	41
		Frecuencia esperada	21,9	19,1	41,0
		Residuos corregidos	3,2	-3,2	
Total	Recuento	109	95	204	
	Frecuencia esperada	109,0	95,0	204,0	

Tabla 243. Comparativa modelo de asistencia al parto y Escala de dolor

			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torre vieja	
ESCDOL	1,00	Recuento	51	25	76
		Frecuencia esperada	40,6	35,4	76,0
		Residuos corregidos	3,0	-3,0	
	2,00	Recuento	58	70	128
		Frecuencia esperada	68,4	59,6	128,0
		Residuos corregidos	-3,0	3,0	
Total		Recuento	109	95	204
		Frecuencia esperada	109,0	95,0	204,0

Escala de dolor (ESCDOL): 1,00 sería el menor nivel de dolor/ 2,00 el mayor nivel de dolor.

Como observamos en los resultados expuestos anteriormente, en la mitad de los ítems que hacen referencia a la subescala “Propia capacidad de la mujer”, se obtienen mejores resultados en el modelo biomédico.

Teniendo en cuenta que en esta subescala se incluye el dolor sentido por la mujer y que existe una gran diferencia entre ambos modelos, situándose en el modelo biomédico el nivel de dolor sentido en el menor nivel de dolor y en el modelo humanizado en el nivel de mayor dolor, nos proponemos ver si existe relación entre los ítems en que los resultados han salido con diferencias estadísticamente significativas y el nivel de dolor experimentado por las mujeres primíparas.

Tabla 244. Tabla de contingencia Escala de dolor + Propia capacidad de la mujer	Escala de dolor
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Propia capacidad de la mujer	p
Me sentí fuerte durante el parto	0,0005
Me sentí capaz durante el parto	0,0005
Me sentí feliz durante el parto	0,0005

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabla 245. Tabla de contingencia Escala de dolor y Me sentí fuerte durante el parto

Tabla de contingencia					
			ESCDOL		Total
			1,00	2,00	
Me sentí fuerte durante el parto	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	7	8
		Frecuencia esperada	3,0	5,0	8,0
		Residuos corregidos	-1,5	1,5	
	En desacuerdo	Recuento	10	40	50
		Frecuencia esperada	18,6	31,4	50,0
		Residuos corregidos	-2,9	2,9	
	De acuerdo	Recuento	28	54	82
		Frecuencia esperada	30,5	51,5	82,0
		Residuos corregidos	-,8	,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	37	27	64
		Frecuencia esperada	23,8	40,2	64,0
		Residuos corregidos	4,1	-4,1	
Total	Recuento	76	128	204	
	Frecuencia esperada	76,0	128,0	204,0	

Escala de dolor (ESCDOL): 1,00 sería el menor nivel de dolor/ 2,00 el mayor nivel de dolor

Tabla 246. Tabla de contingencia Escala de dolor y Me sentí capaz durante el parto

Tabla de contingencia					
			ESCDOL		Total
			1,00	2,00	
Me sentí capaz durante el parto	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	7	9
		Frecuencia esperada	3,3	5,7	9,0
		Residuos corregidos	-,9	,9	
	En desacuerdo	Recuento	4	25	29
		Frecuencia esperada	10,7	18,3	29,0
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
	De acuerdo	Recuento	29	65	94
		Frecuencia esperada	34,7	59,3	94,0
		Residuos corregidos	-1,7	1,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	40	31	71
		Frecuencia esperada	26,2	44,8	71,0
		Residuos corregidos	4,2	-4,2	
Total	Recuento	75	128	203	
	Frecuencia esperada	75,0	128,0	203,0	

Escala de dolor (ESCDOL): 1,00 sería el menor nivel de dolor/ 2,00 el mayor nivel de dolor

Tabla 247. Tabla de contingencia Escala de dolor y Me sentí feliz durante el parto

Tabla de contingencia			ESCDOL		Total
			1,00	2,00	
Me sentí feliz durante el parto	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	17	21
		Frecuencia esperada	7,8	13,2	21,0
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
	En desacuerdo	Recuento	16	50	66
		Frecuencia esperada	24,6	41,4	66,0
		Residuos corregidos	-2,7	2,7	
	De acuerdo	Recuento	30	46	76
		Frecuencia esperada	28,3	47,7	76,0
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	26	15	41
		Frecuencia esperada	15,3	25,7	41,0
		Residuos corregidos	3,9	-3,9	
Total	Recuento		76	128	204
	Frecuencia esperada		76,0	128,0	204,0

Escala de dolor (ESCDOL): 1,00 sería el menor nivel de dolor/ 2,00 el mayor nivel de dolor

Como se observa existe una relación estadísticamente significativa entre los ítems de la subescala de la “Propia capacidad de la mujer” y el nivel de dolor sentido por la mujer, de tal forma que a mayor dolor sentido la mujer primípara siente una menor capacidad para afrontar su proceso de parto.

1.10.2. Comparativa del modelo de atención al parto y la subescala “Apoyo por parte de la matrona”.

Tabla 248. Tabla de contingencia Comparativa de los dos modelos de atención al parto + Apoyo por parte de la matrona	Hospital del estudio
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Apoyo por parte de la matrona	p
La matrona me dedicó la atención necesaria	0,363
La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja	0,066
La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto	0,062
La matrona entendió mis necesidades	0,434
Me sentí muy bien atendida por la matrona	0,270

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

En esta subescala no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos modelos.

1.10.3. Comparativa del modelo de atención al parto y la subescala “Percepción de seguridad”

Tabla 249. Tabla de contingencia Comparativa de los dos modelos de atención al parto + Percepción de seguridad	Hospital del estudio
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Percepción de seguridad	p
Tenía miedo durante el parto	0,414
Tengo muchos recuerdos positivos del parto	0,366
Tengo muchos recuerdos negativos del parto	0,626
Me ponen triste algunos recuerdos del parto	0,551
Me dio seguridad la competencia de los profesionales	0,646
Nivel de seguridad sentida por la mujer	0,591

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

La mujer se siente igual de segura en ambos modelos por ello en esta subescala no existen diferencias estadísticamente significativas.

1.10.4. Comparativa del modelo de atención al parto y la subescala “Participación de la mujer en su parto”.

Tabla 250. Tabla de contingencia Comparativa de los dos modelos de atención al parto + Participación de la mujer	Hospital del estudio
Ítems cuestionario WOMBLSQ subescala: Participación de la mujer	p
Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	0,0005
Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	0,0005
Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor	0,062

Aparecen en negrita los ítems en los que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabla 251. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada

Tabla de contingencia					
			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torrevieja	
Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	Totalmente en desacuerdo	Recuento	13	5	18
		Frecuencia esperada	9,6	8,4	18,0
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	En desacuerdo	Recuento	31	13	44
		Frecuencia esperada	23,4	20,6	44,0
		Residuos corregidos	2,6	-2,6	
	De acuerdo	Recuento	46	35	81
		Frecuencia esperada	43,1	37,9	81,0
		Residuos corregidos	,8	-,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	18	42	60
		Frecuencia esperada	31,9	28,1	60,0
		Residuos corregidos	-4,3	4,3	
Total	Recuento	108	95	203	
	Frecuencia esperada	108,0	95,0	203,0	

Tabla 252. Comparativa modelo de asistencia al parto y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé

Tabla de contingencia					
			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torrevieja	
Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	Totalmente en desacuerdo	Recuento	19	4	23
		Frecuencia esperada	12,1	10,9	23,0
		Residuos corregidos	3,0	-3,0	
	En desacuerdo	Recuento	43	18	61
		Frecuencia esperada	32,2	28,8	61,0
		Residuos corregidos	3,3	-3,3	
	De acuerdo	Recuento	31	29	60
		Frecuencia esperada	31,7	28,3	60,0
		Residuos corregidos	-,2	,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	12	43	55
		Frecuencia esperada	29,0	26,0	55,0
		Residuos corregidos	-5,4	5,4	
Total	Recuento	105	94	199	
	Frecuencia esperada	105,0	94,0	199,0	

Como se observa en las tablas anteriores en el modelo humanizado se favorece la participación de la mujer para poder escoger la postura en la que quiere estar tanto para la dilatación como para el expulsivo.

1.11. Las expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto

1.11.1. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y las características sociodemográficas

Tabla 253. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Datos sociodemográficos	Edad	Nacionalidad	Estado civil	Nivel educativo	Situación laboral	Paridad	Asistencia a preparación al parto
Subescala: Expectativas de la mujer	P	P	P	P	P	P	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,722	0,892	0,495	0,813	0,789	0,005	0,800
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,862	0,859	0,587	0,800	0,949	0,0005	0,913
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,991	0,838	0,466	0,073	0,081	0,0005	0,924
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,597	0,830	0,814	0,287	0,238	0,0005	0,200

Aparecen en negrita los ítems donde existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$)

Tabla 254. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1 y Paridad

Tabla de contingencia

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1				
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
nº de partos de las madres	Primipara	Recuento	8	23	79	94	204
		Frecuencia esperada	6,6	17,7	68,3	111,4	204,0
		Residuos corregidos	,8	1,9	2,3	-3,5	
	Múltipara	Recuento	5	12	56	126	199
		Frecuencia esperada	6,4	17,3	66,7	108,6	199,0
		Residuos corregidos	-,8	-1,9	-2,3	3,5	
Total	Recuento	13	35	135	220	403	
	Frecuencia esperada	13,0	35,0	135,0	220,0	403,0	

Tabla 255. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2 y Paridad

Tabla de contingencia

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2				
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
nº de partos de las madres	Primípara	Recuento	30	41	67	66	204
		Frecuencia esperada	22,8	30,9	66,8	83,5	204,0
		Residuos corregidos	2,3	2,8	,0	-3,6	
	Múltipara	Recuento	15	20	65	99	199
		Frecuencia esperada	22,2	30,1	65,2	81,5	199,0
		Residuos corregidos	-2,3	-2,8	,0	3,6	
Total	Recuento	45	61	132	165	403	
	Frecuencia esperada	45,0	61,0	132,0	165,0	403,0	

Tabla 256. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3 y Paridad

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
nº de partos de las madres	Primípara	Recuento	24	57	63	60	204
		Frecuencia esperada	17,2	43,9	63,6	79,3	204,0
		Residuos corregidos	2,4	3,2	-,1	-3,9	
	Múltipara	Recuento	10	30	63	97	200
		Frecuencia esperada	16,8	43,1	62,4	77,7	200,0
		Residuos corregidos	-2,4	-3,2	,1	3,9	
Total	Recuento	34	87	126	157	404	
	Frecuencia esperada	34,0	87,0	126,0	157,0	404,0	

Tabla 257. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4 y Paridad

Tabla de contingencia							
			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4				
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
n° de partos de las madres	Primípara	Recuento	23	30	78	73	204
		Frecuencia esperada	15,7	21,3	68,3	98,7	204,0
		Residuos corregidos	2,7	2,8	2,0	-5,1	
	Múltipara	Recuento	8	12	57	122	199
		Frecuencia esperada	15,3	20,7	66,7	96,3	199,0
		Residuos corregidos	-2,7	-2,8	-2,0	5,1	
Total	Recuento	31	42	135	195	403	
	Frecuencia esperada	31,0	42,0	135,0	195,0	403,0	

Como podemos observar de todos los datos sociodemográficos sólo la paridad está relacionada con el cumplimiento de las expectativas de la mujer. Las mujeres multíparas consiguen ver cumplidas sus expectativas en una mayor proporción de mujeres, mientras que las primíparas en una proporción menor e incluso algunas no las llegan a ver cumplidas.

1.11.2. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y los datos del parto.

Tabla 258. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Resultados obstétricos	Inicio del parto	Método de alivio del dolor	Duración del parto	Tipo de parto	Estado del periné	Apgar 1'/5'
Subescala: Expectativas de la mujer	P	P	P	P	P	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,008	0,476	0,009	0,0005	0,004	0,949/0,979
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,011	0,244	0,002	0,0005	0,006	0,149/0,128
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,001	0,207	0,002	0,0005	0,001	0,396/0,098
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005	0,548	0,0005	0,0005	0,010	0,313/0,406

Aparecen en negrita los ítems donde existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$)

Tabla 259. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 1 y Modo de inicio del parto

Tabla de contingencia

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Modo de inicio del parto	Espontáneo	Recuento	2	14	61	124	201
		Frecuencia esperada	6,5	17,5	67,3	109,7	201,0
		Residuos corregidos	-2,5	-1,2	-1,3	2,9	
	Estimulación	Recuento	2	5	25	39	71
		Frecuencia esperada	2,3	6,2	23,8	38,8	71,0
		Residuos corregidos	-,2	-,5	,3	,1	
	Inducción	Recuento	9	16	49	57	131
		Frecuencia esperada	4,2	11,4	43,9	71,5	131,0
		Residuos corregidos	2,9	1,7	1,2	-3,1	
Total		Recuento	13	35	135	220	403
		Frecuencia esperada	13,0	35,0	135,0	220,0	403,0

Tabla 260. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2 y Modo de inicio del parto

Tabla de contingencia

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Modo de inicio del parto	Espontáneo	Recuento	15	24	65	97	201
		Frecuencia esperada	22,4	30,4	65,8	82,3	201,0
		Residuos corregidos	-2,4	-1,8	-,2	3,0	
	Estimulación	Recuento	8	10	27	26	71
		Frecuencia esperada	7,9	10,7	23,3	29,1	71,0
		Residuos corregidos	,0	-,3	1,0	-,8	
	Inducción	Recuento	22	27	40	42	131
		Frecuencia esperada	14,6	19,8	42,9	53,6	131,0
		Residuos corregidos	2,5	2,1	-,7	-2,5	
Total	Recuento	45	61	132	165	403	
	Frecuencia esperada	45,0	61,0	132,0	165,0	403,0	

Tabla 261. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3 y Modo de inicio del parto

Tabla de contingencia							
			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Modo de inicio del parto	Espontáneo	Recuento	8	36	66	92	202
		Frecuencia esperada	17,0	43,5	63,0	78,5	202,0
		Residuos corregidos	-3,2	-1,8	,6	2,8	
	Estimulación	Recuento	6	14	25	26	71
		Frecuencia esperada	6,0	15,3	22,1	27,6	71,0
		Residuos corregidos	,0	-,4	,8	-,4	
	Inducción	Recuento	20	37	35	39	131
		Frecuencia esperada	11,0	28,2	40,9	50,9	131,0
		Residuos corregidos	3,4	2,3	-1,3	-2,6	
Total	Recuento	34	87	126	157	404	
	Frecuencia esperada	34,0	87,0	126,0	157,0	404,0	

Tabla 262. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4 y Modo de inicio del parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Modo de inicio del parto	Espontáneo	Recuento	8	19	56	118	201
		Frecuencia esperada	15,5	20,9	67,3	97,3	201,0
		Residuos corregidos	-2,8	-,6	-2,4	4,1	
	Estimulación	Recuento	6	3	28	34	71
		Frecuencia esperada	5,5	7,4	23,8	34,4	71,0
		Residuos corregidos	,3	-1,9	1,2	-,1	
	Inducción	Recuento	17	20	51	43	131
		Frecuencia esperada	10,1	13,7	43,9	63,4	131,0
		Residuos corregidos	2,8	2,2	1,6	-4,3	
	Total	Recuento	31	42	135	195	403
		Frecuencia esperada	31,0	42,0	135,0	195,0	403,0

En las tablas expuestas anteriormente vemos que el cumplimiento de las expectativas de la mujer está relacionado con un inicio del parto espontáneo, mientras que el no cumplimiento de las mismas se relaciona con un inicio del parto mediante una inducción.

Tabla 263. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Duración del parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
DURAPARTend	1,00	Recuento	4	7	48	102	161
		Frecuencia esperada	5,2	14,1	54,2	87,5	161,0
		Residuos corregidos	-,7	-2,5	-1,3	3,0	
	2,00	Recuento	9	28	87	116	240
		Frecuencia esperada	7,8	20,9	80,8	130,5	240,0
		Residuos corregidos	,7	2,5	1,3	-3,0	
Total		Recuento	13	35	135	218	401
		Frecuencia esperada	13,0	35,0	135,0	218,0	401,0

Duración del parto (DURAPARTend): 1,00= duración ≤ 4h/2,00= duración ≥ 4h.

Tabla 264. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Duración del parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
DURAPARTend	1,00	Recuento	12	16	51	82	161
		Frecuencia esperada	18,1	24,5	52,2	66,2	161,0
		Residuos corregidos	-2,0	-2,4	-,3	3,3	
	2,00	Recuento	33	45	79	83	240
		Frecuencia esperada	26,9	36,5	77,8	98,8	240,0
		Residuos corregidos	2,0	2,4	,3	-3,3	
Total	Recuento	45	61	130	165	401	
	Frecuencia esperada	45,0	61,0	130,0	165,0	401,0	

Duración del parto (DURAPARTend): 1,00= duración ≤ 4h/2,00= duración ≥ 4h.

Tabla 265. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Duración del parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
DURAPARTend	1,00	Recuento	9	24	50	79	162
		Frecuencia esperada	13,7	34,3	50,8	63,3	162,0
		Residuos corregidos	-1,7	-2,6	-,2	3,3	
	2,00	Recuento	25	61	76	78	240
		Frecuencia esperada	20,3	50,7	75,2	93,7	240,0
		Residuos corregidos	1,7	2,6	,2	-3,3	
Total		Recuento	34	85	126	157	402
		Frecuencia esperada	34,0	85,0	126,0	157,0	402,0

Duración del parto (DURAPARTend): 1,00= duración $\leq$ 4h/2,00= duración $\geq$ 4h.

Tabla266. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Duración del parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
DURAPARTend	1,00	Recuento	4	7	49	101	161
		Frecuencia esperada	12,4	16,9	53,4	78,3	161,0
		Residuos corregidos	-3,2	-3,3	-1,0	4,6	
	2,00	Recuento	27	35	84	94	240
		Frecuencia esperada	18,6	25,1	79,6	116,7	240,0
		Residuos corregidos	3,2	3,3	1,0	-4,6	
Total	Recuento	31	42	133	195	401	
	Frecuencia esperada	31,0	42,0	133,0	195,0	401,0	

Duración del parto (DURAPARTend): 1,00= duración $\leq$ 4h/2,00= duración $\geq$ 4h.

Las tablas anteriormente expuestas muestran que se ven cumplidas las expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto con una menor duración de los partos.

Tabla 267. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto1 y Tipo de parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Tipo de parto	Eutócico	Recuento	5	19	94	184	302
		Frecuencia esperada	9,7	26,2	101,2	164,9	302,0
		Residuos corregidos	-3,1	-3,0	-1,7	4,4	
	Instrumental	Recuento	3	10	30	28	71
		Frecuencia esperada	2,3	6,2	23,8	38,8	71,0
		Residuos corregidos	,5	1,8	1,7	-2,8	
	Cesárea	Recuento	5	6	11	8	30
		Frecuencia esperada	1,0	2,6	10,0	16,4	30,0
		Residuos corregidos	4,3	2,3	,4	-3,2	
Total		Recuento	13	35	135	220	403
		Frecuencia esperada	13,0	35,0	135,0	220,0	403,0

Tabla 268. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 2 y Tipo de parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Tipo de parto	Eutócico	Recuento	22	38	103	139	302
		Frecuencia esperada	33,7	45,7	98,9	123,6	302,0
		Residuos corregidos	-4,3	-2,5	1,0	3,6	
	Instrumental	Recuento	14	13	25	19	71
		Frecuencia esperada	7,9	10,7	23,3	29,1	71,0
		Residuos corregidos	2,5	,8	,5	-2,7	
	Cesárea	Recuento	9	10	4	7	30
		Frecuencia esperada	3,3	4,5	9,8	12,3	30,0
		Residuos corregidos	3,4	2,9	-2,4	-2,0	
Total		Recuento	45	61	132	165	403
		Frecuencia esperada	45,0	61,0	132,0	165,0	403,0

Tabla 269. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 3 y Tipo de parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Tipo de parto	Eutócico	Recuento	15	53	99	136	303
		Frecuencia esperada	25,5	65,3	94,5	117,8	303,0
		Residuos corregidos	-4,3	-3,4	1,1	4,3	
	Instrumental	Recuento	12	21	22	16	71
		Frecuencia esperada	6,0	15,3	22,1	27,6	71,0
		Residuos corregidos	2,8	1,8	,0	-3,1	
	Cesárea	Recuento	7	13	5	5	30
		Frecuencia esperada	2,5	6,5	9,4	11,7	30,0
		Residuos corregidos	3,1	3,0	-1,8	-2,6	
Total	Recuento	34	87	126	157	404	
	Frecuencia esperada	34,0	87,0	126,0	157,0	404,0	

Tabla 270. Cumplimiento de las expectativas con su proceso de parto 4 y Tipo de parto

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4				
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Tipo de parto	Eutócico	Recuento	9	26	98	169	302
		Frecuencia esperada	23,2	31,5	101,2	146,1	302,0
		Residuos corregidos	-6,1	-2,1	-,8	5,3	
	Instrumental	Recuento	14	9	28	20	71
		Frecuencia esperada	5,5	7,4	23,8	34,4	71,0
		Residuos corregidos	4,2	,7	1,2	-3,8	
	Cesárea	Recuento	8	7	9	6	30
		Frecuencia esperada	2,3	3,1	10,0	14,5	30,0
		Residuos corregidos	4,1	2,4	-,4	-3,2	
Total		Recuento	31	42	135	195	403
		Frecuencia esperada	31,0	42,0	135,0	195,0	403,0

Como se observa en las tablas de contingencia anteriores, las expectativas de las mujeres se ven cumplidas cuando el parto ha sido eutócico, mientras que no se ven cumplidas cuando ha sido instrumental o cesárea.

Tabla 271. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Estado del periné

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Estado del periné después del parto	Periné íntegro	Recuento	8	13	36	64	121
		Frecuencia esperada	4,0	10,8	40,0	66,2	121,0
		Residuos corregidos	2,4	,9	-,9	-,5	
	Desgarro I grado	Recuento	1	3	38	60	102
		Frecuencia esperada	3,4	9,1	33,7	55,8	102,0
		Residuos corregidos	-1,5	-2,5	1,0	1,0	
	Desgarro II grado	Recuento	0	3	7	35	45
		Frecuencia esperada	1,5	4,0	14,9	24,6	45,0
		Residuos corregidos	-1,3	-,6	-2,7	3,3	
	Desgarro III grado	Recuento	0	0	1	0	1
		Frecuencia esperada	,0	,1	,3	,5	1,0
		Residuos corregidos	-,2	-,3	1,4	-1,1	
	Episiotomía	Recuento	4	16	48	56	124
		Frecuencia esperada	4,1	11,0	41,0	67,8	124,0
		Residuos corregidos	-,1	1,9	1,6	-2,6	
Total	Recuento	13	35	130	215	393	
	Frecuencia esperada	13,0	35,0	130,0	215,0	393,0	

Tabla 272. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Estado del periné

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Estado del periné después del parto	Periné íntegro	Recuento	17	13	39	52	121
		Frecuencia esperada	13,5	17,9	40,0	49,6	121,0
		Residuos corregidos	1,2	-1,5	-,2	,5	
	Desgarro I grado	Recuento	5	14	35	48	102
		Frecuencia esperada	11,4	15,1	33,7	41,8	102,0
		Residuos corregidos	-2,3	-,3	,3	1,5	
	Desgarro II grado	Recuento	3	6	11	25	45
		Frecuencia esperada	5,0	6,6	14,9	18,4	45,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,3	-1,3	2,1	
	Desgarro III grado	Recuento	1	0	0	0	1
		Frecuencia esperada	,1	,1	,3	,4	1,0
		Residuos corregidos	2,8	-,4	-,7	-,8	
	Episiotomía	Recuento	18	25	45	36	124
		Frecuencia esperada	13,9	18,3	41,0	50,8	124,0
		Residuos corregidos	1,4	2,1	,9	-3,3	
Total	Recuento	44	58	130	161	393	
	Frecuencia esperada	44,0	58,0	130,0	161,0	393,0	

Tabla 273. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Estado del periné

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Estado del periné después del parto	Periné íntegro	Recuento	10	26	32	54	122
		Frecuencia esperada	9,9	26,3	38,1	47,7	122,0
		Residuos corregidos	,0	-,1	-1,4	1,4	
	Desgarro I grado	Recuento	3	18	32	49	102
		Frecuencia esperada	8,3	22,0	31,8	39,9	102,0
		Residuos corregidos	-2,2	-1,1	,0	2,2	
	Desgarro II grado	Recuento	2	8	14	21	45
		Frecuencia esperada	3,7	9,7	14,0	17,6	45,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,7	,0	1,1	
	Desgarro III grado	Recuento	1	0	0	0	1
		Frecuencia esperada	,1	,2	,3	,4	1,0
		Residuos corregidos	3,4	-,5	-,7	-,8	
	Episiotomía	Recuento	16	33	45	30	124
		Frecuencia esperada	10,1	26,8	38,7	48,5	124,0
		Residuos corregidos	2,4	1,6	1,5	-4,1	
Total	Recuento	32	85	123	154	394	
	Frecuencia esperada	32,0	85,0	123,0	154,0	394,0	

Tabla 274. Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Estado del periné

			Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Estado del periné después del parto	Periné íntegro	Recuento	11	10	42	58	121
		Frecuencia esperada	9,2	12,3	40,9	58,5	121,0
		Residuos corregidos	,7	-,8	,2	-,1	
	Desgarro I grado	Recuento	2	10	30	60	102
		Frecuencia esperada	7,8	10,4	34,5	49,3	102,0
		Residuos corregidos	-2,5	-,1	-1,1	2,5	
	Desgarro II grado	Recuento	1	6	10	28	45
		Frecuencia esperada	3,4	4,6	15,2	21,8	45,0
		Residuos corregidos	-1,5	,7	-1,8	2,0	
	Desgarro III grado	Recuento	0	0	1	0	1
		Frecuencia esperada	,1	,1	,3	,5	1,0
		Residuos corregidos	-,3	-,3	1,4	-1,0	
	Episiotomía	Recuento	16	14	50	44	124
		Frecuencia esperada	9,5	12,6	42,0	59,9	124,0
		Residuos corregidos	2,7	,5	1,8	-3,5	
Total	Recuento	30	40	133	190	393	
	Frecuencia esperada	30,0	40,0	133,0	190,0	393,0	

Como observamos en las tablas de contingencia anteriormente expuestas, las expectativas de la mujer se ven cumplidas cuando el estado del periné ha sido un desgarro de I o II grado, y no se ven cumplidas cuando ha sido una episiotomía.

1.11.3. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y el apoyo por parte de los profesionales y la matrona

Tabla 275. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto /el apoyo de los profesionales y la matrona.

Tabla de contingencia Apoyo por parte de los profesionales Apoyo por parte de la matrona	Apoyo por parte de los profesionales 1	Apoyo por parte de los profesionales 2	Apoyo por parte de los profesionales 3	Apoyo por parte de los profesionales 4	Apoyo por parte de los profesionales 5	Apoyo de la matrona 1	Apoyo de la matrona 2	Apoyo de la matrona 3	Apoyo de la matrona 4	Apoyo de la matrona 5
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Subescala: Expectativas de la mujer										
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,001	0,001	0,0005	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,004	0,004	0,001	0,0005	0,004
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,020	0,019	0,0005	0,002	0,014
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,048	0,042	0,0005	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los ítems donde existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$)

En la tabla de contingencia anteriormente expuesta los ítems del apoyo de los profesionales y el apoyo de la matrona van referidos a la subescala a la que pertenecen. Los ítems son como siguen:

- Apoyo por parte de los profesionales 1: “Todos los cuidadores de mi parto fueron de gran ayuda”.
- Apoyo por parte de los profesionales 2: “Los cuidadores de mi parto siempre me escucharon atentamente”.
- Apoyo por parte de los profesionales 3: “Durante el proceso de dilatación siempre hubo un cuidador para explicarme lo que estaba sucediendo a fin de que lo pudiera entender”.
- Apoyo por parte de los profesionales 4: “Todos mis cuidadores me trataron cortésmente y de un modo simpático y cordial”.
- Apoyo por parte de los profesionales 5: “Los cuidadores de mi parto mostraron esforzarse al máximo, fueron de gran ayuda”.
- Apoyo de la matrona 1: “La matrona me dedicó la atención necesaria”.
- Apoyo de la matrona 2: “La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja”.
- Apoyo de la matrona 3: “La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto”.
- Apoyo de la matrona 4: “La matrona entendió mis necesidades”.
- Apoyo de la matrona 5: “Me sentí muy bien atendida por la matrona”.

Tabla 276. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 1

			Apoyo por parte del profesional1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	5	7	13
		Frecuencia esperada	,1	2,6	10,3	13,0
		Residuos corregidos	2,5	1,7	-2,3	
	En desacuerdo	Recuento	2	14	19	35
		Frecuencia esperada	,3	7,0	27,6	35,0
		Residuos corregidos	2,9	3,1	-3,7	
	De acuerdo	Recuento	1	43	91	135
		Frecuencia esperada	1,3	27,1	106,5	135,0
		Residuos corregidos	-,4	4,2	-4,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	19	201	220
		Frecuencia esperada	2,2	44,2	173,6	220,0
		Residuos corregidos	-2,2	-6,3	6,7	
Total	Recuento	4	81	318	403	
	Frecuencia esperada	4,0	81,0	318,0	403,0	

Tabla 277. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 2

			Apoyo por parte del profesional 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	1	5	6	13
		Frecuencia esperada	,0	,1	2,7	10,1	13,0
		Residuos corregidos	5,5	2,5	1,6	-2,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	11	22	35
		Frecuencia esperada	,1	,3	7,3	27,3	35,0
		Residuos corregidos	-,3	2,9	1,6	-2,2	
	De acuerdo	Recuento	0	1	42	92	135
		Frecuencia esperada	,3	1,3	28,1	105,2	135,0
		Residuos corregidos	-,7	-,4	3,6	-3,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	26	194	220
		Frecuencia esperada	,5	2,2	45,9	171,4	220,0
		Residuos corregidos	-1,1	-2,2	-4,9	5,4	
Total	Recuento		1	4	84	314	403
	Frecuencia esperada		1,0	4,0	84,0	314,0	403,0

Tabla 278. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 3

			Apoyo por parte del profesional 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	2	1	8	13
		Frecuencia esperada	,1	,4	2,7	9,8	13,0
		Residuos corregidos	5,3	2,5	-1,2	-1,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	3	11	21	35
		Frecuencia esperada	,3	1,1	7,2	26,3	35,0
		Residuos corregidos	-,6	1,9	1,7	-2,2	
	De acuerdo	Recuento	1	5	43	86	135
		Frecuencia esperada	1,3	4,4	27,8	101,5	135,0
		Residuos corregidos	-,4	,4	4,0	-3,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	3	28	188	220
		Frecuencia esperada	2,2	7,1	45,3	165,4	220,0
		Residuos corregidos	-1,2	-2,3	-4,3	5,2	
Total	Recuento		4	13	83	303	403
	Frecuencia esperada		4,0	13,0	83,0	303,0	403,0

Tabla 279. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 4

			Apoyo por parte de los profesionales 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	2	6	4	13
		Frecuencia esperada	,1	,3	2,0	10,6	13,0
		Residuos corregidos	3,8	3,3	3,1	-4,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	5	10	20	35
		Frecuencia esperada	,2	,8	5,5	28,6	35,0
		Residuos corregidos	-,4	5,0	2,2	-3,9	
	De acuerdo	Recuento	1	1	34	99	135
		Frecuencia esperada	,7	3,0	21,1	110,2	135,0
		Residuos corregidos	,5	-1,4	3,7	-3,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	13	206	220
		Frecuencia esperada	1,1	4,9	34,4	179,6	220,0
		Residuos corregidos	-1,6	-2,6	-5,9	6,8	
Total	Recuento	2	9	63	329	403	
	Frecuencia esperada	2,0	9,0	63,0	329,0	403,0	

Tabla 280. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de los profesionales 5

			Apoyo por parte de los profesionales 5			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	6	7	13
		Frecuencia esperada	,0	2,4	10,5	13,0
		Residuos corregidos	-,2	2,6	-2,6	
	En desacuerdo	Recuento	0	14	21	35
		Frecuencia esperada	,1	6,5	28,4	35,0
		Residuos corregidos	-,3	3,4	-3,3	
	De acuerdo	Recuento	1	40	94	135
		Frecuencia esperada	,3	25,1	109,5	135,0
		Residuos corregidos	1,4	4,0	-4,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	15	205	220
		Frecuencia esperada	,5	40,9	178,5	220,0
		Residuos corregidos	-1,1	-6,7	6,8	
Total	Recuento	1	75	327	403	
	Frecuencia esperada	1,0	75,0	327,0	403,0	

Tabla 281. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 1

			La matrona me dedicó la atención necesaria				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	1	3	4	8
		Frecuencia esperada	,0	,2	1,8	6,0	8,0
		Residuos corregidos	-,2	1,9	1,0	-1,6	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	9	13	23
		Frecuencia esperada	,1	,6	5,1	17,2	23,0
		Residuos corregidos	-,4	,6	2,0	-2,1	
	De acuerdo	Recuento	1	2	26	49	78
		Frecuencia esperada	,4	1,9	17,5	58,2	78,0
		Residuos corregidos	1,3	,1	3,0	-3,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	7	84	92
		Frecuencia esperada	,5	2,3	20,6	68,7	92,0
		Residuos corregidos	-,9	-1,2	-4,6	5,0	
Total	Recuento	1	5	45	150	201	
	Frecuencia esperada	1,0	5,0	45,0	150,0	201,0	

Tabla 282. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 2

			La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	1	4	3	8
		Frecuencia esperada	,1	,3	2,3	5,3	8,0
		Residuos corregidos	-,3	1,4	1,3	-1,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	13	9	22
		Frecuencia esperada	,2	,8	6,4	14,6	22,0
		Residuos corregidos	-,5	-,9	3,3	-2,7	
	De acuerdo	Recuento	1	3	29	46	79
		Frecuencia esperada	,8	2,8	23,0	52,4	79,0
		Residuos corregidos	,3	,2	1,9	-2,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	3	12	74	90
		Frecuencia esperada	,9	3,2	26,2	59,7	90,0
		Residuos corregidos	,1	-,1	-4,5	4,3	
	Total	Recuento	2	7	58	132	199
		Frecuencia esperada	2,0	7,0	58,0	132,0	199,0

Tabla 283. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 3

			La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	4	3	8
		Frecuencia esperada	,2	1,6	6,3	8,0
		Residuos corregidos	2,2	2,2	-2,9	
	En desacuerdo	Recuento	1	9	13	23
		Frecuencia esperada	,5	4,5	18,0	23,0
		Residuos corregidos	,9	2,5	-2,7	
	De acuerdo	Recuento	2	21	56	79
		Frecuencia esperada	1,6	15,6	61,9	79,0
		Residuos corregidos	,5	2,0	-2,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	6	87	93
		Frecuencia esperada	1,8	18,3	72,8	93,0
		Residuos corregidos	-1,9	-4,4	4,8	
Total	Recuento	4	40	159	203	
	Frecuencia esperada	4,0	40,0	159,0	203,0	

Tabla 284. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 4

			La matrona entendió mis necesidades			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	4	3	8
		Frecuencia esperada	,2	1,9	5,9	8,0
		Residuos corregidos	2,2	1,8	-2,4	
	En desacuerdo	Recuento	1	10	11	22
		Frecuencia esperada	,4	5,2	16,3	22,0
		Residuos corregidos	,9	2,5	-2,8	
	De acuerdo	Recuento	2	25	52	79
		Frecuencia esperada	1,6	18,8	58,7	79,0
		Residuos corregidos	,5	2,1	-2,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	9	84	93
		Frecuencia esperada	1,8	22,1	69,1	93,0
		Residuos corregidos	-1,9	-4,3	4,8	
Total	Recuento	4	48	150	202	
	Frecuencia esperada	4,0	48,0	150,0	202,0	

Tabla 285. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la matrona 5

			Me sentí muy bien atendida por la matrona			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	4	3	7
		Frecuencia esperada	,1	1,4	5,5	7,0
		Residuos corregidos	-,3	2,6	-2,4	
	En desacuerdo	Recuento	2	6	15	23
		Frecuencia esperada	,3	4,4	18,2	23,0
		Residuos corregidos	3,0	,9	-1,8	
	De acuerdo	Recuento	1	22	56	79
		Frecuencia esperada	1,2	15,3	62,6	79,0
		Residuos corregidos	-,2	2,5	-2,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	7	86	93
		Frecuencia esperada	1,4	18,0	73,7	93,0
		Residuos corregidos	-1,6	-3,9	4,3	
Total	Recuento	3	39	160	202	
	Frecuencia esperada	3,0	39,0	160,0	202,0	

Tabla 286. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 1

			Apoyo por parte del profesional1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	16	26	45
		Frecuencia esperada	,4	9,0	35,5	45,0
		Residuos corregidos	4,1	2,7	-3,7	
	En desacuerdo	Recuento	1	18	42	61
		Frecuencia esperada	,6	12,3	48,1	61,0
		Residuos corregidos	,6	2,0	-2,1	
	De acuerdo	Recuento	0	34	98	132
		Frecuencia esperada	1,3	26,5	104,2	132,0
		Residuos corregidos	-1,4	2,0	-1,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	13	152	165
		Frecuencia esperada	1,6	33,2	130,2	165,0
		Residuos corregidos	-1,7	-5,1	5,4	
Total	Recuento	4	81	318	403	
	Frecuencia esperada	4,0	81,0	318,0	403,0	

Tabla 287. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 2

			Apoyo por parte del profesional 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	3	14	27	45
		Frecuencia esperada	,1	,4	9,4	35,1	45,0
		Residuos corregidos	2,8	4,1	1,8	-3,1	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	20	40	61
		Frecuencia esperada	,2	,6	12,7	47,5	61,0
		Residuos corregidos	-,4	,6	2,5	-2,5	
	De acuerdo	Recuento	0	0	36	96	132
		Frecuencia esperada	,3	1,3	27,5	102,8	132,0
		Residuos corregidos	-,7	-1,4	2,2	-1,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	14	151	165
		Frecuencia esperada	,4	1,6	34,4	128,6	165,0
		Residuos corregidos	-,8	-1,7	-5,1	5,5	
Total	Recuento	1	4	84	314	403	
	Frecuencia esperada	1,0	4,0	84,0	314,0	403,0	

Tabla 288. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 3

			Apoyo por parte del profesional 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	4	12	26	45
		Frecuencia esperada	,4	1,5	9,3	33,8	45,0
		Residuos corregidos	4,1	2,3	1,1	-2,9	
	En desacuerdo	Recuento	1	3	20	37	61
		Frecuencia esperada	,6	2,0	12,6	45,9	61,0
		Residuos corregidos	,6	,8	2,6	-2,9	
	De acuerdo	Recuento	0	4	32	96	132
		Frecuencia esperada	1,3	4,3	27,2	99,2	132,0
		Residuos corregidos	-1,4	-,2	1,3	-,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	2	19	144	165
		Frecuencia esperada	1,6	5,3	34,0	124,1	165,0
		Residuos corregidos	-1,7	-1,9	-3,8	4,7	
Total	Recuento	4	13	83	303	403	
	Frecuencia esperada	4,0	13,0	83,0	303,0	403,0	

Tabla 289. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 4

			Apoyo por parte de los profesionales 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	4	16	23	45
		Frecuencia esperada	,2	1,0	7,0	36,7	45,0
		Residuos corregidos	4,0	3,2	3,9	-5,6	
	En desacuerdo	Recuento	0	4	13	44	61
		Frecuencia esperada	,3	1,4	9,5	49,8	61,0
		Residuos corregidos	-,6	2,5	1,3	-2,1	
	De acuerdo	Recuento	0	0	26	106	132
		Frecuencia esperada	,7	2,9	20,6	107,8	132,0
		Residuos corregidos	-1,0	-2,1	1,6	-,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	8	156	165
		Frecuencia esperada	,8	3,7	25,8	134,7	165,0
		Residuos corregidos	-1,2	-1,8	-5,0	5,6	
Total	Recuento	2	9	63	329	403	
	Frecuencia esperada	2,0	9,0	63,0	329,0	403,0	

Tabla 290. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de los profesionales 5

			Apoyo por parte de los profesionales 5			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	17	27	45
		Frecuencia esperada	,1	8,4	36,5	45,0
		Residuos corregidos	2,8	3,5	-3,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	20	41	61
		Frecuencia esperada	,2	11,4	49,5	61,0
		Residuos corregidos	-,4	3,1	-3,0	
	De acuerdo	Recuento	0	29	103	132
		Frecuencia esperada	,3	24,6	107,1	132,0
		Residuos corregidos	-,7	1,2	-1,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	9	156	165
		Frecuencia esperada	,4	30,7	133,9	165,0
		Residuos corregidos	-,8	-5,7	5,7	
Total	Recuento	1	75	327	403	
	Frecuencia esperada	1,0	75,0	327,0	403,0	

Tabla 291. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 1

			La matrona me dedicó la atención necesaria				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	2	9	18	30
		Frecuencia esperada	,1	,7	6,7	22,4	30,0
		Residuos corregidos	2,4	1,6	1,1	-2,0	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	12	27	40
		Frecuencia esperada	,2	1,0	9,0	29,9	40,0
		Residuos corregidos	-,5	,0	1,3	-1,2	
	De acuerdo	Recuento	0	0	20	47	67
		Frecuencia esperada	,3	1,7	15,0	50,0	67,0
		Residuos corregidos	-,7	-1,6	1,8	-1,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	2	4	58	64
		Frecuencia esperada	,3	1,6	14,3	47,8	64,0
		Residuos corregidos	-,7	,4	-3,8	3,6	
Total	Recuento	1	5	45	150	201	
	Frecuencia esperada	1,0	5,0	45,0	150,0	201,0	

Tabla 292. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 2

			La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	1	14	13	29
		Frecuencia esperada	,3	1,0	8,5	19,2	29,0
		Residuos corregidos	1,4	,0	2,5	-2,7	
	En desacuerdo	Recuento	0	3	13	24	40
		Frecuencia esperada	,4	1,4	11,7	26,5	40,0
		Residuos corregidos	-,7	1,5	,5	-,9	
	De acuerdo	Recuento	1	2	24	40	67
		Frecuencia esperada	,7	2,4	19,5	44,4	67,0
		Residuos corregidos	,5	-,3	1,5	-1,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	7	55	63
		Frecuencia esperada	,6	2,2	18,4	41,8	63,0
		Residuos corregidos	-1,0	-1,0	-3,8	4,3	
Total	Recuento	2	7	58	132	199	
	Frecuencia esperada	2,0	7,0	58,0	132,0	199,0	

Tabla 293. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 3

			La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	12	17	30
		Frecuencia esperada	,6	5,9	23,5	30,0
		Residuos corregidos	,6	3,0	-3,1	
	En desacuerdo	Recuento	2	10	29	41
		Frecuencia esperada	,8	8,1	32,1	41,0
		Residuos corregidos	1,5	,8	-1,3	
	De acuerdo	Recuento	1	15	51	67
		Frecuencia esperada	1,3	13,2	52,5	67,0
		Residuos corregidos	-,3	,7	-,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	3	62	65
		Frecuencia esperada	1,3	12,8	50,9	65,0
		Residuos corregidos	-1,4	-3,7	4,0	
Total	Recuento	4	40	159	203	
	Frecuencia esperada	4,0	40,0	159,0	203,0	

Tabla 294. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 4

			La matrona entendió mis necesidades			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	12	15	29
		Frecuencia esperada	,6	6,9	21,5	29,0
		Residuos corregidos	2,1	2,4	-3,0	
	En desacuerdo	Recuento	1	14	26	41
		Frecuencia esperada	,8	9,7	30,4	41,0
		Residuos corregidos	,2	1,7	-1,8	
	De acuerdo	Recuento	1	18	48	67
		Frecuencia esperada	1,3	15,9	49,8	67,0
		Residuos corregidos	-,4	,7	-,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	4	61	65
		Frecuencia esperada	1,3	15,4	48,3	65,0
		Residuos corregidos	-1,4	-4,1	4,4	
Total	Recuento	4	48	150	202	
	Frecuencia esperada	4,0	48,0	150,0	202,0	

Tabla 295. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo por parte de la matrona 5

			Me sentí muy bien atendida por la matrona			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	8	20	30
		Frecuencia esperada	,4	5,8	23,8	30,0
		Residuos corregidos	2,5	1,1	-1,8	
	En desacuerdo	Recuento	1	11	28	40
		Frecuencia esperada	,6	7,7	31,7	40,0
		Residuos corregidos	,6	1,5	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	0	16	51	67
		Frecuencia esperada	1,0	12,9	53,1	67,0
		Residuos corregidos	-1,2	1,2	-,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	4	61	65
		Frecuencia esperada	1,0	12,5	51,5	65,0
		Residuos corregidos	-1,2	-3,3	3,5	
Total	Recuento	3	39	160	202	
	Frecuencia esperada	3,0	39,0	160,0	202,0	

Tabla 296. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 1

			Apoyo por parte del profesional1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	12	19	34
		Frecuencia esperada	,3	6,8	26,8	34,0
		Residuos corregidos	4,8	2,3	-3,4	
	En desacuerdo	Recuento	1	22	64	87
		Frecuencia esperada	,9	17,4	68,7	87,0
		Residuos corregidos	,2	1,4	-1,4	
	De acuerdo	Recuento	0	36	90	126
		Frecuencia esperada	1,2	25,3	99,5	126,0
		Residuos corregidos	-1,4	2,9	-2,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	11	146	157
		Frecuencia esperada	1,6	31,5	124,0	157,0
		Residuos corregidos	-1,6	-5,2	5,5	
Total	Recuento	4	81	319	404	
	Frecuencia esperada	4,0	81,0	319,0	404,0	

Tabla 297. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 2

			Apoyo por parte del profesional 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	3	11	20	34
		Frecuencia esperada	,1	,3	7,1	26,5	34,0
		Residuos corregidos	-,3	4,8	1,7	-2,8	
	En desacuerdo	Recuento	1	0	26	60	87
		Frecuencia esperada	,2	,9	18,1	67,8	87,0
		Residuos corregidos	1,9	-1,1	2,4	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	0	1	35	90	126
		Frecuencia esperada	,3	1,2	26,2	98,2	126,0
		Residuos corregidos	-,7	-,3	2,3	-2,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	12	145	157
		Frecuencia esperada	,4	1,6	32,6	122,4	157,0
		Residuos corregidos	-,8	-1,6	-5,2	5,6	
Total	Recuento	1	4	84	315	404	
	Frecuencia esperada	1,0	4,0	84,0	315,0	404,0	

Tabla 298. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 3

			Apoyo por parte del profesional 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	12	17	34
		Frecuencia esperada	,3	1,1	7,0	25,6	34,0
		Residuos corregidos	3,0	1,9	2,2	-3,6	
	En desacuerdo	Recuento	1	3	20	63	87
		Frecuencia esperada	,9	2,8	17,9	65,5	87,0
		Residuos corregidos	,2	,1	,6	-,7	
	De acuerdo	Recuento	0	6	35	85	126
		Frecuencia esperada	1,2	4,1	25,9	94,8	126,0
		Residuos corregidos	-1,4	1,2	2,4	-2,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	1	16	139	157
		Frecuencia esperada	1,6	5,1	32,3	118,1	157,0
		Residuos corregidos	-,6	-2,3	-4,1	4,9	
Total	Recuento	4	13	83	304	404	
	Frecuencia esperada	4,0	13,0	83,0	304,0	404,0	

Tabla 299. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 4

			Apoyo por parte de los profesionales 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	14	15	34
		Frecuencia esperada	,2	,8	5,3	27,8	34,0
		Residuos corregidos	4,7	2,7	4,3	-5,9	
	En desacuerdo	Recuento	0	4	14	69	87
		Frecuencia esperada	,4	1,9	13,6	71,1	87,0
		Residuos corregidos	-,7	1,7	,1	-,6	
	De acuerdo	Recuento	0	2	28	96	126
		Frecuencia esperada	,6	2,8	19,6	102,9	126,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,6	2,5	-1,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	7	150	157
		Frecuencia esperada	,8	3,5	24,5	128,2	157,0
		Residuos corregidos	-1,1	-2,4	-4,9	5,7	
Total	Recuento	2	9	63	330	404	
	Frecuencia esperada	2,0	9,0	63,0	330,0	404,0	

Tabla 300. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de los profesionales 5

			Apoyo por parte de los profesionales 5			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	16	17	34
		Frecuencia esperada	,1	6,3	27,6	34,0
		Residuos corregidos	3,3	4,5	-4,9	
	En desacuerdo	Recuento	0	21	66	87
		Frecuencia esperada	,2	16,2	70,6	87,0
		Residuos corregidos	-,5	1,5	-1,4	
	De acuerdo	Recuento	0	30	96	126
		Frecuencia esperada	,3	23,4	102,3	126,0
		Residuos corregidos	-,7	1,8	-1,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	8	149	157
		Frecuencia esperada	,4	29,1	127,5	157,0
		Residuos corregidos	-,8	-5,6	5,6	
Total	Recuento	1	75	328	404	
	Frecuencia esperada	1,0	75,0	328,0	404,0	

Tabla 301. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 1

			La matrona me dedicó la atención necesaria				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	7	16	24
		Frecuencia esperada	,1	,6	5,4	17,9	24,0
		Residuos corregidos	2,7	-,8	,8	-1,0	
	En desacuerdo	Recuento	0	3	11	42	56
		Frecuencia esperada	,3	1,4	12,5	41,8	56,0
		Residuos corregidos	-,6	1,6	-,6	,1	
	De acuerdo	Recuento	0	2	20	41	63
		Frecuencia esperada	,3	1,6	14,1	47,0	63,0
		Residuos corregidos	-,7	,4	2,2	-2,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	7	51	58
		Frecuencia esperada	,3	1,4	13,0	43,3	58,0
		Residuos corregidos	-,6	-1,4	-2,2	2,8	
Total	Recuento	1	5	45	150	201	
	Frecuencia esperada	1,0	5,0	45,0	150,0	201,0	

Tabla 302. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 2

			La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	1	10	11	23
		Frecuencia esperada	,2	,8	6,7	15,3	23,0
		Residuos corregidos	1,7	,2	1,6	-2,0	
	En desacuerdo	Recuento	0	4	15	37	56
		Frecuencia esperada	,6	2,0	16,3	37,1	56,0
		Residuos corregidos	-,9	1,7	-,5	,0	
	De acuerdo	Recuento	0	2	24	36	62
		Frecuencia esperada	,6	2,2	18,1	41,1	62,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,2	2,0	-1,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	0	9	48	58
		Frecuencia esperada	,6	2,0	16,9	38,5	58,0
		Residuos corregidos	,7	-1,7	-2,7	3,1	
Total	Recuento	2	7	58	132	199	
	Frecuencia esperada	2,0	7,0	58,0	132,0	199,0	

Tabla 303. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 3

			La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	11	13	24
		Frecuencia esperada	,5	4,7	18,8	24,0
		Residuos corregidos	-,7	3,4	-3,1	
	En desacuerdo	Recuento	4	11	42	57
		Frecuencia esperada	1,1	11,2	44,6	57,0
		Residuos corregidos	3,2	-,1	-1,0	
	De acuerdo	Recuento	0	15	48	63
		Frecuencia esperada	1,2	12,4	49,3	63,0
		Residuos corregidos	-1,4	1,0	-,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	3	56	59
		Frecuencia esperada	1,2	11,6	46,2	59,0
		Residuos corregidos	-1,3	-3,4	3,7	
Total	Recuento	4	40	159	203	
	Frecuencia esperada	4,0	40,0	159,0	203,0	

Tabla 304. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 4

			La matrona entendió mis necesidades			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	11	11	23
		Frecuencia esperada	,5	5,5	17,1	23,0
		Residuos corregidos	,9	2,9	-3,1	
	En desacuerdo	Recuento	3	13	41	57
		Frecuencia esperada	1,1	13,5	42,3	57,0
		Residuos corregidos	2,1	-,2	-,5	
	De acuerdo	Recuento	0	18	45	63
		Frecuencia esperada	1,2	15,0	46,8	63,0
		Residuos corregidos	-1,4	1,1	-,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	6	53	59
		Frecuencia esperada	1,2	14,0	43,8	59,0
		Residuos corregidos	-1,3	-2,9	3,3	
Total	Recuento	4	48	150	202	
	Frecuencia esperada	4,0	48,0	150,0	202,0	

Tabla 305. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo por parte de la matrona 5

			Me sentí muy bien atendida por la matrona			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	7	16	24
		Frecuencia esperada	,4	4,6	19,0	24,0
		Residuos corregidos	1,2	1,3	-1,6	
	En desacuerdo	Recuento	2	10	44	56
		Frecuencia esperada	,8	10,8	44,4	56,0
		Residuos corregidos	1,5	-,3	-,1	
	De acuerdo	Recuento	0	18	45	63
		Frecuencia esperada	,9	12,2	49,9	63,0
		Residuos corregidos	-1,2	2,2	-1,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	4	55	59
		Frecuencia esperada	,9	11,4	46,7	59,0
		Residuos corregidos	-1,1	-2,9	3,2	
Total	Recuento	3	39	160	202	
	Frecuencia esperada	3,0	39,0	160,0	202,0	

Tabla 306. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 1

			Apoyo por parte del profesional1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	14	13	31
		Frecuencia esperada	,3	6,2	24,5	31,0
		Residuos corregidos	7,0	3,6	-5,3	
	En desacuerdo	Recuento	0	10	32	42
		Frecuencia esperada	,4	8,4	33,1	42,0
		Residuos corregidos	-,7	,6	-,5	
	De acuerdo	Recuento	0	38	97	135
		Frecuencia esperada	1,3	27,1	106,5	135,0
		Residuos corregidos	-1,4	2,9	-2,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	19	176	195
		Frecuencia esperada	1,9	39,2	153,9	195,0
		Residuos corregidos	-1,9	-5,0	5,4	
Total	Recuento	4	81	318	403	
	Frecuencia esperada	4,0	81,0	318,0	403,0	

Tabla 307. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 2

			Apoyo por parte del profesional 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	2	12	16	31
		Frecuencia esperada	,1	,3	6,5	24,2	31,0
		Residuos corregidos	3,5	3,2	2,5	-3,7	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	14	28	42
		Frecuencia esperada	,1	,4	8,8	32,7	42,0
		Residuos corregidos	-,3	-,7	2,1	-1,9	
	De acuerdo	Recuento	0	2	40	93	135
		Frecuencia esperada	,3	1,3	28,1	105,2	135,0
		Residuos corregidos	-,7	,7	3,1	-3,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	18	177	195
		Frecuencia esperada	,5	1,9	40,6	151,9	195,0
		Residuos corregidos	-1,0	-1,9	-5,6	6,0	
Total	Recuento	1	4	84	314	403	
	Frecuencia esperada	1,0	4,0	84,0	314,0	403,0	

Tabla 308. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 3

			Apoyo por parte del profesional 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	8	18	31
		Frecuencia esperada	,3	1,0	6,4	23,3	31,0
		Residuos corregidos	3,2	2,1	,7	-2,3	
	En desacuerdo	Recuento	1	0	10	31	42
		Frecuencia esperada	,4	1,4	8,7	31,6	42,0
		Residuos corregidos	1,0	-1,3	,5	-,2	
	De acuerdo	Recuento	0	7	44	84	135
		Frecuencia esperada	1,3	4,4	27,8	101,5	135,0
		Residuos corregidos	-1,4	1,6	4,2	-4,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	3	21	170	195
		Frecuencia esperada	1,9	6,3	40,2	146,6	195,0
		Residuos corregidos	-,9	-1,9	-4,7	5,4	
Total	Recuento	4	13	83	303	403	
	Frecuencia esperada	4,0	13,0	83,0	303,0	403,0	

Tabla 309. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 4

			Apoyo por parte de los profesionales 4				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	5	13	12	31
		Frecuencia esperada	,2	,7	4,8	25,3	31,0
		Residuos corregidos	2,3	5,4	4,2	-6,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	6	35	42
		Frecuencia esperada	,2	,9	6,6	34,3	42,0
		Residuos corregidos	-,5	,1	-,3	,3	
	De acuerdo	Recuento	1	3	30	101	135
		Frecuencia esperada	,7	3,0	21,1	110,2	135,0
		Residuos corregidos	,5	,0	2,6	-2,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	14	181	195
		Frecuencia esperada	1,0	4,4	30,5	159,2	195,0
		Residuos corregidos	-1,4	-2,9	-4,5	5,6	
Total	Recuento	2	9	63	329	403	
	Frecuencia esperada	2,0	9,0	63,0	329,0	403,0	

Tabla 310. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de los profesionales 5

			Apoyo por parte de los profesionales 5			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	17	14	31
		Frecuencia esperada	,1	5,8	25,2	31,0
		Residuos corregidos	-,3	5,4	-5,3	
	En desacuerdo	Recuento	0	9	33	42
		Frecuencia esperada	,1	7,8	34,1	42,0
		Residuos corregidos	-,3	,5	-,4	
	De acuerdo	Recuento	1	38	96	135
		Frecuencia esperada	,3	25,1	109,5	135,0
		Residuos corregidos	1,4	3,5	-3,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	11	184	195
		Frecuencia esperada	,5	36,3	158,2	195,0
		Residuos corregidos	-1,0	-6,5	6,6	
Total	Recuento	1	75	327	403	
	Frecuencia esperada	1,0	75,0	327,0	403,0	

Tabla 311. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 1

			La matrona me dedicó la atención necesaria				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	2	9	12	23
		Frecuencia esperada	,1	,6	5,1	17,2	23,0
		Residuos corregidos	-,4	2,0	2,0	-2,6	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	8	22	30
		Frecuencia esperada	,1	,7	6,7	22,4	30,0
		Residuos corregidos	-,4	-,9	,6	-,2	
	De acuerdo	Recuento	1	2	20	54	77
		Frecuencia esperada	,4	1,9	17,2	57,5	77,0
		Residuos corregidos	1,3	,1	1,0	-1,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	8	62	71
		Frecuencia esperada	,4	1,8	15,9	53,0	71,0
		Residuos corregidos	-,7	-,7	-2,8	3,1	
	Total	Recuento	1	5	45	150	201
		Frecuencia esperada	1,0	5,0	45,0	150,0	201,0

Tabla 312. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 2

			La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	1	11	9	21
		Frecuencia esperada	,2	,7	6,1	13,9	21,0
		Residuos corregidos	-,5	,3	2,5	-2,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	9	18	29
		Frecuencia esperada	,3	1,0	8,5	19,2	29,0
		Residuos corregidos	-,6	1,1	,2	-,5	
	De acuerdo	Recuento	1	2	28	47	78
		Frecuencia esperada	,8	2,7	22,7	51,7	78,0
		Residuos corregidos	,3	-,6	1,7	-1,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	2	10	58	71
		Frecuencia esperada	,7	2,5	20,7	47,1	71,0
		Residuos corregidos	,4	-,4	-3,5	3,4	
Total	Recuento	2	7	58	132	199	
	Frecuencia esperada	2,0	7,0	58,0	132,0	199,0	

Tabla 313. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 3

			La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	13	9	23
		Frecuencia esperada	,5	4,5	18,0	23,0
		Residuos corregidos	,9	4,7	-4,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	4	26	30
		Frecuencia esperada	,6	5,9	23,5	30,0
		Residuos corregidos	-,8	-1,0	1,2	
	De acuerdo	Recuento	3	20	55	78
		Frecuencia esperada	1,5	15,4	61,1	78,0
		Residuos corregidos	1,5	1,7	-2,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	3	69	72
		Frecuencia esperada	1,4	14,2	56,4	72,0
		Residuos corregidos	-1,5	-4,1	4,5	
Total	Recuento	4	40	159	203	
	Frecuencia esperada	4,0	40,0	159,0	203,0	

Tabla 314. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 4

			La matrona entendió mis necesidades			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	11	9	22
		Frecuencia esperada	,4	5,2	16,3	22,0
		Residuos corregidos	2,5	3,1	-3,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	8	22	30
		Frecuencia esperada	,6	7,1	22,3	30,0
		Residuos corregidos	-,8	,4	-,1	
	De acuerdo	Recuento	2	22	54	78
		Frecuencia esperada	1,5	18,5	57,9	78,0
		Residuos corregidos	,5	1,2	-1,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	7	65	72
		Frecuencia esperada	1,4	17,1	53,5	72,0
		Residuos corregidos	-1,5	-3,5	3,9	
Total	Recuento	4	48	150	202	
	Frecuencia esperada	4,0	48,0	150,0	202,0	

Tabla 315. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo por parte de la matrona 5

			Me sentí muy bien atendida por la matrona			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	9	12	23
		Frecuencia esperada	,3	4,4	18,2	23,0
		Residuos corregidos	3,0	2,6	-3,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	5	25	30
		Frecuencia esperada	,4	5,8	23,8	30,0
		Residuos corregidos	-,7	-,4	,6	
	De acuerdo	Recuento	1	20	56	77
		Frecuencia esperada	1,1	14,9	61,0	77,0
		Residuos corregidos	-,2	1,9	-1,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	5	67	72
		Frecuencia esperada	1,1	13,9	57,0	72,0
		Residuos corregidos	-1,3	-3,3	3,6	
Total	Recuento	3	39	160	202	
	Frecuencia esperada	3,0	39,0	160,0	202,0	

Como se observa en las tablas de contingencia anteriormente expuestas, un buen apoyo por parte de los profesionales y en concreto de la matrona, está relacionado con el cumplimiento de las expectativas de la mujer en su proceso de dilatación y parto.

1.11.4. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y el contacto de la madre con el recién nacido

Tabla 316. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido	Contacto de la madre con el recién nacido 1
Expectativas de la mujer	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0008
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,006
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,008

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Sólo se han encontrado resultados estadísticamente significativos con el ítem positivo de la subescala “Contacto de la madre con el recién nacido”, siendo estos resultados los que se exponen a continuación.

Tabla 317. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El contacto con el recién nacido 1

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	0	12	13
		Frecuencia esperada	,1	,1	,6	12,2	13,0
		Residuos corregidos	3,7	-,3	-,8	-,3	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	5	30	35
		Frecuencia esperada	,2	,2	1,7	32,9	35,0
		Residuos corregidos	-,4	-,4	2,7	-2,2	
	De acuerdo	Recuento	1	1	13	120	135
		Frecuencia esperada	,7	,7	6,7	126,9	135,0
		Residuos corregidos	,5	,5	3,1	-3,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	2	216	219
		Frecuencia esperada	1,1	1,1	10,9	205,9	219,0
		Residuos corregidos	-1,6	-,1	-4,1	4,3	
Total		Recuento	2	2	20	378	402
		Frecuencia esperada	2,0	2,0	20,0	378,0	402,0

Tabla 318. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El contacto con el recién nacido 1

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	5	39	45
		Frecuencia esperada	,2	,2	2,2	42,3	45,0
		Residuos corregidos	1,7	-,5	2,0	-2,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	4	56	61
		Frecuencia esperada	,3	,3	3,0	57,4	61,0
		Residuos corregidos	-,6	1,4	,6	-,8	
	De acuerdo	Recuento	1	0	11	119	131
		Frecuencia esperada	,7	,7	6,5	123,2	131,0
		Residuos corregidos	,5	-1,0	2,2	-1,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	0	164	165
		Frecuencia esperada	,8	,8	8,2	155,1	165,0
		Residuos corregidos	-1,2	,3	-3,8	3,8	
Total		Recuento	2	2	20	378	402
		Frecuencia esperada	2,0	2,0	20,0	378,0	402,0

Tabla 319. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El contacto con el recién nacido 1

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	4	29	34
		Frecuencia esperada	,2	,2	1,7	32,0	34,0
		Residuos corregidos	2,1	-,4	1,9	-2,3	
	En desacuerdo	Recuento	1	2	6	78	87
		Frecuencia esperada	,4	,4	4,3	81,8	87,0
		Residuos corregidos	1,0	2,7	,9	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	0	0	8	118	126
		Frecuencia esperada	,6	,6	6,3	118,5	126,0
		Residuos corregidos	-1,0	-1,0	,9	-,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	2	154	156
		Frecuencia esperada	,8	,8	7,7	146,7	156,0
		Residuos corregidos	-1,1	-1,1	-2,7	3,2	
Total	Recuento	2	2	20	379	403	
	Frecuencia esperada	2,0	2,0	20,0	379,0	403,0	

Tabla 320. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El contacto con el recién nacido 1

			Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	1	29	31
		Frecuencia esperada	,2	,2	1,5	29,1	31,0
		Residuos corregidos	2,2	-,4	-,5	-,1	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	5	37	42
		Frecuencia esperada	,2	,2	2,1	39,5	42,0
		Residuos corregidos	-,5	-,5	2,2	-1,7	
	De acuerdo	Recuento	1	2	11	121	135
		Frecuencia esperada	,7	,7	6,7	126,9	135,0
		Residuos corregidos	,5	2,0	2,1	-2,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	3	191	194
		Frecuencia esperada	1,0	1,0	9,7	182,4	194,0
		Residuos corregidos	-1,4	-1,4	-3,1	3,6	
Total	Recuento	2	2	20	378	402	
	Frecuencia esperada	2,0	2,0	20,0	378,0	402,0	

Como se puede observar en las tablas expuestas, un contacto inmediato con el recién nacido está relacionado con el cumplimiento de las expectativas de la mujer.

1.11.5. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y el apoyo de la pareja

Tabla 321. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Cómo fue el apoyo de la pareja	Apoyo de la pareja 1	Apoyo de la pareja 2
Expectativas de la mujer	P	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005	0,001
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,001	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,015	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Sólo se han encontrado resultados estadísticamente significativos con los ítems positivos de la subescala “Apoyo por parte de la pareja”, siendo estos resultados los que se exponen a continuación.

Tabla 322. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la pareja 1

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	1	3	6	13
		Frecuencia esperada	,3	,9	3,3	8,5	13,0
		Residuos corregidos	5,1	,1	-,2	-1,5	
	En desacuerdo	Recuento	0	3	15	17	35
		Frecuencia esperada	,8	2,4	8,8	23,0	35,0
		Residuos corregidos	-,9	,4	2,5	-2,2	
	De acuerdo	Recuento	1	12	45	76	134
		Frecuencia esperada	3,0	9,1	33,8	88,0	134,0
		Residuos corregidos	-1,5	1,2	2,7	-2,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	11	37	161	214
		Frecuencia esperada	4,9	14,6	54,0	140,5	214,0
		Residuos corregidos	,1	-1,4	-4,0	4,4	
Total		Recuento	9	27	100	260	396
		Frecuencia esperada	9,0	27,0	100,0	260,0	396,0

Tabla 323. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El apoyo de la pareja 2

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	0	12	13
		Frecuencia esperada	,1	,1	1,5	11,2	13,0
		Residuos corregidos	2,9	-,4	-1,3	,6	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	6	29	35
		Frecuencia esperada	,3	,4	4,1	30,3	35,0
		Residuos corregidos	-,5	-,6	1,0	-,6	
	De acuerdo	Recuento	1	3	27	104	135
		Frecuencia esperada	1,0	1,4	15,9	116,7	135,0
		Residuos corregidos	,0	1,7	3,6	-3,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	1	14	199	215
		Frecuencia esperada	1,6	2,2	25,4	185,8	215,0
		Residuos corregidos	-,7	-1,2	-3,5	3,9	
Total		Recuento	3	4	47	344	398
		Frecuencia esperada	3,0	4,0	47,0	344,0	398,0

Tabla 324. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo de la pareja 1

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	3	12	26	45
		Frecuencia esperada	1,0	3,1	11,4	29,5	45,0
		Residuos corregidos	3,2	,0	,2	-1,2	
	En desacuerdo	Recuento	1	6	14	40	61
		Frecuencia esperada	1,4	4,2	15,4	40,1	61,0
		Residuos corregidos	-,4	1,0	-,4	,0	
	De acuerdo	Recuento	0	7	50	73	130
		Frecuencia esperada	3,0	8,9	32,8	85,4	130,0
		Residuos corregidos	-2,1	-,8	4,2	-2,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	11	24	121	160
		Frecuencia esperada	3,6	10,9	40,4	105,1	160,0
		Residuos corregidos	,2	,0	-3,9	3,4	
Total	Recuento	9	27	100	260	396	
	Frecuencia esperada	9,0	27,0	100,0	260,0	396,0	

Tabla 325. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El apoyo de la pareja 2

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	0	3	39	45
		Frecuencia esperada	,3	,5	5,3	38,9	45,0
		Residuos corregidos	4,9	-,7	-1,1	,0	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	6	53	61
		Frecuencia esperada	,5	,6	7,2	52,7	61,0
		Residuos corregidos	-,7	1,9	-,5	,1	
	De acuerdo	Recuento	0	1	27	103	131
		Frecuencia esperada	1,0	1,3	15,5	113,2	131,0
		Residuos corregidos	-1,2	-,3	3,8	-3,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	11	149	161
		Frecuencia esperada	1,2	1,6	19,0	139,2	161,0
		Residuos corregidos	-1,4	-,6	-2,5	2,9	
Total	Recuento	3	4	47	344	398	
	Frecuencia esperada	3,0	4,0	47,0	344,0	398,0	

Tabla 326. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo de la pareja 1

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	9	20	34
		Frecuencia esperada	,8	2,3	8,6	22,3	34,0
		Residuos corregidos	1,5	,5	,2	-,9	
	En desacuerdo	Recuento	2	6	23	55	86
		Frecuencia esperada	2,0	5,9	21,7	56,5	86,0
		Residuos corregidos	,0	,1	,4	-,4	
	De acuerdo	Recuento	2	10	48	64	124
		Frecuencia esperada	2,8	8,5	31,3	81,4	124,0
		Residuos corregidos	-,6	,7	4,2	-4,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	8	20	121	152
		Frecuencia esperada	3,5	10,4	38,4	99,8	152,0
		Residuos corregidos	-,3	-1,0	-4,4	4,6	
Total	Recuento	9	27	100	260	396	
	Frecuencia esperada	9,0	27,0	100,0	260,0	396,0	

Tabla 327. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El apoyo de la pareja 2

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	0	3	29	34
		Frecuencia esperada	,3	,3	4,0	29,4	34,0
		Residuos corregidos	3,6	-,6	-,6	-,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	8	78	87
		Frecuencia esperada	,7	,9	10,3	75,2	87,0
		Residuos corregidos	-,9	,2	-,9	1,0	
	De acuerdo	Recuento	1	3	26	94	124
		Frecuencia esperada	,9	1,2	14,6	107,2	124,0
		Residuos corregidos	,1	1,9	3,8	-4,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	10	143	153
		Frecuencia esperada	1,2	1,5	18,1	132,2	153,0
		Residuos corregidos	-1,4	-1,6	-2,6	3,2	
Total	Recuento	3	4	47	344	398	
	Frecuencia esperada	3,0	4,0	47,0	344,0	398,0	

Tabla 328. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo de la pareja 1

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	3	8	17	31
		Frecuencia esperada	,7	2,1	7,8	20,4	31,0
		Residuos corregidos	2,9	,7	,1	-1,3	
	En desacuerdo	Recuento	1	3	11	27	42
		Frecuencia esperada	1,0	2,9	10,6	27,6	42,0
		Residuos corregidos	,0	,1	,1	-,2	
	De acuerdo	Recuento	2	11	45	76	134
		Frecuencia esperada	3,0	9,1	33,8	88,0	134,0
		Residuos corregidos	-,7	,8	2,7	-2,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	10	36	140	189
		Frecuencia esperada	4,3	12,9	47,7	124,1	189,0
		Residuos corregidos	-,9	-1,2	-2,7	3,4	
Total	Recuento	9	27	100	260	396	
	Frecuencia esperada	9,0	27,0	100,0	260,0	396,0	

Tabla 329. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El apoyo de la pareja 2

			Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	0	1	28	31
		Frecuencia esperada	,2	,3	3,7	26,8	31,0
		Residuos corregidos	3,8	-,6	-1,5	,7	
	En desacuerdo	Recuento	1	1	5	35	42
		Frecuencia esperada	,3	,4	5,0	36,3	42,0
		Residuos corregidos	1,3	,9	,0	-,6	
	De acuerdo	Recuento	0	3	26	106	135
		Frecuencia esperada	1,0	1,4	15,9	116,7	135,0
		Residuos corregidos	-1,2	1,7	3,3	-3,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	15	175	190
		Frecuencia esperada	1,4	1,9	22,4	164,2	190,0
		Residuos corregidos	-1,7	-1,9	-2,3	3,2	
Total	Recuento	3	4	47	344	398	
	Frecuencia esperada	3,0	4,0	47,0	344,0	398,0	

Un buen apoyo por parte de la pareja se corresponde, según los resultados expuestos en las tablas anteriores, con un cumplimiento de las expectativas de la mujer.

1.11.6. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y el dolor durante la dilatación

Tabla 330. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Dolor durante la dilatación	Dolor durante la dilatación 2
Expectativas de la mujer	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Sólo se han encontrado resultados estadísticamente significativos con el ítem positivo de la subescala “Dolor durante la dilatación”, siendo estos resultados los que se exponen a continuación.

Tabla 331. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El dolor durante la dilatación 2

			Dolor durante el proceso de la dilatación 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	0	4	4	13
		Frecuencia esperada	1,0	,9	4,0	7,1	13,0
		Residuos corregidos	4,2	-1,0	,0	-1,8	
	En desacuerdo	Recuento	8	2	21	4	35
		Frecuencia esperada	2,7	2,4	10,8	19,1	35,0
		Residuos corregidos	3,5	-,3	3,9	-5,4	
	De acuerdo	Recuento	9	19	58	49	135
		Frecuencia esperada	10,4	9,4	41,5	73,7	135,0
		Residuos corregidos	-,5	4,0	3,8	-5,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	9	7	41	163	220
		Frecuencia esperada	16,9	15,3	67,7	120,1	220,0
		Residuos corregidos	-3,0	-3,3	-5,8	8,6	
Total	Recuento	31	28	124	220	403	
	Frecuencia esperada	31,0	28,0	124,0	220,0	403,0	

Tabla 332. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El dolor durante la dilatación 2

			Dolor durante el proceso de la dilatación 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	12	2	18	13	45
		Frecuencia esperada	3,5	3,1	13,8	24,6	45,0
		Residuos corregidos	5,1	-,7	1,4	-3,7	
	En desacuerdo	Recuento	8	11	24	18	61
		Frecuencia esperada	4,7	4,2	18,8	33,3	61,0
		Residuos corregidos	1,7	3,7	1,6	-4,3	
	De acuerdo	Recuento	7	12	63	50	132
		Frecuencia esperada	10,2	9,2	40,6	72,1	132,0
		Residuos corregidos	-1,3	1,2	5,1	-4,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	3	19	139	165
		Frecuencia esperada	12,7	11,5	50,8	90,1	165,0
		Residuos corregidos	-3,3	-3,4	-7,0	10,0	
Total	Recuento	31	28	124	220	403	
	Frecuencia esperada	31,0	28,0	124,0	220,0	403,0	

Tabla 333. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El dolor durante la dilatación 2

			Dolor durante el proceso de la dilatación 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	11	2	10	11	34
		Frecuencia esperada	2,6	2,4	10,4	18,6	34,0
		Residuos corregidos	5,6	-,3	-,2	-2,7	
	En desacuerdo	Recuento	10	14	28	35	87
		Frecuencia esperada	6,7	6,0	26,7	47,6	87,0
		Residuos corregidos	1,5	3,8	,3	-3,1	
	De acuerdo	Recuento	2	10	63	51	126
		Frecuencia esperada	9,7	8,7	38,7	68,9	126,0
		Residuos corregidos	-3,1	,5	5,7	-3,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	8	2	23	124	157
		Frecuencia esperada	12,0	10,9	48,2	85,9	157,0
		Residuos corregidos	-1,6	-3,6	-5,6	7,8	
Total	Recuento	31	28	124	221	404	
	Frecuencia esperada	31,0	28,0	124,0	221,0	404,0	

Tabla 334. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El dolor durante la dilatación 2

			Dolor durante el proceso de la dilatación 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	1	15	8	31
		Frecuencia esperada	2,4	2,2	9,5	16,9	31,0
		Residuos corregidos	3,2	-,8	2,2	-3,4	
	En desacuerdo	Recuento	4	5	16	17	42
		Frecuencia esperada	3,2	2,9	12,9	22,9	42,0
		Residuos corregidos	,5	1,3	1,1	-1,9	
	De acuerdo	Recuento	9	18	60	48	135
		Frecuencia esperada	10,4	9,4	41,5	73,7	135,0
		Residuos corregidos	-,5	3,6	4,2	-5,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	11	4	33	147	195
		Frecuencia esperada	15,0	13,5	60,0	106,5	195,0
		Residuos corregidos	-1,5	-3,7	-5,8	8,1	
Total	Recuento	31	28	124	220	403	
	Frecuencia esperada	31,0	28,0	124,0	220,0	403,0	

En las tablas expuestas se observa que se ven cumplidas las expectativas de la mujer cuando se ha proporcionado un adecuado alivio del dolor durante el parto.

1.11.7. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y el dolor después del parto

Tabla 335. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Dolor después del parto	Dolor después del parto 2
Expectativas de la mujer	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Sólo se han encontrado resultados estadísticamente significativos con el ítem positivo de la subescala “Dolor después del parto”, siendo estos resultados los que se exponen a continuación.

Tabla 336. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El dolor después del parto 3

			Dolor después del parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	1	6	3	13
		Frecuencia esperada	,8	2,2	5,0	4,9	13,0
		Residuos corregidos	2,5	-,9	,6	-1,1	
	En desacuerdo	Recuento	0	12	20	3	35
		Frecuencia esperada	2,3	6,0	13,4	13,3	35,0
		Residuos corregidos	-1,6	2,8	2,4	-3,7	
	De acuerdo	Recuento	9	26	64	35	134
		Frecuencia esperada	8,7	23,1	51,5	50,8	134,0
		Residuos corregidos	,1	,8	2,7	-3,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	14	30	64	111	219
		Frecuencia esperada	14,2	37,7	84,1	83,0	219,0
		Residuos corregidos	-,1	-2,0	-4,1	5,8	
Total		Recuento	26	69	154	152	401
		Frecuencia esperada	26,0	69,0	154,0	152,0	401,0

Tabla 337. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El dolor después del parto 3

			Dolor después del parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	11	21	8	45
		Frecuencia esperada	2,9	7,7	17,3	17,1	45,0
		Residuos corregidos	1,3	1,4	1,2	-3,0	
	En desacuerdo	Recuento	4	18	28	11	61
		Frecuencia esperada	4,0	10,5	23,4	23,1	61,0
		Residuos corregidos	,0	2,8	1,3	-3,5	
	De acuerdo	Recuento	7	21	60	43	131
		Frecuencia esperada	8,5	22,5	50,3	49,7	131,0
		Residuos corregidos	-,6	-,4	2,1	-1,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	10	19	45	90	164
		Frecuencia esperada	10,6	28,2	63,0	62,2	164,0
		Residuos corregidos	-,3	-2,5	-3,8	5,8	
Total		Recuento	26	69	154	152	401
		Frecuencia esperada	26,0	69,0	154,0	152,0	401,0

Tabla 338. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El dolor después del parto 3

			Dolor después del parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	10	17	4	34
		Frecuencia esperada	2,2	5,8	13,0	12,9	34,0
		Residuos corregidos	,6	2,0	1,5	-3,3	
	En desacuerdo	Recuento	6	21	37	22	86
		Frecuencia esperada	5,6	14,8	32,9	32,7	86,0
		Residuos corregidos	,2	2,0	1,0	-2,7	
	De acuerdo	Recuento	7	27	56	36	126
		Frecuencia esperada	8,1	21,6	48,3	48,0	126,0
		Residuos corregidos	-,5	1,5	1,7	-2,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	10	11	44	91	156
		Frecuencia esperada	10,1	26,8	59,8	59,4	156,0
		Residuos corregidos	,0	-4,3	-3,3	6,7	
Total	Recuento	26	69	154	153	402	
	Frecuencia esperada	26,0	69,0	154,0	153,0	402,0	

Tabla 339. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El dolor después del parto 3

			Dolor después del parto 3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	10	15	4	31
		Frecuencia esperada	2,0	5,3	11,9	11,8	31,0
		Residuos corregidos	,0	2,3	1,2	-3,0	
	En desacuerdo	Recuento	2	12	21	7	42
		Frecuencia esperada	2,7	7,2	16,1	15,9	42,0
		Residuos corregidos	-,5	2,1	1,6	-3,0	
	De acuerdo	Recuento	9	25	64	37	135
		Frecuencia esperada	8,8	23,2	51,8	51,2	135,0
		Residuos corregidos	,1	,5	2,6	-3,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	13	22	54	104	193
		Frecuencia esperada	12,5	33,2	74,1	73,2	193,0
		Residuos corregidos	,2	-3,0	-4,1	6,4	
Total	Recuento	26	69	154	152	401	
	Frecuencia esperada	26,0	69,0	154,0	152,0	401,0	

Los resultados muestran que el hecho de que no exista dolor después del parto está relacionado con el cumplimiento de las expectativas de la mujer y, por el contrario, el tener dolor después del parto está relacionado con el incumplimiento de las expectativas de la mujer con su parto.

1.11.8. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y el entorno físico

Tabla 340. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Entorno físico	Entorno físico 2
Expectativas de la mujer	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Sólo se han encontrado resultados estadísticamente significativos con el ítem positivo de la subescala “Entorno físico”, siendo estos resultados los que se exponen a continuación.

Tabla 341. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El Entorno físico2

			Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	5	4	4	13
		Frecuencia esperada	,5	2,6	5,1	4,8	13,0
		Residuos corregidos	-,7	1,7	-,6	-,5	
	En desacuerdo	Recuento	3	12	18	2	35
		Frecuencia esperada	1,3	7,0	13,6	13,0	35,0
		Residuos corregidos	1,6	2,2	1,6	-4,0	
	De acuerdo	Recuento	5	34	61	35	135
		Frecuencia esperada	5,0	27,1	52,6	50,2	135,0
		Residuos corregidos	,0	1,8	1,8	-3,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	7	30	74	109	220
		Frecuencia esperada	8,2	44,2	85,7	81,9	220,0
		Residuos corregidos	-,6	-3,5	-2,4	5,6	
Total	Recuento		15	81	157	150	403
	Frecuencia esperada		15,0	81,0	157,0	150,0	403,0

Tabla 342. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El Entorno físico2

			Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	16	17	9	45
		Frecuencia esperada	1,7	9,0	17,5	16,7	45,0
		Residuos corregidos	1,1	2,7	-,2	-2,5	
	En desacuerdo	Recuento	3	18	27	13	61
		Frecuencia esperada	2,3	12,3	23,8	22,7	61,0
		Residuos corregidos	,5	2,0	,9	-2,8	
	De acuerdo	Recuento	3	29	65	35	132
		Frecuencia esperada	4,9	26,5	51,4	49,1	132,0
		Residuos corregidos	-1,1	,7	3,0	-3,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	6	18	48	93	165
		Frecuencia esperada	6,1	33,2	64,3	61,4	165,0
		Residuos corregidos	-,1	-3,8	-3,4	6,6	
Total	Recuento		15	81	157	150	403
	Frecuencia esperada		15,0	81,0	157,0	150,0	403,0

Tabla 343. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El Entorno físico2

			Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	9	14	9	34
		Frecuencia esperada	1,3	6,8	13,3	12,6	34,0
		Residuos corregidos	,7	1,0	,3	-1,3	
	En desacuerdo	Recuento	7	29	38	13	87
		Frecuencia esperada	3,2	17,4	34,0	32,3	87,0
		Residuos corregidos	2,4	3,5	1,0	-4,8	
	De acuerdo	Recuento	3	23	65	35	126
		Frecuencia esperada	4,7	25,3	49,3	46,8	126,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,6	3,5	-2,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	20	41	93	157
		Frecuencia esperada	5,8	31,5	61,4	58,3	157,0
		Residuos corregidos	-1,5	-2,9	-4,3	7,3	
Total	Recuento	15	81	158	150	404	
	Frecuencia esperada	15,0	81,0	158,0	150,0	404,0	

Tabla 344. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El Entorno físico2

			Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	11	13	6	31
		Frecuencia esperada	1,2	6,2	12,1	11,5	31,0
		Residuos corregidos	-,2	2,2	,4	-2,1	
	En desacuerdo	Recuento	4	10	18	10	42
		Frecuencia esperada	1,6	8,4	16,4	15,6	42,0
		Residuos corregidos	2,1	,6	,5	-1,9	
	De acuerdo	Recuento	2	31	73	29	135
		Frecuencia esperada	5,0	27,1	52,6	50,2	135,0
		Residuos corregidos	-1,7	1,0	4,4	-4,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	8	29	53	105	195
		Frecuencia esperada	7,3	39,2	76,0	72,6	195,0
		Residuos corregidos	,4	-2,5	-4,7	6,7	
Total	Recuento	15	81	157	150	403	
	Frecuencia esperada	15,0	81,0	157,0	150,0	403,0	

Un entorno físico agradable y relajante está relacionado con el cumplimiento de las expectativas de la mujer con su parto, mientras que, si este no se da afecta negativamente al cumplimiento de las mismas.

1.11.9. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y el control de la mujer

Tabla 345. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Control de la mujer		
	Control 1	Control 2
Expectativas de la mujer	P	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Tabla 346. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El Control de la mujer 1

			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	8	3	0	2	13
		Frecuencia esperada	8,9	3,5	,4	,2	13,0
		Residuos corregidos	-,5	-,3	-,7	4,7	
	En desacuerdo	Recuento	17	15	3	0	35
		Frecuencia esperada	23,9	9,6	1,1	,4	35,0
		Residuos corregidos	-2,6	2,2	1,9	-,7	
	De acuerdo	Recuento	72	54	9	0	135
		Frecuencia esperada	92,1	36,8	4,4	1,7	135,0
		Residuos corregidos	-4,6	4,1	2,8	-1,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	178	38	1	3	220
		Frecuencia esperada	150,1	60,0	7,1	2,7	220,0
		Residuos corregidos	6,0	-5,0	-3,5	,2	
Total	Recuento	275	110	13	5	403	
	Frecuencia esperada	275,0	110,0	13,0	5,0	403,0	

Tabla 347. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El Control de la mujer 2

			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	3	1	4	12
		Frecuencia esperada	6,1	4,1	1,3	,5	12,0
		Residuos corregidos	-1,2	-,7	-,3	5,0	
	En desacuerdo	Recuento	9	21	5	0	35
		Frecuencia esperada	17,8	11,8	3,9	1,5	35,0
		Residuos corregidos	-3,1	3,4	,6	-1,3	
	De acuerdo	Recuento	46	64	20	3	133
		Frecuencia esperada	67,7	44,9	14,7	5,7	133,0
		Residuos corregidos	-4,6	4,3	1,8	-1,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	143	46	18	10	217
		Frecuencia esperada	110,4	73,2	24,1	9,3	217,0
		Residuos corregidos	6,6	-5,8	-1,9	,4	
Total	Recuento	202	134	44	17	397	
	Frecuencia esperada	202,0	134,0	44,0	17,0	397,0	

Tabla 348. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El Control de la mujer 1

			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	23	18	2	2	45
		Frecuencia esperada	30,7	12,3	1,5	,6	45,0
		Residuos corregidos	-2,6	2,0	,5	2,1	
	En desacuerdo	Recuento	27	28	5	1	61
		Frecuencia esperada	41,6	16,7	2,0	,8	61,0
		Residuos corregidos	-4,4	3,5	2,4	,3	
	De acuerdo	Recuento	87	40	5	0	132
		Frecuencia esperada	90,1	36,0	4,3	1,6	132,0
		Residuos corregidos	-,7	,9	,4	-1,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	138	24	1	2	165
		Frecuencia esperada	112,6	45,0	5,3	2,0	165,0
		Residuos corregidos	5,5	-4,8	-2,5	,0	
Total	Recuento	275	110	13	5	403	
	Frecuencia esperada	275,0	110,0	13,0	5,0	403,0	

Tabla 349. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El Control de la mujer 2

			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	15	17	7	5	44
		Frecuencia esperada	22,4	14,9	4,9	1,9	44,0
		Residuos corregidos	-2,4	,7	1,1	2,5	
	En desacuerdo	Recuento	17	32	7	4	60
		Frecuencia esperada	30,5	20,3	6,6	2,6	60,0
		Residuos corregidos	-3,8	3,5	,2	1,0	
	De acuerdo	Recuento	60	51	19	1	131
		Frecuencia esperada	66,7	44,2	14,5	5,6	131,0
		Residuos corregidos	-1,4	1,5	1,5	-2,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	110	34	11	7	162
		Frecuencia esperada	82,4	54,7	18,0	6,9	162,0
		Residuos corregidos	5,6	-4,5	-2,3	,0	
Total	Recuento	202	134	44	17	397	
	Frecuencia esperada	202,0	134,0	44,0	17,0	397,0	

Tabla 350. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El Control de la mujer 1

			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	18	11	4	1	34
		Frecuencia esperada	23,2	9,3	1,1	,4	34,0
		Residuos corregidos	-2,0	,7	3,0	,9	
	En desacuerdo	Recuento	54	29	3	1	87
		Frecuencia esperada	59,4	23,7	2,8	1,1	87,0
		Residuos corregidos	-1,4	1,4	,1	-,1	
	De acuerdo	Recuento	76	44	5	1	126
		Frecuencia esperada	86,1	34,3	4,1	1,6	126,0
		Residuos corregidos	-2,3	2,3	,6	-,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	128	26	1	2	157
		Frecuencia esperada	107,3	42,7	5,1	1,9	157,0
		Residuos corregidos	4,6	-3,8	-2,3	,1	
Total	Recuento	276	110	13	5	404	
	Frecuencia esperada	276,0	110,0	13,0	5,0	404,0	

Tabla 351. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El Control de la mujer 2

			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	11	15	3	4	33
		Frecuencia esperada	16,8	11,1	3,6	1,4	33,0
		Residuos corregidos	-2,1	1,5	-,4	2,3	
	En desacuerdo	Recuento	39	36	9	1	85
		Frecuencia esperada	43,4	28,6	9,4	3,6	85,0
		Residuos corregidos	-1,1	1,9	-,2	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	52	49	18	5	124
		Frecuencia esperada	63,2	41,7	13,7	5,3	124,0
		Residuos corregidos	-2,4	1,7	1,5	-,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	101	34	14	7	156
		Frecuencia esperada	79,6	52,5	17,2	6,7	156,0
		Residuos corregidos	4,4	-4,0	-1,1	,2	
Total	Recuento	203	134	44	17	398	
	Frecuencia esperada	203,0	134,0	44,0	17,0	398,0	

Tabla 352. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El Control de la mujer 1

			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	13	15	1	2	31
		Frecuencia esperada	21,2	8,5	1,0	,4	31,0
		Residuos corregidos	-3,3	2,7	,0	2,7	
	En desacuerdo	Recuento	24	16	2	0	42
		Frecuencia esperada	28,7	11,5	1,4	,5	42,0
		Residuos corregidos	-1,6	1,7	,6	-,8	
	De acuerdo	Recuento	75	51	8	1	135
		Frecuencia esperada	92,1	36,8	4,4	1,7	135,0
		Residuos corregidos	-3,9	3,4	2,2	-,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	163	28	2	2	195
		Frecuencia esperada	133,1	53,2	6,3	2,4	195,0
		Residuos corregidos	6,4	-5,6	-2,4	-,4	
Total	Recuento	275	110	13	5	403	
	Frecuencia esperada	275,0	110,0	13,0	5,0	403,0	

Tabla 353. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El Control de la mujer 2

			Control de la mujer durante su proceso de dilatación y parto 2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	9	14	3	4	30
		Frecuencia esperada	15,3	10,1	3,3	1,3	30,0
		Residuos corregidos	-2,4	1,6	-,2	2,5	
	En desacuerdo	Recuento	18	18	5	1	42
		Frecuencia esperada	21,4	14,2	4,7	1,8	42,0
		Residuos corregidos	-1,1	1,3	,2	-,6	
	De acuerdo	Recuento	50	59	20	3	132
		Frecuencia esperada	67,2	44,6	14,6	5,7	132,0
		Residuos corregidos	-3,7	3,3	1,8	-1,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	125	43	16	9	193
		Frecuencia esperada	98,2	65,1	21,4	8,3	193,0
		Residuos corregidos	5,4	-4,7	-1,7	,4	
Total	Recuento	202	134	44	17	397	
	Frecuencia esperada	202,0	134,0	44,0	17,0	397,0	

La falta de control de la mujer en su proceso de dilatación y parto está relacionada con el incumplimiento de las expectativas de la mujer sobre su parto.

1.11.10. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y la propia capacidad de la mujer

Tabla 354. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Propia capacidad de la mujer

Tabla de contingencia Propia capacidad de la mujer	Propia capacidad de la mujer 1	Propia capacidad de la mujer 2	Propia capacidad de la mujer 3	Propia capacidad de la mujer 4	Propia capacidad de la mujer 5	Propia capacidad de la mujer 6
	P	P	P	P	P	P
Subescala: Expectativas de la mujer						
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005	0,0005	0,011	0,599	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005	0,0005	0,0005	0,040	0,0005	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,0005	0,0005	0,0005	0,05	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005	0,0005	0,0005	0,063	0,0005	0,002

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Los ítems correspondientes a la subescala “Propia capacidad de la mujer” son los siguientes:

- “Propia capacidad de la mujer 1”: El parto fue como esperaba.
- “Propia capacidad de la mujer 2”: Me sentí fuerte durante el parto.
- “Propia capacidad de la mujer 3”: Me sentí capaz durante el parto.
- “Propia capacidad de la mujer 4”: Me sentí cansada durante el parto.
- “Propia capacidad de la mujer 5”: Me sentí feliz durante el parto.
- “Propia capacidad de la mujer 6”: Me sentí capaz de manejar bien la situación.

Tabla 355. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y El parto fue como esperaba

			El parto fue como esperaba				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto ¹	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	0	0	1	8
		Frecuencia esperada	,9	2,2	2,9	2,0	8,0
		Residuos corregidos	7,1	-1,8	-2,2	-,8	
	En desacuerdo	Recuento	4	16	3	0	23
		Frecuencia esperada	2,5	6,3	8,4	5,8	23,0
		Residuos corregidos	1,1	4,8	-2,5	-3,0	
	De acuerdo	Recuento	7	28	33	11	79
		Frecuencia esperada	8,6	21,8	28,8	19,8	79,0
		Residuos corregidos	-,7	2,0	1,3	-2,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	12	38	39	93
		Frecuencia esperada	10,1	25,7	33,9	23,4	93,0
		Residuos corregidos	-2,8	-4,3	1,2	5,1	
Total		Recuento	22	56	74	51	203
		Frecuencia esperada	22,0	56,0	74,0	51,0	203,0

Tabla 356. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí fuerte durante el parto

			Me sentí fuerte durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	2	2	2	8
		Frecuencia esperada	,3	2,0	3,2	2,5	8,0
		Residuos corregidos	3,1	,0	-,9	-,4	
	En desacuerdo	Recuento	3	11	6	3	23
		Frecuencia esperada	,9	5,7	9,2	7,3	23,0
		Residuos corregidos	2,4	2,7	-1,4	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	1	20	39	19	79
		Frecuencia esperada	3,1	19,5	31,5	24,9	79,0
		Residuos corregidos	-1,6	,2	2,2	-1,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	17	34	40	93
		Frecuencia esperada	3,7	22,9	37,1	29,3	93,0
		Residuos corregidos	-1,2	-1,9	-,9	3,2	
Total	Recuento	8	50	81	64	203	
	Frecuencia esperada	8,0	50,0	81,0	64,0	203,0	

Tabla 357. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí capaz durante el parto

			Me sentí capaz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	2	3	2	8
		Frecuencia esperada	,4	1,1	3,7	2,8	8,0
		Residuos corregidos	1,1	,9	-,5	-,6	
	En desacuerdo	Recuento	1	8	11	3	23
		Frecuencia esperada	1,0	3,3	10,7	8,0	23,0
		Residuos corregidos	,0	3,0	,1	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	3	9	45	22	79
		Frecuencia esperada	3,5	11,3	36,8	27,4	79,0
		Residuos corregidos	-,4	-1,0	2,4	-1,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	10	35	43	92
		Frecuencia esperada	4,1	13,2	42,8	31,9	92,0
		Residuos corregidos	-,1	-1,3	-2,2	3,3	
Total	Recuento	9	29	94	70	202	
	Frecuencia esperada	9,0	29,0	94,0	70,0	202,0	

Tabla 358. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí feliz durante el parto

			Me sentí feliz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	2	2	0	8
		Frecuencia esperada	,8	2,6	3,0	1,6	8,0
		Residuos corregidos	3,8	-,5	-,7	-,1,5	
	En desacuerdo	Recuento	3	17	2	1	23
		Frecuencia esperada	2,4	7,5	8,5	4,6	23,0
		Residuos corregidos	,5	4,5	-3,0	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	9	23	34	13	79
		Frecuencia esperada	8,2	25,7	29,2	16,0	79,0
		Residuos corregidos	,4	-,8	1,4	-,1,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	24	37	27	93
		Frecuencia esperada	9,6	30,2	34,4	18,8	93,0
		Residuos corregidos	-2,1	-1,9	,8	2,9	
Total	Recuento	21	66	75	41	203	
	Frecuencia esperada	21,0	66,0	75,0	41,0	203,0	

Tabla 359. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me sentí capaz de manejar bien la situación

			Me sentí capaz de manejar bien la situación				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	1	2	4	8
		Frecuencia esperada	,1	,6	3,5	3,7	8,0
		Residuos corregidos	2,6	,6	-1,1	,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	4	16	2	22
		Frecuencia esperada	,3	1,6	9,7	10,3	22,0
		Residuos corregidos	-,6	2,0	2,8	-3,8	
	De acuerdo	Recuento	2	6	41	29	78
		Frecuencia esperada	1,2	5,8	34,5	36,5	78,0
		Residuos corregidos	1,0	,1	1,9	-2,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	4	30	59	93
		Frecuencia esperada	1,4	6,9	41,2	43,5	93,0
		Residuos corregidos	-1,6	-1,6	-3,2	4,4	
Total	Recuento	3	15	89	94	201	
	Frecuencia esperada	3,0	15,0	89,0	94,0	201,0	

Tabla 360. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y El parto fue como esperaba

			El parto fue como esperaba				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	13	12	3	2	30
		Frecuencia esperada	3,3	8,3	10,9	7,5	30,0
		Residuos corregidos	6,2	1,6	-3,3	-2,5	
	En desacuerdo	Recuento	6	25	9	1	41
		Frecuencia esperada	4,4	11,3	14,9	10,3	41,0
		Residuos corregidos	,9	5,4	-2,2	-3,7	
	De acuerdo	Recuento	1	15	39	12	67
		Frecuencia esperada	7,3	18,5	24,4	16,8	67,0
		Residuos corregidos	-3,0	-1,2	4,5	-1,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	4	23	36	65
		Frecuencia esperada	7,0	17,9	23,7	16,3	65,0
		Residuos corregidos	-2,4	-4,7	-2	6,8	
Total	Recuento	22	56	74	51	203	
	Frecuencia esperada	22,0	56,0	74,0	51,0	203,0	

Tabla 361. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí fuerte durante el parto

			Me sentí fuerte durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	13	8	4	30
		Frecuencia esperada	1,2	7,4	12,0	9,5	30,0
		Residuos corregidos	3,9	2,6	-1,6	-2,3	
	En desacuerdo	Recuento	2	16	16	7	41
		Frecuencia esperada	1,6	10,1	16,4	12,9	41,0
		Residuos corregidos	,3	2,4	-,1	-2,2	
	De acuerdo	Recuento	0	12	34	21	67
		Frecuencia esperada	2,6	16,5	26,7	21,1	67,0
		Residuos corregidos	-2,0	-1,6	2,2	,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	9	23	32	65
		Frecuencia esperada	2,6	16,0	25,9	20,5	65,0
		Residuos corregidos	-1,2	-2,4	-,9	3,7	
Total	Recuento	8	50	81	64	203	
	Frecuencia esperada	8,0	50,0	81,0	64,0	203,0	

Tabla 362. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí capaz durante el parto

			Me sentí capaz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	8	10	8	30
		Frecuencia esperada	1,3	4,3	14,0	10,4	30,0
		Residuos corregidos	2,6	2,1	-1,6	-1,0	
	En desacuerdo	Recuento	2	8	26	5	41
		Frecuencia esperada	1,8	5,9	19,1	14,2	41,0
		Residuos corregidos	,1	1,1	2,4	-3,4	
	De acuerdo	Recuento	2	7	37	21	67
		Frecuencia esperada	3,0	9,6	31,2	23,2	67,0
		Residuos corregidos	-,7	-1,1	1,7	-,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	6	21	36	64
		Frecuencia esperada	2,9	9,2	29,8	22,2	64,0
		Residuos corregidos	-1,4	-1,4	-2,7	4,4	
Total	Recuento	9	29	94	70	202	
	Frecuencia esperada	9,0	29,0	94,0	70,0	202,0	

Tabla 363. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí cansada durante el parto

			Me sentí cansada durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	2	13	15	30
		Frecuencia esperada	1,5	6,7	11,9	10,0	30,0
		Residuos corregidos	-1,4	-2,2	,5	2,1	
	En desacuerdo	Recuento	1	6	18	16	41
		Frecuencia esperada	2,0	9,1	16,2	13,6	41,0
		Residuos corregidos	-,8	-1,3	,6	,9	
	De acuerdo	Recuento	3	22	26	16	67
		Frecuencia esperada	3,3	14,9	26,5	22,2	67,0
		Residuos corregidos	-,2	2,5	-,2	-2,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	6	15	23	20	64
		Frecuencia esperada	3,2	14,3	25,3	21,2	64,0
		Residuos corregidos	2,0	,3	-,7	-,4	
Total	Recuento	10	45	80	67	202	
	Frecuencia esperada	10,0	45,0	80,0	67,0	202,0	

Tabla 364. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí feliz durante el parto

			Me sentí feliz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	12	9	6	3	30
		Frecuencia esperada	3,1	9,8	11,1	6,1	30,0
		Residuos corregidos	5,8	-,3	-2,1	-1,5	
	En desacuerdo	Recuento	1	24	13	3	41
		Frecuencia esperada	4,2	13,3	15,1	8,3	41,0
		Residuos corregidos	-1,9	4,0	-,8	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	6	20	30	11	67
		Frecuencia esperada	6,9	21,8	24,8	13,5	67,0
		Residuos corregidos	-,5	-,6	1,6	-,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	13	26	24	65
		Frecuencia esperada	6,7	21,1	24,0	13,1	65,0
		Residuos corregidos	-2,3	-2,6	,6	4,1	
Total	Recuento	21	66	75	41	203	
	Frecuencia esperada	21,0	66,0	75,0	41,0	203,0	

Tabla 365. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me sentí capaz de manejar bien la situación

			Me sentí capaz de manejar bien la situación				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	3	13	10	29
		Frecuencia esperada	,4	2,2	12,8	13,6	29,0
		Residuos corregidos	4,3	,6	,1	-1,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	7	23	10	40
		Frecuencia esperada	,6	3,0	17,7	18,7	40,0
		Residuos corregidos	-,9	2,7	1,9	-3,1	
	De acuerdo	Recuento	0	4	33	30	67
		Frecuencia esperada	1,0	5,0	29,7	31,3	67,0
		Residuos corregidos	-1,2	-,6	1,0	-,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	20	44	65
		Frecuencia esperada	1,0	4,9	28,8	30,4	65,0
		Residuos corregidos	-1,2	-2,2	-2,7	4,1	
Total	Recuento	3	15	89	94	201	
	Frecuencia esperada	3,0	15,0	89,0	94,0	201,0	

Tabla 366. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y El parto fue como esperaba

			El parto fue como esperaba				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	14	6	3	1	24
		Frecuencia esperada	2,6	6,6	8,7	6,0	24,0
		Residuos corregidos	8,0	-3	-2,6	-2,5	
	En desacuerdo	Recuento	5	39	8	5	57
		Frecuencia esperada	6,2	15,7	20,8	14,3	57,0
		Residuos corregidos	-6	8,1	-4,1	-3,4	
	De acuerdo	Recuento	3	7	43	10	63
		Frecuencia esperada	6,8	17,4	23,0	15,8	63,0
		Residuos corregidos	-1,9	-3,5	6,3	-2,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	4	20	35	59
		Frecuencia esperada	6,4	16,3	21,5	14,8	59,0
		Residuos corregidos	-3,2	-4,2	-5	7,2	
Total	Recuento	22	56	74	51	203	
	Frecuencia esperada	22,0	56,0	74,0	51,0	203,0	

Tabla 367. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí fuerte durante el parto

			Me sentí fuerte durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	11	4	5	24
		Frecuencia esperada	,9	5,9	9,6	7,6	24,0
		Residuos corregidos	3,4	2,6	-2,5	-1,2	
	En desacuerdo	Recuento	4	18	25	10	57
		Frecuencia esperada	2,2	14,0	22,7	18,0	57,0
		Residuos corregidos	1,4	1,4	,7	-2,7	
	De acuerdo	Recuento	0	17	30	16	63
		Frecuencia esperada	2,5	15,5	25,1	19,9	63,0
		Residuos corregidos	-1,9	,5	1,5	-1,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	4	22	33	59
		Frecuencia esperada	2,3	14,5	23,5	18,6	59,0
		Residuos corregidos	-1,8	-3,8	-,5	4,8	
Total	Recuento	8	50	81	64	203	
	Frecuencia esperada	8,0	50,0	81,0	64,0	203,0	

Tabla 368. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí capaz durante el parto

			Me sentí capaz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	8	8	6	24
		Frecuencia esperada	1,1	3,4	11,2	8,3	24,0
		Residuos corregidos	1,0	2,8	-1,4	-1,1	
	En desacuerdo	Recuento	7	10	28	12	57
		Frecuencia esperada	2,5	8,2	26,5	19,8	57,0
		Residuos corregidos	3,4	,8	,5	-2,5	
	De acuerdo	Recuento	0	7	38	18	63
		Frecuencia esperada	2,8	9,0	29,3	21,8	63,0
		Residuos corregidos	-2,1	-,9	2,6	-1,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	4	20	34	58
		Frecuencia esperada	2,6	8,3	27,0	20,1	58,0
		Residuos corregidos	-1,9	-1,9	-2,2	4,5	
Total	Recuento		9	29	94	70	202
	Frecuencia esperada		9,0	29,0	94,0	70,0	202,0

Tabla 369. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí cansada durante el parto

			Me sentí cansada durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	3	8	13	24
		Frecuencia esperada	1,2	5,3	9,5	8,0	24,0
		Residuos corregidos	-1,2	-1,2	-,7	2,3	
	En desacuerdo	Recuento	0	10	25	22	57
		Frecuencia esperada	2,8	12,7	22,6	18,9	57,0
		Residuos corregidos	-2,0	-1,0	,8	1,0	
	De acuerdo	Recuento	5	14	25	19	63
		Frecuencia esperada	3,1	14,0	25,0	20,9	63,0
		Residuos corregidos	1,3	,0	,0	-,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	18	22	13	58
		Frecuencia esperada	2,9	12,9	23,0	19,2	58,0
		Residuos corregidos	1,5	1,9	-,3	-2,1	
Total	Recuento		10	45	80	67	202
	Frecuencia esperada		10,0	45,0	80,0	67,0	202,0

Tabla 370. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí feliz durante el parto

			Me senti feliz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	10	7	5	2	24
		Frecuencia esperada	2,5	7,8	8,9	4,8	24,0
		Residuos corregidos	5,4	-,4	-,1,7	-,1,5	
	En desacuerdo	Recuento	8	32	12	5	57
		Frecuencia esperada	5,9	18,5	21,1	11,5	57,0
		Residuos corregidos	1,1	4,5	-,2,9	-,2,5	
	De acuerdo	Recuento	1	18	32	12	63
		Frecuencia esperada	6,5	20,5	23,3	12,7	63,0
		Residuos corregidos	-,2,7	-,8	2,7	-,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	9	26	22	59
		Frecuencia esperada	6,1	19,2	21,8	11,9	59,0
		Residuos corregidos	-,2,1	-,3,4	1,3	3,9	
Total	Recuento	21	66	75	41	203	
	Frecuencia esperada	21,0	66,0	75,0	41,0	203,0	

Tabla 371. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me sentí capaz de manejar bien la situación

			Me sentí capaz de manejar bien la situación				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	11	7	23
		Frecuencia esperada	,3	1,7	10,2	10,8	23,0
		Residuos corregidos	3,0	1,1	,4	-1,7	
	En desacuerdo	Recuento	1	7	29	19	56
		Frecuencia esperada	,8	4,2	24,8	26,2	56,0
		Residuos corregidos	,2	1,7	1,3	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	0	4	32	27	63
		Frecuencia esperada	,9	4,7	27,9	29,5	63,0
		Residuos corregidos	-1,2	-,4	1,3	-,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	17	41	59
		Frecuencia esperada	,9	4,4	26,1	27,6	59,0
		Residuos corregidos	-1,1	-2,0	-2,8	4,2	
Total	Recuento	3	15	89	94	201	
	Frecuencia esperada	3,0	15,0	89,0	94,0	201,0	

Tabla 372. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y El parto fue como esperaba

			El parto fue como esperaba				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	12	8	2	1	23
		Frecuencia esperada	2,5	6,3	8,4	5,8	23,0
		Residuos corregidos	6,8	,8	-2,9	-2,4	
	En desacuerdo	Recuento	2	18	7	3	30
		Frecuencia esperada	3,3	8,3	10,9	7,5	30,0
		Residuos corregidos	-,8	4,3	-1,6	-2,1	
	De acuerdo	Recuento	5	25	40	8	78
		Frecuencia esperada	8,5	21,5	28,4	19,6	78,0
		Residuos corregidos	-1,6	1,1	3,5	-3,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	5	25	39	72
		Frecuencia esperada	7,8	19,9	26,2	18,1	72,0
		Residuos corregidos	-2,3	-4,9	-,4	7,1	
Total	Recuento	22	56	74	51	203	
	Frecuencia esperada	22,0	56,0	74,0	51,0	203,0	

Tabla 373. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me sentí fuerte durante el parto

			Me sentí fuerte durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	11	4	4	23
		Frecuencia esperada	,9	5,7	9,2	7,3	23,0
		Residuos corregidos	3,5	2,7	-2,3	-1,5	
	En desacuerdo	Recuento	3	12	10	5	30
		Frecuencia esperada	1,2	7,4	12,0	9,5	30,0
		Residuos corregidos	1,8	2,1	-,8	-1,9	
	De acuerdo	Recuento	0	20	41	17	78
		Frecuencia esperada	3,1	19,2	31,1	24,6	78,0
		Residuos corregidos	-2,3	,3	2,9	-2,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	7	26	38	72
		Frecuencia esperada	2,8	17,7	28,7	22,7	72,0
		Residuos corregidos	-1,4	-3,7	-,8	4,8	
Total	Recuento	8	50	81	64	203	
	Frecuencia esperada	8,0	50,0	81,0	64,0	203,0	

Tabla 374. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me sentí capaz durante el parto

			Me sentí capaz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	6	11	5	23
		Frecuencia esperada	1,0	3,3	10,7	8,0	23,0
		Residuos corregidos	,0	1,7	,1	-1,4	
	En desacuerdo	Recuento	4	9	12	5	30
		Frecuencia esperada	1,3	4,3	14,0	10,4	30,0
		Residuos corregidos	2,6	2,6	-,8	-2,2	
	De acuerdo	Recuento	2	8	45	23	78
		Frecuencia esperada	3,5	11,2	36,3	27,0	78,0
		Residuos corregidos	-1,0	-1,3	2,5	-1,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	6	26	37	71
		Frecuencia esperada	3,2	10,2	33,0	24,6	71,0
		Residuos corregidos	-,8	-1,8	-2,1	3,8	
Total	Recuento	9	29	94	70	202	
	Frecuencia esperada	9,0	29,0	94,0	70,0	202,0	

Tabla 375. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me sentí feliz durante el parto

			Me senti feliz durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	10	5	1	23
		Frecuencia esperada	2,4	7,5	8,5	4,6	23,0
		Residuos corregidos	3,4	1,2	-1,6	-2,0	
	En desacuerdo	Recuento	6	15	6	3	30
		Frecuencia esperada	3,1	9,8	11,1	6,1	30,0
		Residuos corregidos	1,9	2,2	-2,1	-1,5	
	De acuerdo	Recuento	5	27	32	14	78
		Frecuencia esperada	8,1	25,4	28,8	15,8	78,0
		Residuos corregidos	-1,5	,5	1,0	-,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	14	32	23	72
		Frecuencia esperada	7,4	23,4	26,6	14,5	72,0
		Residuos corregidos	-2,1	-2,9	1,6	3,1	
Total	Recuento	21	66	75	41	203	
	Frecuencia esperada	21,0	66,0	75,0	41,0	203,0	

Tabla 376. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me sentí capaz de manejar bien la situación

			Me sentí capaz de manejar bien la situación				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	3	11	6	21
		Frecuencia esperada	,3	1,6	9,3	9,8	21,0
		Residuos corregidos	1,3	1,3	,8	-1,8	
	En desacuerdo	Recuento	1	5	16	8	30
		Frecuencia esperada	,4	2,2	13,3	14,0	30,0
		Residuos corregidos	,9	2,1	1,1	-2,4	
	De acuerdo	Recuento	1	5	40	32	78
		Frecuencia esperada	1,2	5,8	34,5	36,5	78,0
		Residuos corregidos	-,2	-,5	1,6	-1,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	2	22	48	72
		Frecuencia esperada	1,1	5,4	31,9	33,7	72,0
		Residuos corregidos	-1,3	-1,9	-2,9	4,2	
Total	Recuento	3	15	89	94	201	
	Frecuencia esperada	3,0	15,0	89,0	94,0	201,0	

En las tablas expuestas anteriormente se observa que el hecho de que la mujer se sienta capaz, fuerte, feliz y todos los ítems que se corresponden con un sentimiento de tener capacidad para afrontar el parto están relacionados con el cumplimiento de las expectativas de la mujer. Por otra parte los ítems que hacen referencia a que la mujer no tiene capacidad para afrontar el parto como el hecho de estar cansada se relaciona con el incumplimiento de las expectativas de la mujer acerca de su parto.

1.11.11. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y percepción de seguridad

Tabla 377. Expectativas de la mujer con su proceso de parto + Percepción de seguridad

Tabla de contingencia						
Percepción de seguridad	Percepción de seguridad 1	Percepción de seguridad 2	Percepción de seguridad 3	Percepción de seguridad 4	Percepción de seguridad 5	Percepción de seguridad 6
	P	P	P	P	P	P
Subescala: Expectativas de la mujer						
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,512	0,0005	0,008	0,0005	0,0005	0,073
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,257	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,001
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,008	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,573	0,0005	0,0005	0,0005	0,0005	0,002

Aparecen en negrita los ítems con resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Los ítems de la subescala “Percepción de seguridad” son los siguientes:

- “Percepción de seguridad 1”: Tenía miedo durante el parto
- “Percepción de seguridad 2”: Tengo muchos recuerdos positivos del parto
- “Percepción de seguridad 3”: Tengo muchos recuerdos negativos del parto
- “Percepción de seguridad 4”: Me ponen triste algunos recuerdos del parto
- “Percepción de seguridad 5”: Me dio seguridad la competencia de los profesionales
- “Percepción de seguridad 6”: Escala de seguridad

Sólo se expondrán los resultados que son estadísticamente significativos.

Tabla 378. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto

			Tengo muchos recuerdos positivos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	2	1	8
		Frecuencia esperada	,6	1,5	3,0	2,9	8,0
		Residuos corregidos	1,9	1,3	-,8	-,1,4	
	En desacuerdo	Recuento	3	11	5	4	23
		Frecuencia esperada	1,7	4,4	8,7	8,2	23,0
		Residuos corregidos	1,1	3,7	-,1,7	-,1,9	
	De acuerdo	Recuento	7	16	31	24	78
		Frecuencia esperada	5,8	15,1	29,3	27,8	78,0
		Residuos corregidos	,7	,3	,5	-,1,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	9	38	43	93
		Frecuencia esperada	6,9	18,0	35,0	33,1	93,0
		Residuos corregidos	-,2,1	-,3,2	,9	2,9	
Total	Recuento	15	39	76	72	202	
	Frecuencia esperada	15,0	39,0	76,0	72,0	202,0	

Tabla 379. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto

			Tengo muchos recuerdos negativos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	3	2	2	8
		Frecuencia esperada	3,0	2,9	1,6	,5	8,0
		Residuos corregidos	-1,5	,1	,3	2,3	
	En desacuerdo	Recuento	4	9	9	1	23
		Frecuencia esperada	8,5	8,4	4,7	1,4	23,0
		Residuos corregidos	-2,1	,3	2,4	-,3	
	De acuerdo	Recuento	25	28	20	5	78
		Frecuencia esperada	29,0	28,6	15,8	4,6	78,0
		Residuos corregidos	-1,2	-,2	1,5	,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	45	34	10	4	93
		Frecuencia esperada	34,5	34,1	18,9	5,5	93,0
		Residuos corregidos	3,1	,0	-3,1	-,9	
Total	Recuento	75	74	41	12	202	
	Frecuencia esperada	75,0	74,0	41,0	12,0	202,0	

Tabla 380. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto

			Me ponen triste algunos recuerdos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	4	1	1	8
		Frecuencia esperada	4,4	2,7	,7	,2	8,0
		Residuos corregidos	-1,8	1,0	,4	2,2	
	En desacuerdo	Recuento	8	8	7	0	23
		Frecuencia esperada	12,7	7,8	2,1	,5	23,0
		Residuos corregidos	-2,1	,1	3,8	-,7	
	De acuerdo	Recuento	35	32	9	2	78
		Frecuencia esperada	43,1	26,4	7,0	1,6	78,0
		Residuos corregidos	-2,4	1,7	1,0	,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	66	24	1	1	92
		Frecuencia esperada	50,8	31,1	8,2	1,8	92,0
		Residuos corregidos	4,3	-2,1	-3,6	-,8	
Total	Recuento	111	68	18	4	201	
	Frecuencia esperada	111,0	68,0	18,0	4,0	201,0	

Tabla 381. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales

			Me dio seguridad la competencia de los profesionales				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	2	4	2	8
		Frecuencia esperada	,0	,3	2,0	5,7	8,0
		Residuos corregidos	-,2	3,4	1,7	-3,0	
	En desacuerdo	Recuento	1	2	10	10	23
		Frecuencia esperada	,1	,8	5,7	16,4	23,0
		Residuos corregidos	2,8	1,5	2,2	-3,1	
	De acuerdo	Recuento	0	2	29	48	79
		Frecuencia esperada	,4	2,7	19,6	56,3	79,0
		Residuos corregidos	-,8	-,6	3,2	-2,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	7	84	92
		Frecuencia esperada	,5	3,2	22,8	65,6	92,0
		Residuos corregidos	-,9	-1,7	-5,2	5,8	
Total	Recuento		1	7	50	144	202
	Frecuencia esperada		1,0	7,0	50,0	144,0	202,0

Tabla 382. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto

			Tengo muchos recuerdos positivos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	13	5	5	30
		Frecuencia esperada	2,2	5,8	11,3	10,7	30,0
		Residuos corregidos	3,6	3,6	-2,6	-2,4	
	En desacuerdo	Recuento	3	12	18	7	40
		Frecuencia esperada	3,0	7,7	15,0	14,3	40,0
		Residuos corregidos	,0	1,9	1,1	-2,7	
	De acuerdo	Recuento	3	8	32	24	67
		Frecuencia esperada	5,0	12,9	25,2	23,9	67,0
		Residuos corregidos	-1,1	-1,9	2,1	,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	6	21	36	65
		Frecuencia esperada	4,8	12,5	24,5	23,2	65,0
		Residuos corregidos	-1,6	-2,5	-1,1	4,0	
Total	Recuento		15	39	76	72	202
	Frecuencia esperada		15,0	39,0	76,0	72,0	202,0

Tabla 383. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto

			Tengo muchos recuerdos negativos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	6	10	9	5	30
		Frecuencia esperada	11,1	11,0	6,1	1,8	30,0
		Residuos corregidos	-2,1	-,4	1,4	2,7	
	En desacuerdo	Recuento	9	13	17	2	41
		Frecuencia esperada	15,2	15,0	8,3	2,4	41,0
		Residuos corregidos	-2,3	-,7	3,8	-,3	
	De acuerdo	Recuento	23	30	9	4	66
		Frecuencia esperada	24,5	24,2	13,4	3,9	66,0
		Residuos corregidos	-,5	1,8	-1,6	,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	37	21	6	1	65
		Frecuencia esperada	24,1	23,8	13,2	3,9	65,0
		Residuos corregidos	4,0	-,9	-2,7	-1,8	
Total	Recuento	75	74	41	12	202	
	Frecuencia esperada	75,0	74,0	41,0	12,0	202,0	

Tabla 384. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto

			Me ponen triste algunos recuerdos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	9	11	7	3	30
		Frecuencia esperada	16,6	10,1	2,7	,6	30,0
		Residuos corregidos	-3,0	,4	3,0	3,4	
	En desacuerdo	Recuento	15	21	5	0	41
		Frecuencia esperada	22,6	13,9	3,7	,8	41,0
		Residuos corregidos	-2,7	2,6	,8	-1,0	
	De acuerdo	Recuento	38	20	6	1	65
		Frecuencia esperada	35,9	22,0	5,8	1,3	65,0
		Residuos corregidos	,6	-,6	,1	-,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	49	16	0	0	65
		Frecuencia esperada	35,9	22,0	5,8	1,3	65,0
		Residuos corregidos	4,0	-1,9	-3,1	-1,4	
Total	Recuento	111	68	18	4	201	
	Frecuencia esperada	111,0	68,0	18,0	4,0	201,0	

Tabla 385. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales

			Me dio seguridad la competencia de los profesionales				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	6	11	12	30
		Frecuencia esperada	,1	1,0	7,4	21,4	30,0
		Residuos corregidos	2,4	5,4	1,6	-4,1	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	16	24	40
		Frecuencia esperada	,2	1,4	9,9	28,5	40,0
		Residuos corregidos	-,5	-1,3	2,5	-1,8	
	De acuerdo	Recuento	0	1	19	47	67
		Frecuencia esperada	,3	2,3	16,6	47,8	67,0
		Residuos corregidos	-,7	-1,1	,8	-,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	4	61	65
		Frecuencia esperada	,3	2,3	16,1	46,3	65,0
		Residuos corregidos	-,7	-1,9	-4,2	4,9	
Total	Recuento		1	7	50	144	202
	Frecuencia esperada		1,0	7,0	50,0	144,0	202,0

Tabla 386. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Escala de seguridad

			ESCSEG		Total
			1,00	2,00	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	8	21	29
		Frecuencia esperada	3,2	25,8	29,0
		Residuos corregidos	3,1	-3,1	
	En desacuerdo	Recuento	8	33	41
		Frecuencia esperada	4,5	36,5	41,0
		Residuos corregidos	2,0	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	2	65	67
		Frecuencia esperada	7,3	59,7	67,0
		Residuos corregidos	-2,5	2,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	61	65
		Frecuencia esperada	7,1	57,9	65,0
		Residuos corregidos	-1,5	1,5	
Total	Recuento		22	180	202
	Frecuencia esperada		22,0	180,0	202,0

Tabla 387. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Tenía miedo durante el parto

			Tenía miedo durante el parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	5	9	8	23
		Frecuencia esperada	3,1	6,6	8,4	4,9	23,0
		Residuos corregidos	-1,4	-,8	,3	1,7	
	En desacuerdo	Recuento	6	15	21	15	57
		Frecuencia esperada	7,7	16,4	20,7	12,2	57,0
		Residuos corregidos	-,8	-,5	,1	1,1	
	De acuerdo	Recuento	6	14	28	15	63
		Frecuencia esperada	8,5	18,2	22,9	13,5	63,0
		Residuos corregidos	-1,1	-1,4	1,6	,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	14	24	15	5	58
		Frecuencia esperada	7,8	16,7	21,1	12,4	58,0
		Residuos corregidos	2,8	2,5	-2,0	-2,8	
Total	Recuento	27	58	73	43	201	
	Frecuencia esperada	27,0	58,0	73,0	43,0	201,0	

Tabla 388. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto

			Tengo muchos recuerdos positivos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	10	3	4	24
		Frecuencia esperada	1,8	4,6	9,0	8,6	24,0
		Residuos corregidos	4,3	3,0	-2,7	-2,1	
	En desacuerdo	Recuento	6	18	25	8	57
		Frecuencia esperada	4,2	11,0	21,4	20,3	57,0
		Residuos corregidos	1,1	2,8	1,1	-4,0	
	De acuerdo	Recuento	2	8	29	23	62
		Frecuencia esperada	4,6	12,0	23,3	22,1	62,0
		Residuos corregidos	-1,5	-1,5	1,8	,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	3	19	37	59
		Frecuencia esperada	4,4	11,4	22,2	21,0	59,0
		Residuos corregidos	-2,6	-3,3	-1,0	5,2	
Total	Recuento	15	39	76	72	202	
	Frecuencia esperada	15,0	39,0	76,0	72,0	202,0	

Tabla 389. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto

			Tengo muchos recuerdos negativos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	8	6	6	23
		Frecuencia esperada	8,5	8,4	4,7	1,4	23,0
		Residuos corregidos	-2,5	-,2	,7	4,3	
	En desacuerdo	Recuento	12	22	19	4	57
		Frecuencia esperada	21,2	20,9	11,6	3,4	57,0
		Residuos corregidos	-3,0	,4	2,9	,4	
	De acuerdo	Recuento	23	26	12	2	63
		Frecuencia esperada	23,4	23,1	12,8	3,7	63,0
		Residuos corregidos	-,1	,9	-,3	-1,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	37	18	4	0	59
		Frecuencia esperada	21,9	21,6	12,0	3,5	59,0
		Residuos corregidos	4,8	-1,2	-3,1	-2,3	
Total	Recuento	75	74	41	12	202	
	Frecuencia esperada	75,0	74,0	41,0	12,0	202,0	

Tabla 390. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto

			Me ponen triste algunos recuerdos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	10	7	3	24
		Frecuencia esperada	13,3	8,1	2,1	,5	24,0
		Residuos corregidos	-4,0	,9	3,7	3,9	
	En desacuerdo	Recuento	22	25	8	1	56
		Frecuencia esperada	30,9	18,9	5,0	1,1	56,0
		Residuos corregidos	-2,8	2,0	1,6	-,1	
	De acuerdo	Recuento	36	23	3	0	62
		Frecuencia esperada	34,2	21,0	5,6	1,2	62,0
		Residuos corregidos	,5	,7	-1,4	-1,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	49	10	0	0	59
		Frecuencia esperada	32,6	20,0	5,3	1,2	59,0
		Residuos corregidos	5,1	-3,3	-2,9	-1,3	
Total	Recuento	111	68	18	4	201	
	Frecuencia esperada	111,0	68,0	18,0	4,0	201,0	

Tabla 391. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales

			Me dio seguridad la competencia de los profesionales				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	4	7	12	24
		Frecuencia esperada	,1	,8	5,9	17,1	24,0
		Residuos corregidos	2,7	3,8	,5	-2,5	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	19	35	56
		Frecuencia esperada	,3	1,9	13,9	39,9	56,0
		Residuos corregidos	-,6	,1	1,9	-1,7	
	De acuerdo	Recuento	0	0	19	44	63
		Frecuencia esperada	,3	2,2	15,6	44,9	63,0
		Residuos corregidos	-,7	-1,8	1,2	-,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	5	53	59
		Frecuencia esperada	,3	2,0	14,6	42,1	59,0
		Residuos corregidos	-,6	-,9	-3,4	3,7	
Total	Recuento	1	7	50	144	202	
	Frecuencia esperada	1,0	7,0	50,0	144,0	202,0	

Tabla 392. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales

			ESCSEG		Total
			1,00	2,00	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	9	14	23
		Frecuencia esperada	2,5	20,5	23,0
		Residuos corregidos	4,6	-4,6	
	En desacuerdo	Recuento	11	46	57
		Frecuencia esperada	6,2	50,8	57,0
		Residuos corregidos	2,4	-2,4	
	De acuerdo	Recuento	2	61	63
		Frecuencia esperada	6,9	56,1	63,0
		Residuos corregidos	-2,4	2,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	59	59
		Frecuencia esperada	6,4	52,6	59,0
		Residuos corregidos	-3,2	3,2	
Total	Recuento	22	180	202	
	Frecuencia esperada	22,0	180,0	202,0	

Tabla 393. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Tengo muchos recuerdos positivos del parto

			Tengo muchos recuerdos positivos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	11	5	2	23
		Frecuencia esperada	1,7	4,4	8,7	8,2	23,0
		Residuos corregidos	2,8	3,7	-1,7	-2,9	
	En desacuerdo	Recuento	5	7	10	8	30
		Frecuencia esperada	2,2	5,8	11,3	10,7	30,0
		Residuos corregidos	2,1	,6	-,5	-1,1	
	De acuerdo	Recuento	4	18	32	23	77
		Frecuencia esperada	5,7	14,9	29,0	27,4	77,0
		Residuos corregidos	-,9	1,2	,9	-1,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	3	29	39	72
		Frecuencia esperada	5,3	13,9	27,1	25,7	72,0
		Residuos corregidos	-2,4	-4,1	,6	4,1	
Total	Recuento	15	39	76	72	202	
	Frecuencia esperada	15,0	39,0	76,0	72,0	202,0	

Tabla 394. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Tengo muchos recuerdos negativos del parto

			Tengo muchos recuerdos negativos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con sun proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	7	8	4	23
		Frecuencia esperada	8,5	8,4	4,7	1,4	23,0
		Residuos corregidos	-2,1	-,7	1,8	2,5	
	En desacuerdo	Recuento	8	11	9	2	30
		Frecuencia esperada	11,1	11,0	6,1	1,8	30,0
		Residuos corregidos	-1,3	,0	1,4	,2	
	De acuerdo	Recuento	23	30	21	3	77
		Frecuencia esperada	28,6	28,2	15,6	4,6	77,0
		Residuos corregidos	-1,7	,5	1,9	-1,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	40	26	3	3	72
		Frecuencia esperada	26,7	26,4	14,6	4,3	72,0
		Residuos corregidos	4,0	-,1	-4,2	-,8	
Total	Recuento	75	74	41	12	202	
	Frecuencia esperada	75,0	74,0	41,0	12,0	202,0	

Tabla 395. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me ponen triste algunos recuerdos del parto

			Me ponen triste algunos recuerdos del parto				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	6	9	6	2	23
		Frecuencia esperada	12,7	7,8	2,1	,5	23,0
		Residuos corregidos	-3,0	,6	3,1	2,4	
	En desacuerdo	Recuento	12	14	4	0	30
		Frecuencia esperada	16,6	10,1	2,7	,6	30,0
		Residuos corregidos	-1,8	1,6	,9	-,8	
	De acuerdo	Recuento	37	31	7	1	76
		Frecuencia esperada	42,0	25,7	6,8	1,5	76,0
		Residuos corregidos	-1,5	1,6	,1	-,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	56	14	1	1	72
		Frecuencia esperada	39,8	24,4	6,4	1,4	72,0
		Residuos corregidos	4,8	-3,2	-2,8	-,5	
Total	Recuento	111	68	18	4	201	
	Frecuencia esperada	111,0	68,0	18,0	4,0	201,0	

Tabla 396. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me dio seguridad la competencia de los profesionales

			Me dio seguridad la competencia de los profesionales				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	4	10	8	23
		Frecuencia esperada	,1	,8	5,7	16,4	23,0
		Residuos corregidos	2,8	3,9	2,2	-4,1	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	10	18	29
		Frecuencia esperada	,1	1,0	7,2	20,7	29,0
		Residuos corregidos	-4	,0	1,3	-1,2	
	De acuerdo	Recuento	0	2	22	54	78
		Frecuencia esperada	,4	2,7	19,3	55,6	78,0
		Residuos corregidos	-8	-6	,9	-,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	0	8	64	72
		Frecuencia esperada	,4	2,5	17,8	51,3	72,0
		Residuos corregidos	-,7	-2,0	-3,3	4,1	
Total	Recuento	1	7	50	144	202	
	Frecuencia esperada	1,0	7,0	50,0	144,0	202,0	

Tabla 397. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Escala de seguridad

			ESCSEG		Total
			1,00	2,00	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	15	22
		Frecuencia esperada	2,4	19,6	22,0
		Residuos corregidos	3,3	-3,3	
	En desacuerdo	Recuento	4	26	30
		Frecuencia esperada	3,3	26,7	30,0
		Residuos corregidos	,5	-,5	
	De acuerdo	Recuento	9	69	78
		Frecuencia esperada	8,5	69,5	78,0
		Residuos corregidos	,2	-,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	70	72
		Frecuencia esperada	7,8	64,2	72,0
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
Total	Recuento	22	180	202	
	Frecuencia esperada	22,0	180,0	202,0	

En cuanto a la subescala de “Percepción de seguridad” de la mujer en el parto, con los ítems que suponen una menor percepción de seguridad (recuerdos negativos, sentir miedo, un nivel bajo en la escala de seguridad,...) se observa que no se ven cumplidas las expectativas de la mujer con su parto, mientras que con los ítems que indican una mayor percepción de seguridad (recuerdos positivos, sentirse feliz, un nivel alto en la escala de seguridad,...) vemos un mayor cumplimiento de las expectativas de la mujer con su parto.

1.11.12. Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto y la participación de la mujer

Tabla 398. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Participación de la mujer	Participación de la mujer 1	Participación de la mujer 2	Participación de la mujer 3
Expectativas de la mujer	P	P	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,256	0,066	0,039
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,002	0,011	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,003	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,003	0,05	0,007

Aparecen en negrita los ítems cuyos resultados son estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Los ítems de la subescala “Participación de la mujer” son los siguientes:

- “Participación de la mujer 1”: Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada.
- “Participación de la mujer 2”: Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé.
- “Participación de la mujer 3”: Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor.

Tabla 399. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor

			Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	3	1	3	8
		Frecuencia esperada	,7	1,5	2,7	3,2	8,0
		Residuos corregidos	,4	1,4	-1,3	-,1	
	En desacuerdo	Recuento	3	5	11	4	23
		Frecuencia esperada	2,0	4,2	7,7	9,1	23,0
		Residuos corregidos	,7	,5	1,5	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	9	16	30	24	79
		Frecuencia esperada	7,0	14,4	26,5	31,1	79,0
		Residuos corregidos	1,0	,6	1,1	-2,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	13	26	49	93
		Frecuencia esperada	8,2	17,0	31,2	36,7	93,0
		Residuos corregidos	-1,6	-1,4	-1,5	3,6	
Total	Recuento	18	37	68	80	203	
	Frecuencia esperada	18,0	37,0	68,0	80,0	203,0	

Tabla 400. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada

			Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	6	6	11	30
		Frecuencia esperada	2,7	6,5	11,9	8,9	30,0
		Residuos corregidos	3,0	-,3	-2,4	,9	
	En desacuerdo	Recuento	4	11	19	7	41
		Frecuencia esperada	3,7	8,9	16,2	12,2	41,0
		Residuos corregidos	,2	,9	1,0	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	4	16	34	13	67
		Frecuencia esperada	6,0	14,6	26,5	19,9	67,0
		Residuos corregidos	-1,0	,5	2,3	-2,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	11	21	29	64
		Frecuencia esperada	5,7	13,9	25,3	19,0	64,0
		Residuos corregidos	-1,4	-1,1	-1,3	3,3	
Total	Recuento	18	44	80	60	202	
	Frecuencia esperada	18,0	44,0	80,0	60,0	202,0	

Tabla 401. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé

			Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	10	7	6	30
		Frecuencia esperada	3,5	9,2	8,9	8,3	30,0
		Residuos corregidos	2,2	,3	-,8	-1,0	
	En desacuerdo	Recuento	5	16	12	7	40
		Frecuencia esperada	4,6	12,3	11,9	11,1	40,0
		Residuos corregidos	,2	1,4	,0	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	6	19	26	13	64
		Frecuencia esperada	7,4	19,7	19,1	17,8	64,0
		Residuos corregidos	-,7	-,2	2,3	-1,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	16	14	29	64
		Frecuencia esperada	7,4	19,7	19,1	17,8	64,0
		Residuos corregidos	-1,2	-1,2	-1,7	3,8	
Total	Recuento	23	61	59	55	198	
	Frecuencia esperada	23,0	61,0	59,0	55,0	198,0	

Tabla 402. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor

			Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	6	7	10	30
		Frecuencia esperada	2,7	5,5	10,0	11,8	30,0
		Residuos corregidos	3,0	,3	-1,3	-,7	
	En desacuerdo	Recuento	5	11	17	8	41
		Frecuencia esperada	3,6	7,5	13,7	16,2	41,0
		Residuos corregidos	,8	1,6	1,2	-2,9	
	De acuerdo	Recuento	4	12	29	22	67
		Frecuencia esperada	5,9	12,2	22,4	26,4	67,0
		Residuos corregidos	-1,0	-,1	2,1	-1,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	8	15	40	65
		Frecuencia esperada	5,8	11,8	21,8	25,6	65,0
		Residuos corregidos	-2,0	-1,5	-2,2	4,4	
Total	Recuento	18	37	68	80	203	
	Frecuencia esperada	18,0	37,0	68,0	80,0	203,0	

Tabla 403. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada

			Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	7	6	6	24
		Frecuencia esperada	2,1	5,2	9,5	7,1	24,0
		Residuos corregidos	2,2	,9	-1,6	-,5	
	En desacuerdo	Recuento	3	20	23	11	57
		Frecuencia esperada	5,1	12,4	22,6	16,9	57,0
		Residuos corregidos	-1,1	2,9	,1	-2,0	
	De acuerdo	Recuento	6	12	29	16	63
		Frecuencia esperada	5,6	13,7	25,0	18,7	63,0
		Residuos corregidos	,2	-,6	1,3	-,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	5	22	27	58
		Frecuencia esperada	5,2	12,6	23,0	17,2	58,0
		Residuos corregidos	-,6	-2,9	-,3	3,3	
Total	Recuento	18	44	80	60	202	
	Frecuencia esperada	18,0	44,0	80,0	60,0	202,0	

Tabla 404. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé

			Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	8	6	3	24
		Frecuencia esperada	2,8	7,4	7,2	6,7	24,0
		Residuos corregidos	2,9	,3	-,5	-1,8	
	En desacuerdo	Recuento	8	24	15	9	56
		Frecuencia esperada	6,5	17,3	16,7	15,6	56,0
		Residuos corregidos	,7	2,3	-,6	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	4	17	25	15	61
		Frecuencia esperada	7,1	18,8	18,2	16,9	61,0
		Residuos corregidos	-1,5	-,6	2,3	-,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	12	13	28	57
		Frecuencia esperada	6,6	17,6	17,0	15,8	57,0
		Residuos corregidos	-1,3	-1,9	-1,4	4,3	
Total	Recuento	23	61	59	55	198	
	Frecuencia esperada	23,0	61,0	59,0	55,0	198,0	

Tabla 405. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor

			Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	6	5	6	24
		Frecuencia esperada	2,1	4,4	8,0	9,5	24,0
		Residuos corregidos	3,7	,9	-1,4	-1,5	
	En desacuerdo	Recuento	7	13	22	15	57
		Frecuencia esperada	5,1	10,4	19,1	22,5	57,0
		Residuos corregidos	1,1	1,1	1,0	-2,4	
	De acuerdo	Recuento	1	13	28	21	63
		Frecuencia esperada	5,6	11,5	21,1	24,8	63,0
		Residuos corregidos	-2,4	,6	2,2	-1,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	5	13	38	59
		Frecuencia esperada	5,2	10,8	19,8	23,3	59,0
		Residuos corregidos	-1,2	-2,3	-2,2	4,7	
Total	Recuento	18	37	68	80	203	
	Frecuencia esperada	18,0	37,0	68,0	80,0	203,0	

Tabla 406. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada

			Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	8	3	8	23
		Frecuencia esperada	2,0	5,0	9,1	6,8	23,0
		Residuos corregidos	1,5	1,6	-2,8	,6	
	En desacuerdo	Recuento	3	5	17	5	30
		Frecuencia esperada	2,7	6,5	11,9	8,9	30,0
		Residuos corregidos	,2	-,7	2,1	-1,7	
	De acuerdo	Recuento	7	21	35	15	78
		Frecuencia esperada	7,0	17,0	30,9	23,2	78,0
		Residuos corregidos	,0	1,4	1,2	-2,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	10	25	32	71
		Frecuencia esperada	6,3	15,5	28,1	21,1	71,0
		Residuos corregidos	-1,2	-2,0	-,9	3,5	
Total	Recuento	18	44	80	60	202	
	Frecuencia esperada	18,0	44,0	80,0	60,0	202,0	

Tabla 407. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé

			Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	6	7	5	4	22
		Frecuencia esperada	2,6	6,8	6,6	6,1	22,0
		Residuos corregidos	2,4	,1	-,8	-1,1	
	En desacuerdo	Recuento	3	10	10	7	30
		Frecuencia esperada	3,5	9,2	8,9	8,3	30,0
		Residuos corregidos	-,3	,3	,5	-,6	
	De acuerdo	Recuento	7	28	26	15	76
		Frecuencia esperada	8,8	23,4	22,6	21,1	76,0
		Residuos corregidos	-,8	1,5	1,1	-2,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	7	16	18	29	70
		Frecuencia esperada	8,1	21,6	20,9	19,4	70,0
		Residuos corregidos	-,5	-1,8	-,9	3,2	
Total	Recuento	23	61	59	55	198	
	Frecuencia esperada	23,0	61,0	59,0	55,0	198,0	
	Residuos corregidos	-,5	-1,8	-,9	3,2		

Tabla 408. Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 y Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor

			Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	4	7	6	6	23
		Frecuencia esperada	2,0	4,2	7,7	9,1	23,0
		Residuos corregidos	1,5	1,6	-,8	-1,4	
	En desacuerdo	Recuento	3	7	14	6	30
		Frecuencia esperada	2,7	5,5	10,0	11,8	30,0
		Residuos corregidos	,2	,8	1,7	-2,4	
	De acuerdo	Recuento	7	14	31	26	78
		Frecuencia esperada	6,9	14,2	26,1	30,7	78,0
		Residuos corregidos	,0	-,1	1,5	-1,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	9	17	42	72
		Frecuencia esperada	6,4	13,1	24,1	28,4	72,0
		Residuos corregidos	-1,2	-1,6	-2,2	4,1	
Total	Recuento	18	37	68	80	203	
	Frecuencia esperada	18,0	37,0	68,0	80,0	203,0	

Como se puede ver en los resultados anteriormente expuestos, las expectativas de la mujer se ven cumplidas cuando puede participar en la toma de decisiones con respecto a su parto.

1.12. La satisfacción de la pareja/acompañante de la mujer durante el parto y puerperio inmediato.

Los ítems que hacen referencia a la subescala “Satisfacción de la pareja” son:

- “Satisfacción de la pareja/acompañante 1”: El apoyo que recibí por parte del equipo sanitario me pareció adecuado.
- “Satisfacción de la pareja/acompañante 2”: Pude estar en todo momento con mi pareja
- “Satisfacción de la pareja/acompañante 3”: Estoy satisfecho del trato recibido y de la atención a mi familia.

1.12.1. Satisfacción de la pareja y las expectativas de la mujer

Tabla 409. Tabla de contingencia Expectativas de la mujer + Satisfacción de la pareja/acompañante	Satisfacción de la pareja/acompañante 1	Satisfacción de la pareja/acompañante 2	Satisfacción de la pareja/acompañante 3
Expectativas de la mujer	P	P	P
Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad	0,0005	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara	0,0005	0,0005	0,0005
Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría	0,0005	0,0005	0,0005
Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada	0,0005	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Tabla 410. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	6	6	13
		Frecuencia esperada	,1	3,4	9,4	13,0
		Residuos corregidos	2,3	1,7	-2,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	16	13	29
		Frecuencia esperada	,3	7,6	21,1	29,0
		Residuos corregidos	-,6	3,7	-3,5	
	De acuerdo	Recuento	2	44	71	117
		Frecuencia esperada	1,3	30,7	85,0	117,0
		Residuos corregidos	,7	3,4	-3,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	26	165	192
		Frecuencia esperada	2,2	50,3	139,5	192,0
		Residuos corregidos	-1,2	-5,9	6,1	
Total	Recuento	4	92	255	351	
	Frecuencia esperada	4,0	92,0	255,0	351,0	

Tabla 411. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	1	6	4	13
		Frecuencia esperada	,3	1,5	3,0	8,2	13,0
		Residuos corregidos	3,2	-,4	2,0	-2,5	
	En desacuerdo	Recuento	1	8	8	12	29
		Frecuencia esperada	,7	3,3	6,7	18,3	29,0
		Residuos corregidos	,4	2,9	,6	-2,6	
	De acuerdo	Recuento	2	23	36	55	116
		Frecuencia esperada	2,6	13,2	26,8	73,4	116,0
		Residuos corregidos	-,5	3,5	2,5	-4,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	8	31	151	193
		Frecuencia esperada	4,4	22,0	44,5	122,1	193,0
		Residuos corregidos	-1,0	-4,7	-3,4	6,4	
Total	Recuento	8	40	81	222	351	
	Frecuencia esperada	8,0	40,0	81,0	222,0	351,0	

Tabla 412. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 1

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto ³				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto ¹	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	3	4	4	13
		Frecuencia esperada	,2	,3	3,3	9,2	13,0
		Residuos corregidos	4,3	5,1	,4	-3,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	12	15	29
		Frecuencia esperada	,4	,7	7,5	20,5	29,0
		Residuos corregidos	-,7	1,7	2,0	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	2	1	46	68	117
		Frecuencia esperada	1,7	2,7	30,1	82,6	117,0
		Residuos corregidos	,3	-1,3	4,1	-3,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	2	28	160	191
		Frecuencia esperada	2,7	4,4	49,1	134,8	191,0
		Residuos corregidos	-1,6	-1,7	-5,2	5,9	
Total		Recuento	5	8	90	247	350
		Frecuencia esperada	5,0	8,0	90,0	247,0	350,0

Tabla 413. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto ¹			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto ²	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	16	21	39
		Frecuencia esperada	,4	10,2	28,3	39,0
		Residuos corregidos	2,5	2,2	-2,8	
	En desacuerdo	Recuento	0	25	29	54
		Frecuencia esperada	,6	14,2	39,2	54,0
		Residuos corregidos	-,9	3,6	-3,4	
	De acuerdo	Recuento	2	32	75	109
		Frecuencia esperada	1,2	28,6	79,2	109,0
		Residuos corregidos	,8	,9	-1,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	19	130	149
		Frecuencia esperada	1,7	39,1	108,2	149,0
		Residuos corregidos	-1,7	-4,9	5,3	
Total		Recuento	4	92	255	351
		Frecuencia esperada	4,0	92,0	255,0	351,0

Tabla 414. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	8	14	14	39
		Frecuencia esperada	,9	4,4	9,0	24,7	39,0
		Residuos corregidos	2,4	1,9	2,0	-3,8	
	En desacuerdo	Recuento	2	12	15	25	54
		Frecuencia esperada	1,2	6,2	12,5	34,2	54,0
		Residuos corregidos	,8	2,7	,9	-2,8	
	De acuerdo	Recuento	1	14	32	61	108
		Frecuencia esperada	2,5	12,3	24,9	68,3	108,0
		Residuos corregidos	-1,1	,6	1,9	-1,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	6	20	122	150
		Frecuencia esperada	3,4	17,1	34,6	94,9	150,0
		Residuos corregidos	-1,0	-3,8	-3,7	6,1	
Total	Recuento	8	40	81	222	351	
	Frecuencia esperada	8,0	40,0	81,0	222,0	351,0	

Tabla 415. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 2

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	3	16	17	39
		Frecuencia esperada	,6	,9	10,0	27,5	39,0
		Residuos corregidos	3,5	2,4	2,3	-3,9	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	22	30	54
		Frecuencia esperada	,8	1,2	13,9	38,1	54,0
		Residuos corregidos	-1,0	,8	2,7	-2,6	
	De acuerdo	Recuento	2	1	33	73	109
		Frecuencia esperada	1,6	2,5	28,0	76,9	109,0
		Residuos corregidos	,4	-1,2	1,3	-1,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	2	19	127	148
		Frecuencia esperada	2,1	3,4	38,1	104,4	148,0
		Residuos corregidos	-1,9	-1,0	-4,7	5,4	
Total	Recuento	5	8	90	247	350	
	Frecuencia esperada	5,0	8,0	90,0	247,0	350,0	

Tabla 416. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	13	16	30
		Frecuencia esperada	,3	7,8	21,8	30,0
		Residuos corregidos	1,2	2,2	-2,5	
	En desacuerdo	Recuento	1	27	47	75
		Frecuencia esperada	,9	19,6	54,5	75,0
		Residuos corregidos	,2	2,2	-2,2	
	De acuerdo	Recuento	2	34	70	106
		Frecuencia esperada	1,2	27,7	77,1	106,0
		Residuos corregidos	,9	1,7	-1,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	18	123	141
		Frecuencia esperada	1,6	36,9	102,5	141,0
		Residuos corregidos	-1,6	-4,7	5,0	
Total	Recuento	4	92	256	352	
	Frecuencia esperada	4,0	92,0	256,0	352,0	

Tabla 417. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	5	9	14	30
		Frecuencia esperada	,7	3,4	6,9	19,0	30,0
		Residuos corregidos	1,7	,9	,9	-2,0	
	En desacuerdo	Recuento	3	20	17	35	75
		Frecuencia esperada	1,7	8,5	17,3	47,4	75,0
		Residuos corregidos	1,1	4,7	-,1	-3,4	
	De acuerdo	Recuento	2	9	35	58	104
		Frecuencia esperada	2,4	11,9	24,0	65,8	104,0
		Residuos corregidos	-,3	-1,0	3,1	-1,9	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	6	20	115	142
		Frecuencia esperada	3,2	16,2	32,8	89,8	142,0
		Residuos corregidos	-1,6	-3,5	-3,3	5,7	
Total	Recuento	8	40	81	222	351	
	Frecuencia esperada	8,0	40,0	81,0	222,0	351,0	

Tabla 418. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 3

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto ³				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	2	12	14	30
		Frecuencia esperada	,4	,7	7,7	21,2	30,0
		Residuos corregidos	2,5	1,7	1,9	-3,0	
	En desacuerdo	Recuento	1	3	20	51	75
		Frecuencia esperada	1,1	1,7	19,2	53,0	75,0
		Residuos corregidos	-,1	1,1	,2	-,6	
	De acuerdo	Recuento	2	2	40	62	106
		Frecuencia esperada	1,5	2,4	27,2	74,9	106,0
		Residuos corregidos	,5	-,3	3,4	-3,3	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	0	1	18	121	140
		Frecuencia esperada	2,0	3,2	35,9	98,9	140,0
		Residuos corregidos	-1,8	-1,6	-4,5	5,3	
Total		Recuento	5	8	90	248	351
		Frecuencia esperada	5,0	8,0	90,0	248,0	351,0

Tabla 419. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto ¹			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	12	15	28
		Frecuencia esperada	,3	7,3	20,3	28,0
		Residuos corregidos	1,3	2,1	-2,4	
	En desacuerdo	Recuento	0	13	26	39
		Frecuencia esperada	,4	10,2	28,3	39,0
		Residuos corregidos	-,7	1,1	-,9	
	De acuerdo	Recuento	2	42	67	111
		Frecuencia esperada	1,3	29,1	80,6	111,0
		Residuos corregidos	,8	3,4	-3,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	25	147	173
		Frecuencia esperada	2,0	45,3	125,7	173,0
		Residuos corregidos	-1,0	-4,9	5,1	
Total		Recuento	4	92	255	351
		Frecuencia esperada	4,0	92,0	255,0	351,0

Tabla 420. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	4	10	11	28
		Frecuencia esperada	,6	3,2	6,5	17,7	28,0
		Residuos corregidos	3,1	,5	1,7	-2,7	
	En desacuerdo	Recuento	0	9	10	20	39
		Frecuencia esperada	,9	4,4	9,0	24,7	39,0
		Residuos corregidos	-1,0	2,4	,4	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	3	19	32	56	110
		Frecuencia esperada	2,5	12,5	25,4	69,6	110,0
		Residuos corregidos	,4	2,3	1,8	-3,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	2	8	29	135	174
		Frecuencia esperada	4,0	19,8	40,2	110,1	174,0
		Residuos corregidos	-1,4	-4,0	-2,8	5,5	
Total	Recuento	8	40	81	222	351	
	Frecuencia esperada	8,0	40,0	81,0	222,0	351,0	

Tabla 421. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Expectativas de la mujer con su proceso de parto 4

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4	Totalmente en desacuerdo	Recuento	2	4	9	13	28
		Frecuencia esperada	,4	,6	7,2	19,8	28,0
		Residuos corregidos	2,7	4,4	,8	-2,9	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	14	24	39
		Frecuencia esperada	,6	,9	10,0	27,5	39,0
		Residuos corregidos	-,8	,1	1,5	-1,3	
	De acuerdo	Recuento	2	1	39	69	111
		Frecuencia esperada	1,6	2,5	28,5	78,3	111,0
		Residuos corregidos	,4	-1,2	2,7	-2,4	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	2	28	141	172
		Frecuencia esperada	2,5	3,9	44,2	121,4	172,0
		Residuos corregidos	-1,3	-1,4	-4,0	4,6	
Total	Recuento	5	8	90	247	350	
	Frecuencia esperada	5,0	8,0	90,0	247,0	350,0	

Como se observa en las tablas expuestas, tanto el apoyo por parte de los profesionales al acompañante, como el hecho de que pueda estar todo el tiempo con su pareja y el que el acompañante esté satisfecho permite un mejor cumplimiento de las expectativas de la mujer con respecto a su parto.

1.12.2. Satisfacción de la pareja y el contacto de la madre con el recién nacido

Tabla 422. Tabla de contingencia Contacto de la madre con el recién nacido + Satisfacción de la pareja/acompañante	Satisfacción de la pareja/acompañante 1	Satisfacción de la pareja/acompañante 2	Satisfacción de la pareja/acompañante 3
Contacto de la madre con el recién nacido	P	P	P
Pude ver a mi bebé inmediatamente después de haber dado a luz	0,017	0,0005	0,064

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Se muestran los resultados obtenidos con el ítem positivo de la subescala “Contacto de la madre con el recién nacido” debido a que es el único con el que se han obtenido resultados estadísticamente significativos.

Tabla 423. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Contacto de la madre con el recién nacido 1

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	1	1	2
		Frecuencia esperada	,0	,5	1,5	2,0
		Residuos corregidos	-,2	,8	-,7	
	En desacuerdo	Recuento	0	2	0	2
		Frecuencia esperada	,0	,5	1,5	2,0
		Residuos corregidos	-,2	2,4	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	0	8	5	13
		Frecuencia esperada	,1	3,4	9,5	13,0
		Residuos corregidos	-,4	3,0	-2,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	81	251	336
		Frecuencia esperada	3,8	87,6	244,6	336,0
		Residuos corregidos	,5	-3,7	3,6	
Total	Recuento	4	92	257	353	
	Frecuencia esperada	4,0	92,0	257,0	353,0	

Tabla 424. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Contacto de la madre con el recién nacido 1

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cómo fue el contacto de la madre con el bebé tras el nacimiento1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	0	2	0	2
		Frecuencia esperada	,0	,2	,5	1,3	2,0
		Residuos corregidos	-,2	-,5	2,6	-1,9	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	1	1	2
		Frecuencia esperada	,0	,2	,5	1,3	2,0
		Residuos corregidos	-,2	-,5	,9	-,4	
	De acuerdo	Recuento	0	8	4	1	13
		Frecuencia esperada	,3	1,5	3,0	8,2	13,0
		Residuos corregidos	-,6	5,8	,7	-4,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	8	32	74	221	335
		Frecuencia esperada	7,6	38,1	77,1	212,2	335,0
		Residuos corregidos	,6	-4,8	-1,8	4,5	
Total	Recuento	8	40	81	223	352	
	Frecuencia esperada	8,0	40,0	81,0	223,0	352,0	

El contacto inmediato de la madre con el recién nacido se ve favorecido por el hecho de que el acompañante esté todo el tiempo con ella y de que los profesionales realicen un buen apoyo al acompañante.

1.12.3. Satisfacción de la pareja y el apoyo de la pareja

Tabla 425. Tabla de contingencia Apoyo de la pareja + Satisfacción de la pareja/acompañante	Satisfacción de la pareja/acompañante 1	Satisfacción de la pareja/acompañante 2	Satisfacción de la pareja/acompañante 3
Apoyo de la pareja	P	P	P
Mi pareja me ayudó a comprender lo que ocurría durante el proceso de dilatación	0,017	0,0005	0,064
Mi pareja me apoyó de la mejor manera posible	0,510	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Se muestran los resultados obtenidos con los ítems positivos de la subescala “Apoyo de la pareja” debido a que son los únicos en los que se han obtenido resultados estadísticamente significativos.

Tabla 426. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Apoyo de la pareja 1

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto1			Total
			En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	0	2	6	8
		Frecuencia esperada	,1	2,1	5,8	8,0
		Residuos corregidos	-,3	-,1	,1	
	En desacuerdo	Recuento	0	9	14	23
		Frecuencia esperada	,3	6,0	16,7	23,0
		Residuos corregidos	-,5	1,5	-1,3	
	De acuerdo	Recuento	3	36	43	82
		Frecuencia esperada	,9	21,4	59,7	82,0
		Residuos corregidos	2,4	4,2	-4,7	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	44	191	236
		Frecuencia esperada	2,7	61,5	171,8	236,0
		Residuos corregidos	-1,8	-4,6	4,9	
Total	Recuento	4	91	254	349	
	Frecuencia esperada	4,0	91,0	254,0	349,0	

Tabla 427. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Apoyo de la pareja 1

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	2	5	8
		Frecuencia esperada	,2	,9	1,9	5,1	8,0
		Residuos corregidos	2,0	-1,0	,1	,0	
	En desacuerdo	Recuento	1	4	7	11	23
		Frecuencia esperada	,5	2,6	5,3	14,6	23,0
		Residuos corregidos	,7	1,0	,8	-1,6	
	De acuerdo	Recuento	2	18	28	33	81
		Frecuencia esperada	1,9	9,1	18,8	51,3	81,0
		Residuos corregidos	,1	3,6	2,8	-4,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	17	44	172	237
		Frecuencia esperada	5,4	26,5	55,0	150,1	237,0
		Residuos corregidos	-1,1	-3,5	-3,0	5,2	
Total	Recuento	8	39	81	221	349	
	Frecuencia esperada	8,0	39,0	81,0	221,0	349,0	

Tabla 428. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Apoyo de la pareja 1

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 1	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	3	4	8
		Frecuencia esperada	,1	,2	2,0	5,7	8,0
		Residuos corregidos	2,7	-,4	,8	-1,3	
	En desacuerdo	Recuento	0	1	8	14	23
		Frecuencia esperada	,3	,5	5,9	16,3	23,0
		Residuos corregidos	-,6	,7	1,0	-1,1	
	De acuerdo	Recuento	3	3	39	37	82
		Frecuencia esperada	1,2	1,9	21,0	58,0	82,0
		Residuos corregidos	1,9	,9	5,2	-5,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	1	4	39	191	235
		Frecuencia esperada	3,4	5,4	60,1	166,1	235,0
		Residuos corregidos	-2,3	-1,1	-5,5	6,3	
Total	Recuento		5	8	89	246	348
	Frecuencia esperada		5,0	8,0	89,0	246,0	348,0

Tabla 429. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Apoyo de la pareja 2

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	1	0	2
		Frecuencia esperada	,0	,2	,5	1,3	2,0
		Residuos corregidos	4,5	-,5	,9	-1,9	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	2	1	3
		Frecuencia esperada	,1	,3	,7	1,9	3,0
		Residuos corregidos	-,3	-,6	1,8	-1,1	
	De acuerdo	Recuento	0	7	12	18	37
		Frecuencia esperada	,8	4,2	8,5	23,4	37,0
		Residuos corregidos	-1,0	1,5	1,4	-2,0	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	7	33	66	204	310
		Frecuencia esperada	7,0	35,2	71,3	196,4	310,0
		Residuos corregidos	-,1	-1,2	-2,1	2,6	
Total	Recuento		8	40	81	223	352
	Frecuencia esperada		8,0	40,0	81,0	223,0	352,0

Tabla 430. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Apoyo de la pareja 2

			Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto3				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Cómo fue el apoyo del marido durante el proceso del parto 2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	1	0	1	0	2
		Frecuencia esperada	,0	,0	,5	1,4	2,0
		Residuos corregidos	5,8	-,2	,8	-2,2	
	En desacuerdo	Recuento	0	0	2	1	3
		Frecuencia esperada	,0	,1	,8	2,1	3,0
		Residuos corregidos	-,2	-,3	1,6	-1,4	
	De acuerdo	Recuento	1	1	13	23	38
		Frecuencia esperada	,5	,9	9,7	26,9	38,0
		Residuos corregidos	,7	,2	1,3	-1,5	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	3	7	74	225	309
		Frecuencia esperada	4,4	7,0	79,0	218,6	309,0
		Residuos corregidos	-1,9	,0	-1,9	2,3	
Total	Recuento	5	8	90	249	352	
	Frecuencia esperada	5,0	8,0	90,0	249,0	352,0	

En los resultados anteriormente expuestos vemos que se obtiene un mejor apoyo de la pareja hacia la mujer si los profesionales le han proporcionado un buen apoyo a la pareja, si ha estado todo el tiempo con ella y si se ha sentido satisfecho con el trato recibido y en general con todo el proceso de parto.

1.12.3. Satisfacción de la pareja y el modelo de asistencia al parto

Tabla 431. Tabla de contingencia Modelos de atención al parto + Satisfacción de la pareja/acompañante	Satisfacción de la pareja/acompañante 1	Satisfacción de la pareja/acompañante 2	Satisfacción de la pareja/acompañante 3
	P	P	P
Modelos de atención al parto	0,006	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Tabla 432. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Modelo de asistencia al parto

			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torreveja	
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto ¹	En desacuerdo	Recuento	4	0	4
		Frecuencia esperada	1,8	2,2	4,0
		Residuos corregidos	2,3	-2,3	
	De acuerdo	Recuento	49	43	92
		Frecuencia esperada	40,3	51,7	92,0
		Residuos corregidos	2,1	-2,1	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	102	156	258
		Frecuencia esperada	113,0	145,0	258,0
		Residuos corregidos	-2,6	2,6	
Total	Recuento	155	199	354	
	Frecuencia esperada	155,0	199,0	354,0	

Tabla 433. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Modelo de asistencia al parto

			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torre vieja	
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	7	1	8
		Frecuencia esperada	3,5	4,5	8,0
		Residuos corregidos	2,5	-2,5	
	En desacuerdo	Recuento	26	14	40
		Frecuencia esperada	17,3	22,7	40,0
		Residuos corregidos	2,9	-2,9	
	De acuerdo	Recuento	40	41	81
		Frecuencia esperada	35,1	45,9	81,0
		Residuos corregidos	1,2	-1,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	80	144	224
		Frecuencia esperada	97,1	126,9	224,0
		Residuos corregidos	-3,8	3,8	
Total		Recuento	153	200	353
		Frecuencia esperada	153,0	200,0	353,0

Tabla 434. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Modelo de asistencia al parto

			Hospital del estudio		Total
			Arrixaca	Torre vieja	
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	5	0	5
		Frecuencia esperada	2,2	2,8	5,0
		Residuos corregidos	2,5	-2,5	
	En desacuerdo	Recuento	7	1	8
		Frecuencia esperada	3,5	4,5	8,0
		Residuos corregidos	2,5	-2,5	
	De acuerdo	Recuento	51	39	90
		Frecuencia esperada	39,5	50,5	90,0
		Residuos corregidos	2,8	-2,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	92	158	250
		Frecuencia esperada	109,8	140,2	250,0
		Residuos corregidos	-4,2	4,2	
Total		Recuento	155	198	353
		Frecuencia esperada	155,0	198,0	353,0

Como se observa en las tablas anteriormente expuestas la satisfacción de la pareja es mayor en el modelo humanizado.

1.12.4. Satisfacción de la pareja y la satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato

Tabla 435. Tabla de contingencia Satisfacción general de la mujer + Satisfacción de la pareja/acompañante	Satisfacción de la pareja/acompañante 1	Satisfacción de la pareja/acompañante 2	Satisfacción de la pareja/acompañante 3
	P	P	P
Satisfacción general de la mujer 1	0,0005	0,0005	0,0005

Aparecen en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Tabla 436. Satisfacción de la pareja/acompañante 1 y Satisfacción general de la mujer

			Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto1	En desacuerdo	Recuento	2	0	1	1	4
		Frecuencia esperada	,1	,3	1,2	2,4	4,0
		Residuos corregidos	5,2	-,5	-,2	-1,4	
	De acuerdo	Recuento	5	12	51	24	92
		Frecuencia esperada	3,1	6,0	27,5	55,4	92,0
		Residuos corregidos	1,3	3,0	6,2	-7,8	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	5	11	54	188	258
		Frecuencia esperada	8,7	16,8	77,3	155,2	258,0
		Residuos corregidos	-2,5	-2,8	-6,1	8,0	
Total	Recuento		12	23	106	213	354
	Frecuencia esperada		12,0	23,0	106,0	213,0	354,0

Tabla 437. Satisfacción de la pareja/acompañante 2 y Satisfacción general de la mujer

			Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto2	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	1	2	2	8
		Frecuencia esperada	,3	,5	2,4	4,8	8,0
		Residuos corregidos	5,4	,7	-,3	-2,1	
	En desacuerdo	Recuento	1	5	18	16	40
		Frecuencia esperada	1,4	2,6	11,9	24,1	40,0
		Residuos corregidos	-,3	1,6	2,2	-2,8	
	De acuerdo	Recuento	4	4	38	35	81
		Frecuencia esperada	2,8	5,3	24,1	48,9	81,0
		Residuos corregidos	,9	-,7	3,9	-3,6	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	13	47	160	224
		Frecuencia esperada	7,6	14,6	66,6	135,2	224,0
		Residuos corregidos	-2,2	-,7	-4,7	5,6	
Total	Recuento	12	23	105	213	353	
	Frecuencia esperada	12,0	23,0	105,0	213,0	353,0	

Tabla 438. Satisfacción de la pareja/acompañante 3 y Satisfacción general de la mujer 1

			Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1				Total
			Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Satisfacción de la pareja o acompañante con la atención recibida durante el parto3	Totalmente en desacuerdo	Recuento	3	0	2	0	5
		Frecuencia esperada	,2	,3	1,5	3,0	5,0
		Residuos corregidos	7,0	-,6	,5	-2,8	
	En desacuerdo	Recuento	2	2	1	3	8
		Frecuencia esperada	,3	,5	2,4	4,8	8,0
		Residuos corregidos	3,4	2,1	-1,1	-1,3	
	De acuerdo	Recuento	3	12	46	29	90
		Frecuencia esperada	3,1	5,9	27,0	54,1	90,0
		Residuos corregidos	,0	3,0	5,1	-6,2	
	Totalmente de acuerdo	Recuento	4	9	57	180	250
		Frecuencia esperada	8,5	16,3	75,1	150,1	250,0
		Residuos corregidos	-2,9	-3,5	-4,6	7,1	
Total	Recuento	12	23	106	212	353	
	Frecuencia esperada	12,0	23,0	106,0	212,0	353,0	

La satisfacción general de la mujer es mayor, como se puede ver en los resultados, cuando se realiza un buen apoyo por parte de los profesionales a la pareja/acompañante, cuando está todo el tiempo con ella y cuando el acompañante está satisfecho con el trato dado a la mujer.

CAPÍTULO 2

DISCUSIÓN

A continuación se expone la interpretación dada a los resultados obtenidos en la investigación y se contrastarán con los obtenidos por otros autores.

2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

Comenzaremos con el análisis descriptivo de: la comparativa de las variables sociodemográficas y de los resultados obstétricos.

2.1.1. Comparativa de las variables sociodemográficas

Con respecto a las características sociodemográficas sólo existe diferencia estadísticamente significativa en el país de origen de las mujeres del estudio, presentándose 51 mujeres (25,3 %) de países de Europa distintos de España en el Hospital de Torrevieja mientras que en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca sólo hubieron 8 (3,9%) con esta procedencia ($P=0,0005$). Aunque exista esta diferencia, se ha visto que el país de origen no influye en la satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto con lo que no constituiría un sesgo en la comparativa de la población a la que se refiere el presente estudio. Otros autores tampoco han observado diferencias en la satisfacción de la mujer por su diferente país de origen, de hecho, la cultura y etnicidad parecen jugar un rol en tanto que afectan a las actitudes y comportamientos de los cuidadores hacia las mujeres, y en particular en su habilidad para comunicarse con ellas y hacerlas participar en las decisiones sobre su

cuidado (Sadler et al., 2001; Hodnett, 2002). Tampoco el hecho de tener una lengua diferente se vio que influyese en la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto (Waldenström et al., 2006).

2.1.2. COMPARATIVA DE LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS

En el Hospital de Torrevieja (modelo humanizado) observamos unos mejores resultados obstétricos: el respeto a la fisiología del parto permite un inicio espontáneo del mismo en un 67,8% de los partos de la muestra del presente estudio, menor uso de analgesia regional, mayor número de partos eutócicos, menor número de partos instrumentales, menor duración del parto, menor número de episiotomías y con unos resultados neonatales similares al modelo biomédico. En la bibliografía encontramos que en modelos dirigidos por matronas se obtienen unos resultados obstétricos similares al del modelo humanizado del presente estudio: mayor número de partos vaginales espontáneos, las mujeres menos propensas a recibir analgésicos regionales durante el parto y a requerir episiotomía, y no se evidencian diferencias en los resultados neonatales (Hattem et al., 2008; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Una de las razones por las que podríamos pensar que es recomendable estimular los partos sería para que fuesen de menor duración, pero esto no es así, ya que, hemos observado que en el modelo humanizado en que se dejan evolucionar según su fisiología, los partos son de menor duración.

2.2. SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON SU PROCESO DE DILATACIÓN, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO EN LOS MODELOS DE ATENCIÓN AL PARTO QUE SE COMPARAN EN EL PRESENTE ESTUDIO

2.2.1. Comparativa de la satisfacción de las madres según la puntuación global del cuestionario “WOMBLSQ”

En este estudio se evidencia que el modelo de asistencia al parto no sólo repercute en los resultados obstétricos sino también en la satisfacción de la mujer con su experiencia del parto. Se observa una mayor satisfacción de las mujeres en el modelo de parto humanizado. Otros autores también han visto que un alto nivel de

intervencionismo en el parto de bajo riesgo puede llevar a insatisfacción de la mujer y su familia (Green et al., 1990; Waldenström, 2004).

2.2.2. Relación de la satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato y las variables sociodemográficas

Los resultados del presente estudio muestran una relación entre la paridad, estado civil, nivel educativo y asistencia a clases de preparación al parto y la satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación y parto.

En este estudio en las mujeres multíparas se obtiene una satisfacción general más elevada que en las primíparas. Esto puede ser debido a que las primíparas tienen partos más difíciles, sobretodo en el modelo biomédico (mayor porcentaje de partos inducidos o estimulados, partos instrumentados, cesáreas y episiotomías) como se puede ver en las Tablas 138 y 140. Otros autores también han observado esta mayor dificultad en los partos de las mujeres primíparas (Green et al., 1990; Waldenström, 2003). En la bibliografía, encontramos estudios con el mismo resultado que en el nuestro, donde se ha descrito una mayor satisfacción en las mujeres multíparas con respecto a las primíparas (Green et al. 1990, 1998; Hodnett, 2002; Waldenström, 2003; Rijnders et al., 2008). De hecho, se observa una tendencia en las madres primíparas a realizar evaluaciones más negativas acerca de sus experiencias del parto (Wijma et al., 1998; Waldenström, 1999; Green and Baston, 2003; Rijnders et al., 2008). Otros autores, sin embargo, han observado una mayor satisfacción general con su parto en las madres primíparas que en las multíparas (Soares et al., 2004). Por otra parte, en otros estudios no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la paridad y la satisfacción general de la mujer con su experiencia del parto (Séguin et al., 1989; Ranta et al., 1995; Waldenström et al., 1996; Pelkonen, 1998; van Teijlingen et al., 2003; Waldenström et al., 2006).

En cuanto al estado civil, en nuestro estudio se observa una mayor satisfacción general en las mujeres con una pareja estable. En la bibliografía también se ha encontrado un estudio en el que se ve que el estado civil de soltera influye negativamente en la satisfacción de la mujer (Waldenström et al., 2006).

El nivel educativo de la mujer está relacionado con la satisfacción general de la mujer con el parto en este estudio, apareciendo un mayor nivel de satisfacción en las mujeres con un mayor nivel educativo y una menor satisfacción general en las mujeres con un menor nivel educativo. En la bibliografía encontramos que las mujeres con un nivel educativo mayor presentaban una mayor satisfacción global (Goodman et al., 2004) y un bajo nivel educativo influía negativamente en la satisfacción de la mujer con su proceso de parto (Waldenström et al., 2006). Otros autores encontraron también que existía relación entre un nivel educativo bajo y la satisfacción de la mujer en el parto (Dannenbring et al., 1997; Waldenström, 1999) y sin embargo otros no encontraron relación (Green et al., 1990; Mackey, 1995).

La no asistencia a clases de preparación al parto aparece relacionada en nuestro estudio con una menor satisfacción de la mujer con su experiencia de parto. Esto es debido a que un mayor conocimiento sobre el proceso de dilatación, parto, y puerperio inmediato aumenta su propia capacidad, la hace sentirse más segura y la ayuda a mantener el control durante el parto, propiciando todo ello una experiencia positiva de su parto (Enkin et al., 1995; McCourt, 1998). Otros estudios mostraron que las mujeres que habían recibido clases de preparación al parto presentaban una mayor satisfacción global con la experiencia del parto (Goodman et al., 2004) mientras que en otros no se encontraron o se encontraron pocas relaciones entre la satisfacción y las clases de preparación al parto (Hodnett, 2002).

En nuestro estudio no se encontraron relaciones entre la situación laboral y la satisfacción general de la mujer con su proceso de parto, sin embargo, otros estudios sí observaron que el desempleo influye negativamente en la satisfacción general de la mujer con su proceso de parto, mientras que aparece una mayor satisfacción en las mujeres que tenían trabajo (Goodman et al., 2004; Waldenström et al., 2006).

2.2.3. Relación de la satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato y los datos del parto

Aunque pensábamos que podría influir negativamente un inicio del parto estimulado o inducido en la satisfacción general de la mujer con su experiencia del parto, observamos que en nuestro estudio el modo de inicio del parto no influye en la

satisfacción general de la mujer con su proceso de parto. Esto coincide con otros autores que en sus estudios mostraron que un protocolo de parto intervenido o activo (amniotomía, monitorización fetal continua, uso de oxitocina, etc.) no tiene efectos adversos en la satisfacción materna con el cuidado recibido durante el parto (Sadler et al., 2001). Ya en un meta-análisis realizado por Fraser et al. (2000) se vio que la realización de amniotomía en una etapa temprana del parto no tenía efecto negativo sobre la mujer.

En este estudio se observa una mayor satisfacción en las madres cuyo parto fue eutócico, lo que avala la hipótesis de nuestro estudio, que sería que el respeto a la fisiología del parto dejando que llegue a su fin como un parto eutócico sin intervención alguna, aumenta la satisfacción general de la mujer. Otros autores han observado que los miedos de las mujeres están relacionados con complicaciones en el parto, cesárea urgente, episiotomía, exámenes vaginales, y el uso de procedimientos invasivos tales como fórceps o vacuum, y que se produzcan daños en los órganos reproductivos (Sercekus y Okumus, 2009). Además se ha visto que la insatisfacción materna está relacionada con intervenciones médicas no planeadas durante el parto como: inducción con oxitocina, cesárea urgente, partos instrumentados, complicaciones intraparto y la necesidad de cuidados intensivos neonatales (Ryding et al., 1997; Waldenström et al., 2004; Nystedt et al., 2005; Wiklund et al., 2008).

El ingreso del recién nacido en la unidad de Neonatología tras el parto no tiene repercusión en la satisfacción general de la mujer en el parto en el presente estudio, sin embargo existen otros estudios que observaron una menor satisfacción en aquellas mujeres cuyos recién nacidos tuvieron que ser trasladados a una unidad de cuidados neonatales inmediatamente después del nacimiento (Waldenström et al., 2006).

En cuanto a la relación de la satisfacción materna y el estado del periné, se observa una mayor satisfacción cuando las lesiones perineales son desgarros de grado I y no resulta extraño este resultado debido a que en la bibliografía se constata el miedo que la mujer manifiesta a que se le realice una episiotomía (Sercekus y Okumus, 2009).

La duración del parto también influye en la satisfacción general de la mujer apareciendo relación entre partos de corta duración y una alta satisfacción materna

(Soares et al., 2004). En el presente estudio los partos con menor duración aparecen en el modelo humanizado, donde se permite su inicio espontáneo y se dejan evolucionar espontáneamente también sin el uso de oxitocina. La carga asistencial también ha sido la razón por la que se han querido acelerar los partos pero si el parto es más corto cuando no se interviene sobre él ¿por qué estimularlos?

El tipo de hospital influye en la satisfacción general de la mujer, apareciendo una mayor satisfacción general en el modelo humanizado. En el estudio de Waldenström et al. (2006) se vio que el modelo de cuidado y el tamaño del hospital fue relacionado con los resultados de la experiencia postparto pero no con la experiencia del cuidado intraparto.

Todo esto nos lleva a afirmar que la satisfacción de la mujer es mayor en el modelo humanizado debido a que el parto se lleva a cabo respetando su fisiología y con la mínima intervención.

2.2.4. Relación de la satisfacción general de la mujer con su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato y las distintas subescalas de los cuestionarios “WOMBLSQ” y “CEQ”.

2.2.4.1 Satisfacción general de la mujer con el parto y puerperio inmediato y el apoyo por parte de los profesionales.

El apoyo proporcionado por los profesionales es un factor muy importante en la satisfacción de la mujer con su parto en este estudio, como se aprecia en los análisis factoriales realizados. Para las mujeres primíparas es el factor más importante en ambos modelos de atención al parto y destaca el apoyo de la matrona sobre el apoyo prestado por el resto de profesionales sanitarios. En el estudio de Seguin et al. (1989) se obtuvieron tasas más altas de satisfacción con los servicios de enfermería cuando se compararon con los servicios médicos. Ellos consideran que esto es debido a la presencia continua de las enfermeras en el proceso de dilatación y parto, y su preocupación por el bienestar general de sus pacientes. Mientras que los médicos pueden presentar intereses más específicos y en este estudio se vio que existía mayor satisfacción con el equipo médico si se permitía a la mujer participar en la toma de decisiones (Seguin et al., 1989).

En nuestro estudio el hecho de que la mujer considerase que los profesionales les ayudasen en todo momento, realizasen una escucha atenta, les trataran de un modo simpático y cordial fueron fuente de una gran satisfacción para las mujeres. Del mismo modo encontramos que Hodnett (2002) observó en su revisión bibliográfica en los estudios de Kirke (1980), Sullivan (1982), Drew (1989), Geary (1997), Hung (1997), Windridge (1999), que la calidad de las relaciones y el soporte de las mujeres por sus cuidadores en el parto.

Por otra parte el hecho de que la matrona le dedicase tanto a la mujer como a la pareja la atención necesaria, que entendiese sus necesidades y se sintiese bien atendida por ella se relacionó con una alta satisfacción en este estudio. En la bibliografía encontramos que el trato recibido en particular de las enfermeras y matronas, como relatan los estudios de Climie (1973), Shields (1978), Seguin (1989), Knapp (1996), Campero (1998), Waldenström (1999), son factores muy importantes de la satisfacción en el parto. En dieciocho de los estudios valorados aparecían uno o más aspectos de la calidad de la relación cuidador-paciente, tal como buena relación, comunicación, información, sentir que los cuidadores les envuelven en las decisiones acerca de su cuidado, y sentirse libres para expresar sentimientos durante el parto. En dieciséis estudios se recogían los puntos de vista de las mujeres sobre la cantidad de soporte que recibieron de enfermeras y matronas. En cualquier instancia el soporte del cuidador tiene una gran influencia en la satisfacción (Hodnett, 2002).

Murray et al. (1996) afirman que las mujeres valoran el entorno físico, el soporte psicológico, el cuidado personalizado, la privacidad, el cuidado apropiado prestado por un grupo pequeño de profesionales, y según Enkin et al. (2000) que éstos sepan responder a sus preguntas y que sean capaces de identificar sus necesidades.

Según Green et al. (1997), la relación de la mujer con el equipo de profesionales de la salud es considerado como uno de los factores que más afectan al recuerdo de las mujeres de su experiencia de parto teniendo gran importancia para su satisfacción.

Santos y Siebert (2001) observaron que algunos de los aspectos más valorados por las mujeres en los servicios de maternidad fueron: la atención inmediata a sus

necesidades, el buen humor, la dedicación y la preocupación del equipo. Así, algunas actitudes de los profesionales como la atención, la orientación, la presencia constante, el uso de la terminología adecuada para su fácil comprensión, el establecimiento de una relación de confianza y seguridad eran aspectos importantes para las mujeres que estaban viviendo su proceso de parto.

Soares et al. (2004) observaron que el buen trato por parte de los profesionales sanitarios producía altos niveles de satisfacción de las mujeres en el parto.

En el estudio realizado por Uribe et al. (2008) se identificó el bienestar por la presencia continua del profesional, aunque estuviese acompañado de su pareja o la persona que prefiriese. Para las mujeres el acompañamiento debe ser continuo, afectuoso y que respete los momentos de intimidad. Esto coincide con los estudios de Torres et al. (1999), Mosallan et al. (2004) y el-Nemer et al. (2006). También le dieron importancia al hecho de que los profesionales las trataran con respeto y les diesen la información necesaria sobre su estado de salud y el del bebé (Uribe et al., 2008).

El apoyo de los profesionales sanitarios (físico, emocional, informativo, que favorezca un rol activo de la mujer) según Bowers (2002) constituye un determinante fundamental de la satisfacción en el proceso de parto.

Estudios realizados en Turquía como los de Erenel y Akkuzu (1999), Turan et al. (2003), Uzun et al. (2006), Tasci (2007) y Sercekus y Okumus (2009) vieron que el comportamiento irrespetuoso y rudo de los profesionales y que entre los miedos que relataban las mujeres del parto estaban el no tener apoyo suficiente y sentirse solas.

En el presente estudio las madres primíparas destacaron el papel de la matrona de apoyo en el parto y puerperio inmediato como el más importante para ellas. Además se observó que un buen apoyo por parte de la matrona, manteniendo informada a la mujer, prestando la atención necesaria a la mujer y su pareja, entendiendo las necesidades de la mujer y en definitiva dando una atención de calidad fue relacionado por las mujeres con una mayor satisfacción general. Esto mismo lo encontramos en las recomendaciones de asociaciones tan importantes como la FIGO (Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos, 1991) que ya dispuso con sus recomendaciones que las matronas eran los profesionales más idóneos para encargarse

de los cuidados y atenciones del parto natural. La OMS (1996) también vio a la matrona como el profesional más apropiado desde el punto de vista de su formación y de coste-efectividad para llevar a cabo el cuidado de la mujer en un proceso de parto normal. La SEGO (2008) afirma que en la asistencia al parto no intervenido es muy importante para la vigilancia materno-fetal y el apoyo psicológico a la mujer y su familia, la matrona y la auxiliar de enfermería. La Confederación Internacional de Matronas (2010) hablando de las competencias y destrezas de la matrona en el trabajo de parto y postparto enumeró entre otras las siguientes:

- Las medidas para la comodidad en la primera y segunda etapa del trabajo de parto (ej., la presencia /ayuda de la familia, la postura para el trabajo de parto y el alumbramiento, hidratación, apoyo emocional, métodos no farmacológicos para aliviar el dolor).
- Proveer apoyo físico y psicológico a la mujer y a su familia y promover el parto normal.
- Facilitar la presencia de una persona de apoyo durante el trabajo de parto y el alumbramiento.
- Proveer terapias farmacológicas y métodos no farmacológicos para aliviar el dolor.
- Conocer los principios de la vinculación afectiva y de apego padres-infante (ej., cómo promover relaciones positivas).

Según los estudios realizados por Waldenström et al. (1995), Berg et al. (1996), Too (1996) y Hall y Holloway (1998) la matrona es recordada por haber dado soporte, explicaciones y ánimo a las mujeres de parto.

Waldenström et al. (2000) vieron que el cuidado del parto realizado por un equipo de matronas está asociado con un incremento de la satisfacción de las mujeres más evidente en el periodo antenatal, menos evidente en cuidado intraparto, estando ésta relacionada con la continuidad del cuidador y mucho menos evidente en el cuidado postparto. En el periodo antenatal este modelo de cuidado realizado por matronas las mujeres están más satisfechas porque ellas sienten que están mejor informadas acerca de lo que les ocurre y se dan cuenta de que sus cuidadores hacen un esfuerzo para

explicarles lo que no entienden. Además se les da un rol activo en la toma de decisiones en el embarazo infundiéndoles aliento y tranquilizándolas y actuando a menudo sin prisa. En este estudio no se encontraron diferencias entre el modelo médico y el de matronas ni en el número de intervenciones médicas realizadas ni en el bienestar emocional de las mujeres a los dos meses postparto.

Gibbins y Thomson (2001) identificaron entre los factores que ayudaban a las mujeres a sentir confianza en su parto las actitudes positivas, de ánimo y apoyo por parte de las matronas durante el embarazo y el parto. Éstas les proporcionaron información acerca de su embarazo y el parto, capacidad para intervenir en la toma de decisiones y lo más importante, el sentimiento de control durante el parto. Además en los estudios realizados por Flint (1991), Rowley et al. (1995), Walker et al. (1995), Hodnett (1997) y Walsh (1999) el apoyo de las matronas tenía como resultado una experiencia más satisfactoria para las mujeres.

El tener una matrona para una gestante (one-to-one midwifery care) propició más satisfacción que el compartir la matrona con otras parturientas (Sadler, 2001).

En el estudio realizado por Harvey et al. (2002) se llegó a la conclusión de que las mujeres con gestaciones de bajo riesgo estuvieron más satisfechas con el cuidado realizado por las matronas que el recibido por parte de los médicos. De hecho, las mujeres del grupo de las matronas manifestaban además de mayor satisfacción, una actitud más positiva ante su experiencia de parto que las del grupo del médico (Harvey et al., 2002).

Según Parrat (2002), el modelo médico de parto puede socavar la habilidad de las mujeres para experimentar control en el entorno del parto. En contraste a este modelo, la matrona ve el control en términos de fortalecer mediante la relación con la gestante, es un concepto que según Guilliland y Pairman (1995) y Fahy (1998) es inherente al título de “matrona” que quiere decir “con la mujer”.

Peterson et al. (2005) encontraron a la matrona como el factor más influyente sobre la satisfacción global en el hospital.

El estudio de Waldenström et al. (2006) puso de manifiesto que la falta de apoyo por parte de la matrona durante el periodo de dilatación y expulsivo fue asociado

a una menor satisfacción, lo que anteriormente había sido corroborado por Hodnett (2002).

Hildingsson et al. (2011) encontraron que los factores más fuertemente relacionados con una experiencia positiva del parto para los padres fueron el soporte de la matrona, la presencia de la misma en la sala del nacimiento y la información acerca del progreso del trabajo de parto.

Los estudios de Lavender et al. (1999), Waldenström (1999), Hodnett (2002), Sauls (2004), Waldenström et al. (2004, 2006) y Abushaikha y Sheil (2006) han aportado que el soporte de la matrona a las mujeres de parto incrementa el nivel de satisfacción materna. También el estudio realizado por Gungor et al. (2011) confirma el impacto positivo que tiene el cuidado de la enfermera/matrona en la satisfacción materna.

En este estudio también se observó que la información dada por parte de los profesionales y la matrona a la mujer, las explicaciones dadas para que ella entendiese lo que sucedía en cada momento está relacionada con una mayor satisfacción de la mujer en su proceso de dilatación y parto. Esta información recibida la capacita para la toma de decisiones. En el estudio realizado por Seguin et al. (1989) demostraron que la satisfacción de las mujeres con los servicios médicos durante el parto está principalmente relacionada con su participación en la toma de decisiones y la frecuencia de las explicaciones que recibían (Seguin et al., 1989). Drew et al. (1989) observaron que las mujeres daban más importancia a que les explicasen los procedimientos e incluso a que les diesen la oportunidad de elegir entre ellos (Drew et al., 1989). En el estudio realizado por Green et al. (1990) observaron que la información era muy importante en las distintas etapas del proceso: antes, durante y después del parto. Las mujeres que indicaron en el cuestionario antenatal que recibieron la cantidad de información adecuada para establecer un diálogo con el personal sanitario estuvieron más contentas postnatalmente que otras mujeres. Las mujeres que postnatalmente reconocieron que habían recibido la cantidad correcta de información y que no había nada que ellas hubiesen querido saber más obtuvieron mejores resultados en realización personal, satisfacción con la experiencia del parto, bienestar emocional y en los

descriptores de la relación madre-hijo. El que las mujeres pensasen que los profesionales siempre les habían explicado suficientemente lo que estaba ocurriendo se asoció con altos niveles de satisfacción materna. El que fuesen informadas acerca de los procedimientos que se les iba a realizar (Sadler, 2001). Gibbins y Thomson (2001) observaron que el proporcionar una información precisa y real del parto a las mujeres durante la gestación contribuía a que las mujeres manifesten sentimientos de satisfacción acerca de su experiencia del nacimiento. Esto también fue probado por los estudios realizados por Green et al. (1990) y Fleising (1993). Berg y Dahlberg (1998) demostraron que esta influencia positiva en la satisfacción se veía incluso cuando se necesitaba realizar intervenciones obstétricas. En el estudio realizado por Soares et al. (2004) vieron que existía una asociación entre la satisfacción de las mujeres y la información recibida durante el cuidado perinatal y las percepciones positivas de los profesionales responsables del cuidado que se provee. Según estos autores, el nivel de información, tanto en la gestación como en el trabajo de parto y parto se ha demostrado que tiene una gran relevancia para las mujeres por posibilitar una mayor participación de las mismas en la toma de decisiones y en la percepción de tener control de la situación favoreciendo la satisfacción con la experiencia del parto. Sin embargo, en estudios realizados en Turquía como los de Erenel y Akkuzu (1999), Turan et al. (2003), Uzun et al. (2006) y Tasci (2007) encontraron que la falta de información constituía una de las principales quejas de las mujeres de parto.

El Ministerio de Sanidad y Consumo habla del acceso a la información como un derecho respaldado por el marco legal vigente en España (Ley 41/2002, de autonomía del paciente). La información da a las usuarias la posibilidad de comentar con los profesionales sanitarios las opciones existentes y les proporciona autonomía para decidir sobre su proceso de parto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Basándose en la evidencia científica, el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), en sus recomendaciones en cuanto a los profesionales que cuidan a la mujer en el parto están: el trato a las mujeres con el máximo respeto, implicarlas en la toma de decisiones, establecer una relación empática con ellas, conocer sus expectativas y sus

necesidades para apoyarlas. Hace hincapié en la actitud y en la forma de proporcionar los cuidados por la gran importancia que tiene.

Por todo lo anteriormente expuesto podemos afirmar que un buen apoyo por parte de los profesionales y sobretodo de la matrona, es un factor muy importante por estar relacionado con un alto nivel de satisfacción de la mujer, debido a que la ayuda prestada, la escucha atenta, el trato simpático y cordial, el conocer y atender sus necesidades y sobretodo el dar la información necesaria en cada momento del proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato produce un incremento de la capacidad de la mujer para afrontar el parto y participar activamente en el mismo.

2.2.4.2 Satisfacción general de la mujer con el parto y puerperio inmediato y las expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto

El cumplimiento de las expectativas de la mujer está directamente relacionado con una mayor satisfacción de la mujer con su proceso de dilatación y parto en el presente estudio.

En la bibliografía encontramos diversos estudios en que también se observó esta relación entre la satisfacción general de la mujer en el parto y el cumplimiento de las expectativas que la mujer tenía sobre el mismo. Así Hodnett (2002) encontró que en los estudios de Butani (1980), Slade (1993), Green (1990, 1993), Ranta (1995), Waldenström et al. (1996) y Kabakian-Kasholian et al. (2000), en que se valoraron las relaciones existentes entre expectativas y satisfacción en el parto, se vio que tanto la dirección como la cantidad de discrepancia entre expectativas y experiencia son importantes. Así las mujeres cuyas expectativas del trabajo de parto y parto se cumplieron, manifestaron niveles más elevados de satisfacción que aquellas que no vieron cumplidas sus expectativas.

Las mujeres que cumplieron sus expectativas en el estudio realizado por Goodman et al. (2004) manifestaron altos niveles de satisfacción con la experiencia global del parto y consigo mismas.

Mas-Pons et al. (2011) también observaron que las mujeres cuyo parto fue como ellas esperaban, presentaban un alto nivel de satisfacción y por el contrario, las que no vieron cumplidas sus expectativas se mostraron menos satisfechas.

Por ello es muy importante conocer las expectativas de la mujer, para intentar que no exista discrepancia entre estas y su experiencia del parto debido a que esta discrepancia puede ser fuente de insatisfacción para ellas.

2.2.4.3 Satisfacción general de la mujer con el parto y puerperio inmediato y el contacto con el recién nacido.

El establecimiento de un contacto lo más precozmente entre la madre y el recién nacido está relacionado con una mayor satisfacción general de la madre con su parto y puerperio inmediato en el presente estudio.

La posibilidad de tener contacto con el bebé tan pronto como la mujer quiera fue asociada en otro estudio con satisfacción materna mientras que el ingreso del bebé en la unidad de cuidados intensivos neonatales no (Sadler et al., 2001).

Este factor aparece en el análisis factorial realizado en primíparas y multíparas conjuntamente como el cuarto factor en orden de importancia en ambos modelos. Este resultado coincide con el estudio realizado por Uribe et al. (2008) en el que se vio también que el contacto precoz y continuo con el recién nacido fue considerado entre los cuatro factores más importantes para conseguir el bienestar de la mujer (Uribe et al., 2008).

Para las mujeres tiene un valor especial la vinculación con su criatura. Ellas están preocupadas por la seguridad de sus hijos y buscan ayudarles con una lactancia materna satisfactoria (Gamble et al., 2007; Gungor, 2011).

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto que se debe facilitar el contacto precoz de la madre con el recién nacido para que la mujer tenga una experiencia positiva del parto.

2.2.4.3. Satisfacción general de la mujer con el parto y puerperio inmediato y el apoyo de la pareja.

Un buen apoyo de la pareja produce una mayor satisfacción de la mujer en este estudio. Diversos autores han descrito la necesidad de las mujeres de tener un acompañante para que le ayude en su parto (Drew et al., 1989). La OMS reconoce como una práctica beneficiosa la presencia del acompañante (WHO, 1996). Según diversos estudios se ha visto que los beneficios que aporta la presencia de un acompañante son:

el menor uso de medicación analgésica, menor uso de intervenciones obstétricas (uso de fórceps, oxitócicos y cesáreas) y el neonato presenta mejores condiciones al nacimiento (WHO, 1996, Enkin et al., 2000: 253; Hodnett, 2002; Hodnett 2010). Al igual que en nuestro estudio diversos autores han evidenciado que la presencia del acompañante aporta altos niveles de satisfacción de la mujer con su parto (Smith et al., 1991; Murray et al., 1996; Green et al., 1998; Soares et al., 2004; Alcolea Flores y Vázquez Soto, 2011: 547).

Se debería favorecer el que la mujer pudiese estar acompañada por la persona que ella escogiese y además que estuviese todo el tiempo con ella dados los importantes beneficios que produce tanto a nivel de resultados obstétricos como de una mejor experiencia del parto.

2.2.4.4. Satisfacción general de la mujer con el parto y puerperio inmediato y el dolor durante la dilatación

En este estudio no se ha visto que exista relación entre el método de alivio de dolor usado y la satisfacción general de la mujer con su experiencia de parto. Aunque sí se ha observado una mayor satisfacción general si se da la posibilidad de elegir el método de alivio de dolor que la mujer prefiera. Existen otros estudios con resultados diferentes al nuestro: En el estudio de Gambling (1990) se vio que la satisfacción según el método de alivio del dolor era significativamente diferente a favor de la analgesia epidural controlada por el paciente. Fontenot (1993) afirmó que no existían diferencias significativas entre la intensidad del dolor y la satisfacción con la analgesia usada. Curry et al. (1994) encontraron diferencias significativas en la satisfacción con el uso de la analgesia epidural, prefiriendo la controlada por el paciente. En los estudios de Russell y Reynolds (1996) y James et al. (1998) vieron diferencias en la satisfacción con el uso de la analgesia epidural prefiriendo el uso de bajas dosis de bupivacaína con opioides, aunque no influía en la satisfacción general de la mujer. Por el contrario Sia et al. (1999) no encontró diferencias significativas entre la satisfacción con los métodos de alivio de dolor usados y la intensidad del dolor sentido por la mujer. Faggian et al. (1999) observaron una satisfacción de hasta un 96% con el método de alivio de dolor TENS y Johnson (2001) también vio que existía un alto grado de satisfacción en las mujeres que

usaron este método. En la revisión Cochrane realizada por Elbourne y Wiseman (2000) donde se compararon diferentes tipos de dosis de opioides administrados vía intramuscular para el parto, no se encontraron diferencias significativas en la satisfacción de la mujer con los distintos métodos de alivio del dolor.

En el estudio realizado por Mas-Pons et al. (2011) se vio que las mujeres que pudieron disponer de los métodos de alivio del dolor que ellas prefiriesen presentaban un mayor grado de satisfacción.

En nuestro estudio existe una mayor satisfacción cuando se ha llevado a cabo un adecuado alivio del dolor. Además en las mujeres primíparas se observa que existe una mayor satisfacción general cuando se presentan unos menores niveles de dolor.

En otros estudios en que se valoran ambos factores (satisfacción general de la mujer y el nivel de dolor experimentado en el parto) encontramos:

El dolor en el parto es un factor relacionado con la satisfacción en el parto. Según los estudios realizados por Fawcett et al. (1992), Green (1993), Slade et al. (1993), Mackey (1995, 1998), Waldenström et al. (1996, 1999), Brown y Lumley (1997, 1998), Fowles (1998), Lavender et al. (1999) y Windridge y Berryman (1999) las mujeres que habían experimentado menos dolor en el parto manifestaban mayores niveles de satisfacción comparado con mujeres que habían tenido mayor dolor en el mismo. Sin embargo, Salmon y Drew (1992), Green (1993), Russell y Reynolds (1993), Ranta et al. (1995) y Hart y Foster (1997) observaron que niveles de dolor elevados en el parto no impedían el tener una experiencia global del parto positiva.

Russell et al. (1993), Peach et al. (1995), Cohen et al. (1996), Price et al. (1998) vieron que no existían diferencias significativas entre la intensidad del dolor en el parto y la satisfacción global de la mujer en el trabajo de parto.

Waldenström (1999) observó que la satisfacción no está relacionada con el método de alivio del dolor usado o con las expectativas de alivio de dolor que tuviesen las mujeres para su parto. En el estudio realizado por Sadler et al. (2001) también vieron que a pesar de que el 27% de las mujeres consideraron que el método de alivio de dolor fue inadecuado, el 69% de estas mujeres expresaron estar satisfechas con su parto.

En un estudio realizado por Green (1993) en UK encontró que las mujeres que estaban más ansiosas debido al dolor en el parto estaban menos satisfechas después del parto. Estos efectos eran independientes de la paridad o de las características demográficas. Brown y Lumley (1998) en un estudio realizado en Australia vieron que las mujeres estaban más insatisfechas cuando los cuidadores eran menos amables y cuando las mujeres sentían que no tenían un rol activo para tomar decisiones que cuando relataban insatisfacción debida al remedio del dolor. Por ello Hodnett (2002) afirma que las relaciones entre satisfacción en el parto, dolor en el parto y analgesia son complejas, y que el dolor del parto no juega un papel muy importante sobre la satisfacción a no ser que las expectativas que se tengan sobre él no se cumplan.

Goodman et al. (2004) encontraron que las mujeres con poco dolor en el parto manifestaron tener mayor nivel de satisfacción consigo mismas que aquellas que presentaron mayor dolor.

Los estudios de Doering et al. (1980), Kannan et al. (2001), Lowe (2002) y Dickinson et al. (2003) encontraron que experiencias de dolor intenso estaban relacionadas con niveles bajos de satisfacción. Otros, como Humenick (1981) y Goodman et al. (2004) encontraron que la experiencia de altos niveles de dolor en el parto no tiene por qué producir insatisfacción en la madre. Según Christiaens y Bracke (2007) el control personal mejora la satisfacción y amortigua el impacto del dolor en el parto. Además se pueden observar asociaciones entre la intensidad del dolor y otros determinantes de la satisfacción como son el control personal y el cumplimiento de las expectativas.

En un estudio realizado en Turquía por Sercekus y Okumus (2009) vieron que entre los miedos manifestados por las mujeres en el parto estaba el miedo a tener un dolor severo en el trabajo de parto.

Como hemos observado en los resultados del presente estudio, el dolor no debe ser considerado sólo en su faceta física (intensidad del dolor debido a las contracciones uterinas, modificaciones del cérvix, distensión de los tejidos, cambios osteoarticulares en el canal del parto, etc.), sino también, como afirma Pérez (2006), en sus facetas

psicoemocional (donde se han de tener en cuenta los conocimientos de la mujer sobre el proceso, su propia capacidad para afrontarlo, confianza en los recursos disponibles, experiencias anteriores, etc.) y sociocultural (percepción y expresión del dolor), porque si sólo fuera considerado en una de sus vertientes (la física) no se entendería que mujeres con niveles de dolor físico muy elevados estuviesen más satisfechas que otras que tuviesen niveles más bajos. Pérez (2006) sugiere la necesidad de que las matronas realicen un manejo del dolor del parto de forma individualizada e integral.

En la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) se recomienda satisfacer las expectativas de la mujer con respecto al alivio del dolor durante el parto.

El dolor es un factor muy importante para la satisfacción de la mujer debido a que corresponde al tercer factor en orden de importancia en el análisis factorial en ambos modelos de atención al parto, y por lo anteriormente expuesto, debemos considerar no tanto el nivel de dolor experimentado por la mujer o el método de alivio de dolor usado sino más bien las preferencias de la mujer debido a que el ajustarse a las mismas está relacionado con altos niveles de satisfacción.

2.2.4.5. Satisfacción general de la mujer con el parto y puerperio inmediato y el dolor después del parto

En este estudio la mujer presentó mayor satisfacción cuando no presentó dolor después del parto, o si lo presentó no necesitó medios de alivio del dolor.

2.2.4.6. Satisfacción general de la mujer con el parto y puerperio inmediato y el entorno físico

En nuestro estudio aparece una mayor satisfacción general en un entorno físico agradable y relajante. En la revisión sistemática realizada por Hodnett (2002) encontró que las mujeres preferían ser cuidadas durante el parto en lugares confortables y de aspecto familiar. Los efectos generales sobre el cuidado del entorno físico del parto sobre la satisfacción son menores que los de otros factores (actitudes y comportamiento de cuidadores).

Por otra parte se vio que existía una relación inversamente proporcional entre la satisfacción general de la mujer con su experiencia del parto y un entorno físico

impersonal y demasiado clínico. Estudios realizados en Turquía como los de Erenel y Akkuzu (1999), Turan et al. (2003), Uzun et al. (2006) y Tasci (2007) observaron que problemas relacionados con la calidad de los servicios en materia de condiciones del entorno, de la habitación, etc. constituían fuente de quejas de las mujeres de parto.

Aunque el entorno físico no aparece en nuestro análisis factorial como uno de los factores más importantes que influye en la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto, es importante el tipo de entorno físico debido a que puede favorecer o no aspectos como: la intimidad, tranquilidad de la mujer y de su acompañante. Así un entorno agradable y relajante ayuda a la mujer a estar más confortable, más tranquila y por supuesto más satisfecha con su parto.

2.2.4.7. Satisfacción general de la mujer con el parto y puerperio inmediato y el control de la mujer

En el presente estudio aparece una mayor satisfacción cuando la mujer experimente mayor control en su parto. Otros autores han investigado la relación existente entre el control y la satisfacción de la mujer en el parto, así Green et al. (1998) observaron que las mujeres con mayor control, o que perciben que lo tienen, presentan experiencias más positivas del parto, mayor nivel de satisfacción y una menor tasa de depresión. Doering (1980), Humenick (1981), Bramadat (1993) y Kabakian- Kasholian et al. (2000) observaron que la percepción de control durante el parto es esencial para que las mujeres se sientan satisfechas incluso cuando no se vean cumplidas sus expectativas.

Diversos investigadores han constatado que el control de la mujer con su proceso de parto está fuertemente relacionado con la satisfacción general de la mujer (Salmon and Drew, 1992; Ranta et al., 1995; Brown and Lumley, 1997; Brown and Lumley, 1998; Waldenström, 1999, 2004; Goodman et al., 2004; Waldenström et al., 2006; Christiaens and Bracke, 2007; Gamble et al., 2007; Rudman et al., 2007). Algunos autores observaron que niveles altos de control personal han sido asociados con mayor satisfacción en el parto ((Simkin, 1991, 1992; Bramadat & Driedger, 1993; DiMatteo et al., 1993, Fleissig, 1993; Green, 1993; Slade et al., 1993; Mackey, 1995; Knapp,

1996; Waldenström et al., 1996; Hart y Foster, 1997; Campero et al., 1998; Fowles, 1998; Lavender, 1999; Goodman et al., 2004). Según Goodman et al. (2004) se ha demostrado que el control personal es el factor que más predice la satisfacción de las mujeres en el parto.

Por otra parte hay autores que han identificado como fuente de insatisfacción el dolor y la falta de control (Campero et al., 1998). Otros autores no han encontrado diferencias entre el control percibido y la satisfacción (Labrecque et al., 1999).

En nuestro estudio, también se observa una mayor satisfacción general en las mujeres primíparas cuando experimentan un mayor control en su proceso de dilatación y parto. De hecho existen autores que afirman que la paridad está relacionada con el control sentido por la mujer en su proceso de dilatación y parto, así las multíparas han mostrado experimentar más control que las primíparas en todos los casos (sentimiento de control con respecto al equipo sanitario, control sobre su propio comportamiento y control durante las contracciones) (Green & Baston, 2003).

En definitiva, el control experimentado por la mujer de parto es muy importante para que tenga una experiencia de parto positiva. Esto se debe a que controlar su propia conducta, en una situación a veces tan estresante como el parto, saber controlar la relación con las personas que proporcionan el cuidado, y mantener el control del dolor provocado por las contracciones produciría en ella un alto nivel de satisfacción.

2.2.5. Comparativa de la satisfacción de la mujer con su proceso de parto y puerperio inmediato según los ítems del cuestionario “WOMBLSQ”.

El grado de satisfacción en relación al apoyo de los profesionales es más elevado en el modelo humanizado de asistencia al parto de bajo riesgo dirigido por matronas. En la bibliografía encontramos que la satisfacción materna es mayor en modelos dirigidos por matronas además de que en estos modelos se obtienen unos resultados obstétricos similares al del modelo humanizado del presente estudio: mayor número de partos vaginales espontáneos, las mujeres menos propensas a recibir analgésicos regionales durante el parto y a requerir episiotomía, y no se evidencian diferencias en los

resultados neonatales (Hatem et al., 2008; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Ya la OMS en 1996 afirmó que los profesionales más adecuados para llevar a cabo el cuidado en el parto normal era la matrona. Diversos estudios han demostrado que el apoyo de la matrona es uno de los factores más importantes relacionado con la satisfacción de la mujer en el parto y que incrementa el nivel de satisfacción materna en el parto (Waldenström 1999, 2004; Hodnett, 2002; Peterson et al., 2005; Waldenström et al, 2006; Abushaikha & Sheil, 2006; Gungor & Beji, 2011).

En cuanto a las expectativas de la mujer sobre su proceso de dilatación y parto, los resultados de este estudio mostraron que existen diferencias entre ambos modelos dándose las puntuaciones más altas en el modelo humanizado debido a que la mujer ve cumplidas sus expectativas. Este modelo humanizado es un modelo centrado en la mujer y su familia donde ella puede manifestar cuáles son sus expectativas, se intenta que se cumplan y que participe en la toma de decisiones. En otros estudios se vio una asociación entre el cumplimiento de las expectativas y una mayor satisfacción de la mujer con la experiencia del parto (Goodman et al., 2004; Christiaens & Bracke, 2007; Hauck et al., 2007; Lally et al., 2008; Mas-Pons et al, 2011).

En los resultados obtenidos en los ítems que hacen referencia al contacto de la madre con el recién nacido se observa que en el modelo humanizado, donde se realiza contacto piel con piel, se dan las puntuaciones más altas, mientras que en el modelo biomédico aparecen puntuaciones más bajas en los dos ítems, lo que implica que el contacto de la madre con el recién nacido se establece de forma más adecuada en el modelo humanizado. En la bibliografía se observa que del contacto piel con piel inmediato se derivan múltiples beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, así como, un incremento de los niveles de satisfacción materna en relación con el parto (Feldman et al., 2002; Rivara et al., 2007).

En los ítems que hacen referencia al apoyo de la pareja vemos que se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones más elevadas en el modelo humanizado. En éste la pareja permanece durante todo el proceso con la madre en una sala de dilatación individual que favorece la privacidad y un ambiente familiar que permite a la matrona guiar al marido en el apoyo a su mujer. Tanto la Sociedad

Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) como el Ministerio de Sanidad y Política Social recomiendan el apoyo continuo en el parto debido a los beneficios que éste aporta: menor probabilidad de recibir analgesia/anestesia regional, también de tener parto vaginal instrumental, así como de tener parto por cesárea, y de manifestar insatisfacción con la experiencia de parto, y tener un bebé con un test de Apgar a los 5 minutos inferior a los parámetros normales; por otra parte favorece el que el parto sea vaginal eutócico y una menor duración del trabajo de parto (WHO, 1996; Enkin et al., 2000; ; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; Hodnett et al., 2011).

En cuanto al dolor durante el proceso de dilatación vemos en los resultados que en el modelo humanizado un mayor porcentaje de mujeres manifestaron el haber recibido un adecuado alivio del dolor, aunque en este hospital existe un menor uso de la analgesia epidural y cuando se usa es a la menor dosis posible de forma que permita el control del dolor produciendo el mínimo bloqueo motor para que la parturienta deambule o adopte aquella postura que le aporte mayor comodidad como recomienda la SEGO (SEGO, 2008). En este modelo lo que se pretende es intentar satisfacer las expectativas de la mujer con respecto al alivio del dolor en el parto ofreciéndole los diferentes métodos de alivio del mismo, y en caso de que la mujer elija el uso de los métodos no-farmacológicos se realiza una atención personal a la mujer para que se sienta confortable y ayudada por los profesionales (WHO, 1996; FAME, 2007). El resultado de nuestro estudio coincide con los resultados de otro estudio en el que se vio que las mujeres que pudieron disponer de los métodos de alivio del dolor que prefirieron presentaron un mayor grado de satisfacción (Mas-Pons et al, 2011).

En relación al dolor después del parto, también se observa que las mujeres en el modelo humanizado presentaron menor dolor en el puerperio inmediato, por ello dieron las respuestas con las puntuaciones más altas, mientras que en el modelo biomédico se dieron estas diferencias en las respuestas con puntuaciones más bajas en uno de los ítems. El respeto a la fisiología del parto lleva a la mujer a presentar menor dolor en el puerperio inmediato según el presente estudio.

En la valoración del entorno físico, se observa que las mujeres que pertenecían al modelo humanizado (salas de dilatación individuales tanto para el proceso de dilatación,

el expulsivo y el puerperio inmediato) consideraron el entorno físico un lugar agradable y no un lugar impersonal, sin embargo en el modelo biomédico (salas de dilatación dobles sólo para el periodo de dilatación) se observó lo contrario. Según Seguin et al. (1989) las mujeres que estuvieron más satisfechas fueron las que dieron a luz en habitaciones habilitadas para el nacimiento, después las seguían aquellas que dieron a luz en los paritorios y por último las menos satisfechas las que lo tuvieron en el quirófano. En la bibliografía también encontramos que las mujeres prefieren un entorno físico con salas de dilatación individuales, confortables, ambiente familiar y que sirva para el proceso de dilatación y parto (Knapp, 1996; Proctor 1998; Hodnett, 2002; D'Ambruoso et al., 2005; Hodnett et al., 2005; Waldenström et al. 2006; Hildingsson y Thomas, 2007 y Rudman et al., 2007). Sin embargo, estudios realizados en Turquía como los de Erenel y Akkuzu (1999), Turan et al. (2003), Uzun et al. (2006) y Tasci (2007) observaron que problemas relacionados con la calidad de los servicios en materia de condiciones del entorno, de la habitación, etc. constituían fuente de quejas de las mujeres de parto.

Los resultados obtenidos en el ítem negativo sobre la satisfacción general de la mujer en que se observa una diferencia estadísticamente significativa dándose las puntuaciones más altas en el modelo humanizado mientras que en el modelo biomédico se obtienen las puntuaciones más bajas, coinciden con los resultados globales del cuestionario en que se evidencia que existe una mayor satisfacción de la mujer en el modelo humanizado.

2.2.6. Comparativa de la satisfacción de la mujer con su proceso de parto y puerperio inmediato según los ítems del cuestionario “CEQ”.

Con respecto a la subescala “Participación en el parto”, el modelo humanizado favorece la participación de la mujer en la toma de decisiones y esto incrementa su satisfacción general. Diversos autores han afirmado que humanizar el parto es poner a la mujer en el centro del proceso de su parto como sujeto de sus acciones, participando íntima y activamente en las decisiones sobre su propio cuidado (da Silva et al., 2011).

Para algunas mujeres su percepción de control sobre su parto depende de su participación en la toma de decisiones que hay que tomar sobre cómo tiene que dirigir

su parto (Green, 1990; Simkin, 1991; Bluff y Holloway, 1994; Niven, 1994; Shearer, 1995; Steele, 1995; Walker et al., 1995; Berg et al., 1996; Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996; Too, 1996; Hall & Holloway, 1998; Gibbins & Thomson, 2001). Davenport-Sleck y Boylan (1974) afirmaron que si las mujeres participan activamente, ellas se ven incentivadas por la experiencia de control personal. En el estudio realizado por Seguin et al. (1989) demostraron que la satisfacción de las mujeres con los servicios médicos durante el parto está principalmente relacionada con su participación en la toma de decisiones y la frecuencia de las explicaciones que recibían.

Además según Slade et al. (1993) este incentivo tiene un efecto acumulativo que le hará incrementar su autoeficacia en un parto posterior. Según Seeman (1959) el control personal es lo opuesto a impotencia, que a su vez es un tipo de alienación. Williams y Umberson (1999) dicen que ésta es consecuencia del parto medicalizado. Las mujeres con gran autoeficacia, entendida como una característica de la personalidad de confianza en la habilidad para cooperar ante una situación estresante, mostraron mayor satisfacción, especialmente con el soporte de la matrona y del médico. La autoeficacia y el control personal son mediadores en el proceso de estrés según el modelo social de estrés (Christiaens & Bracke, 2007).

El modelo humanizado que se presenta en este estudio es dirigido por matronas en el parto de bajo riesgo o normal y en él hemos visto cómo se favorece a la mujer la adopción de la postura que ella prefiera durante la dilatación y el expulsivo, más que en el modelo biomédico. Otros autores como Hundley et al. (1994) también vieron que la filosofía del cuidado prestado por las matronas se basaba en proporcionar un cuidado seguro, en un entorno familiar donde las mujeres tienen la opción de elección y de control en la dirección de su parto. Además confirmaron que había menores tasas de intervención en este modelo llevado por matronas que en el modelo médico siendo ambos igualmente seguros. Hundley et al. (1995) también observaron que el modelo de atención llevado por matronas incrementaba la continuidad del cuidado en el parto y después del parto y, como resultado, incrementa la satisfacción de las matronas también. En el estudio realizado por Hundley et al. (1997) observaron que la satisfacción con el trabajo de parto y parto fue mayor en el grupo que fue atendido por

matronas debido a que el número de profesionales que entraban en la habitación era menor, además tenían más oportunidad de movimiento, de adoptar posiciones alternativas para el parto y de tomar sus propias decisiones en cuanto al método de alivio del dolor.

En el estudio realizado por Soares et al. (2004) vieron que existía una asociación entre la satisfacción de las mujeres y la información recibida durante el cuidado perinatal y las percepciones positivas de los profesionales responsables del cuidado que se provee. Según estos autores, el nivel de información, tanto en la gestación como, en el trabajo de parto y parto se ha demostrado que tiene una gran relevancia para las mujeres por posibilitar una mayor participación de las mismas en la toma de decisiones y en la percepción de tener control de la situación favoreciendo la satisfacción con la experiencia del parto.

Al igual que en el presente estudio, otros autores han observado que el sentimiento de control y el intervenir en la toma de decisiones en el parto tiene una influencia sobre la satisfacción materna con el proceso del parto (Proctor, 1998; Lavender et al., 1999; McCrea & Wright, 1999; Harriot et al., 2005; Waldenström, 1999, 2004; Waldenström et al., 2006; Gamble et al., 2007; Rudman et al., 2007). Y por el contrario, el no tener la oportunidad de participar en la toma de decisiones también era un importante predictor de insatisfacción con la experiencia del parto (Waldenström et al., 2006).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) en su “Estrategia de Atención al Parto Normal” habla del “empoderamiento de las mujeres” y que éste supone el que ellas sean las protagonistas de su proceso de parto participando en la toma de decisiones. Es necesario pasar del modelo paternalista de atención sanitaria, en el que el personal sanitario es el que decide lo que es mejor para el usuario de los servicios sanitarios, al modelo en el que la toma de decisiones es compartida entre el usuario y el profesional sanitario. En este nuevo modelo de alianza, consenso y responsabilidad compartida, la toma de decisiones es compartida y se introducen nuevos elementos que están involucrados en el proceso: información, incorporación de las preferencias de las

usuarias, consenso y toma de decisión conjunta, y corresponsabilidad y elaboración de un plan de acción. Con este nuevo modelo se pasa del acatamiento y dependencia pasiva a la cooperación y participación en temas de salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). El modelo humanizado tiene esta filosofía de poner a la mujer y su familia en el centro del proceso y por ello se han obtenido en esta subescala de “Participación de la mujer” unos resultados mejores que en el modelo biomédico fundamentado en la visión clásica paternalista de la mujer donde es el médico el que toma las decisiones por ella.

En cuanto a la subescala de “Propia capacidad de la mujer” vemos que la mujer está más satisfecha cuando se siente capaz, fuerte, cuando se cumplen sus expectativas, cuando tiene control en el parto. Por otra parte también se vio que la propia capacidad de la mujer está relacionada con el dolor sentido en el proceso de dilatación y parto, de tal forma que a mayor dolor experimentado menor es la fuerza y capacidad de la mujer para afrontar el proceso y por consiguiente menor es su satisfacción general. Otros autores han visto que las mujeres con gran autoeficacia, entendida como una característica de la personalidad de confianza en la habilidad para cooperar ante una situación estresante, mostraron mayor satisfacción, especialmente con el soporte de la matrona y del médico. La autoeficacia y el control personal son mediadores en el proceso de estrés según el modelo social de estrés (Christiaens & Bracke, 2007).

También hemos visto que la subescala de “Percepción de seguridad” también está relacionada con la satisfacción general, teniendo la mujer una mayor satisfacción cuando se siente más segura. Las mujeres se sienten igual de seguras en ambos modelos de atención al parto en este estudio.

Es importante identificar los factores que hacen que la mujer se sienta segura y capaz con el fin de que tenga experiencias del parto positivas con las que esté satisfecha. Entre estos factores encontramos (Gibbins y Thomson, 2001):

- La presencia y el apoyo de la pareja de la mujer y de la matrona ha sido ya demostrado como muy importante para ayudar a la mujer a sentir más confianza en sí misma.

- El que las mujeres se sientan bien preparadas para el parto, para sentir que mantienen el control durante el parto ha sido puesto de manifiesto por diversos estudios como los de Flint (1991), Enkin et al (1995), Walker et al. (1995) y McCourt (1998).
- El que la mujer se sienta más satisfecha con la experiencia como observaron Flint (1991), Rowley et al. (1995) y Hodnett (1997).
- El ser cuidadas por una matrona que conocen.

La experiencia del parto se puede ver influenciada por la ansiedad o la confianza experimentada en el mismo debido a que afectan a las percepciones del mismo. La confianza está relacionada con un aumento de las expectativas y una experiencia positiva del parto, mientras que la ansiedad es todo lo contrario. Es importante conocer los factores que ayudan a las mujeres a sentir confianza en el parto (Gibbins y Thomson, 2001):

- La mujer se siente más preparada y con más confianza acerca del parto si ha sido cuidada en el parto por una matrona que ella ya conocía (Flint, 1991, Enkin, 1995, McCourt, 1998, NCT 1995, Walker et al, 1995, Hodnett, 1997, Walsh, 1999).
- El ofrecer a las mujeres una información precisa y real sobre el parto durante la gestación influye en el grado de confianza de las mujeres y en su habilidad para afrontar el parto (Walker & Erdman, 1984, Hillier & Slade, 1989, Mackey, 1990, Lowe, 1991, Drummond & Rickwood, 1997). En el estudio realizado por Gibbins y Thomson (2001) las mujeres manifestaron que la información recibida durante la gestación acerca de las opciones y posibilidades que tenían en el parto les ayudó a tener más confianza, una mayor sensación de control. También fue muy importante la información recibida durante el trabajo de parto debido a que les ayudó a tener la sensación de control de la situación. El estar informada durante todo el tiempo que dure el parto lo avalan otros estudios: Green et al. (1990), McKay & Smith, 1993, Fleissig (1993), y Churchill (1995).
- Todas las estrategias para afrontar el parto tienen como idea central el fomentar en las mujeres la sensación de control a pesar de las circunstancias. En el

estudio de Gibbins y Thomson (2001) las mujeres experimentaron esta sensación de control y la capacidad de participar en la toma de decisiones y manifestaron sentimientos positivos en sus partos incluso cuando sus experiencias fueron diferentes a sus expectativas.

- La posibilidad de que la mujer analice detalladamente el parto con una matrona (defusing) ha sido hallado beneficioso por las mujeres que participaron en el estudio de Gibbins y Thomson (2001) porque les ayudaba a clarificar ciertos aspectos del parto.

Después de analizar las principales diferencias en cuanto a los factores que influyen en la satisfacción de la mujer en ambos modelos de asistencia al parto podemos concluir que el modelo humanizado de asistencia al parto produce una mayor satisfacción de la mujer que el modelo biomédico debido a que el profesional que se encarga de la atención al parto normal es la matrona, se da un mayor cumplimiento de las expectativas de la mujer porque se intentan conocer y darles cumplimiento, el contacto con el recién nacido es inmediato y piel con piel, el apoyo de la pareja también se realiza mejor porque la sala de dilatación y parto es individual y permanece todo el tiempo con ella, se realiza mejor el alivio del dolor en la fase de dilatación porque se intenta satisfacer sus expectativas, también se da un menor dolor en el puerperio inmediato porque se respeta la fisiología del parto, las salas de dilatación son individuales proporcionando un ambiente familiar y confortable que favorece una mayor participación de la mujer y su pareja/acompañante.

2.3. ANÁLISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LA MUJER CON RESPECTO A SU PROCESO DE DILATACIÓN, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO.

Como se observa en los resultados de los análisis factoriales realizados en este estudio (Tabla 135 y 136), el factor “Expectativas de la mujer con su proceso de dilatación y parto”, es un factor muy importante debido a que en la comparativa de toda la muestra (Tabla 135) aparece, en el modelo humanizado, en el puesto número 1 en orden de importancia y en el puesto número 2 en el modelo biomédico. Además, en la comparativa de las mujeres primíparas (Tabla 136) aparece como el segundo factor más

importante en el modelo humanizado y el tercero en el biomédico. El hecho de que aparezca como más importante en el modelo humanizado se puede deber a la existencia de un mayor cumplimiento de las expectativas en dicho modelo con respecto al biomédico, como se observa en los resultados de la comparativa por ítems de ambos hospitales (Tabla 234). Este mismo resultado se observa en la revisión sistemática realizada por Hodnett (2002) (Fig 2). Según Mirowsky y Ross (1986) la desviación de lo que es normal o esperado crea distress. La satisfacción es un estado de la mente que refleja la evaluación de la experiencia del parto como un todo comparado con varios valores antenatales y las expectativas. Si las expectativas son cumplidas, los valores correspondientes y creencias son afirmadas. Si no, los conflictos afloran, y pueden llevar a distress. Cleary (1988), Mahon (1996) y Sitzia y Wood (1997) afirmaron que las expectativas conforman el factor principal de satisfacción.

En la bibliografía vemos en muchos estudios que las expectativas de las mujeres sobre el parto afectan a su satisfacción con la experiencia del parto y juegan un papel muy importante en la forma en que las mujeres responden y se adaptan a la maternidad (Beaton & Gupton, 1990; Green, 1993; Hodnett, 2002; Fenwick et al., 2005). Christiaens y Bracke (2007) en su estudio vieron que el cumplimiento de las expectativas fue el factor más importante de la satisfacción en el parto. Tumblin y Simkin (2001) y Melender (2006) hablan de que las expectativas previas pueden influir en la valoración de la experiencia de la mujer sobre su parto. Si existe discrepancia entre sus expectativas y la experiencia más influirá según Hauck et al. (2007). Lally et al. (2008) vieron que las expectativas de las mujeres sobre el trabajo de parto y parto es un predictor de la satisfacción de las mujeres en el parto. La satisfacción de la mujer con su proceso de parto depende no tanto de la evolución del mismo, sino de la medida en que se ajusta a los valores y expectativas de la mujer (Schmid, 2010, p. 141). Mas-Pons et al. (2011) también observaron que las mujeres cuyo parto fue como ellas esperaban presentaban un alto nivel de satisfacción y por el contrario las que no vieron cumplidas sus expectativas se mostraron menos satisfechas.

De los datos sociodemográficos analizados, la paridad es la única variable que aparece relacionada con el cumplimiento de las expectativas. Las mujeres multíparas ven más fácilmente cumplidas sus expectativas que las primíparas, de las que algunas no llegan ni siquiera a verlas cumplidas. Este resultado concuerda con un autor que vio en su estudio que era menos probable que las mujeres primíparas estuviesen satisfechas con el grado de cumplimiento de sus expectativas (Smith, 2001). Esto puede deberse a que como veremos más adelante las expectativas de las mujeres con respecto al parto se acercan al parto normal, y como hemos visto las primíparas suelen tener el parto más difícil y sobretodo en el modelo biomédico.

En cuanto a las variables relacionadas con los datos del parto y los resultados obstétricos se vio que se veían cumplidas las expectativas de la mujer con:

- El inicio del parto era espontáneo, mientras que el incumplimiento de las mismas se relacionaba con un inicio del parto mediante una inducción
- Una menor duración del parto
- El parto eutócico, mientras que no se ven cumplidas cuando ha sido instrumental o cesárea
- Una lesión perineal correspondiente a desgarro de I o II grado, mientras que con la episiotomía no se ven cumplidas sus expectativas

En el estudio realizado por Fenwick et al. (2005) sobre las expectativas de las mujeres con respecto a su proceso de dilatación y parto se vio que las expectativas concordaban con un parto normal, natural, sin intervención, que no se usasen fórceps o instrumentos similares. Por otra parte, otros autores han descrito que las expectativas estaban relacionadas con la duración del parto, ellas esperaban que fuese lo más rápido posible, y de hecho en el estudio algunas mujeres tuvieron partos más cortos de lo esperado (Gibbins y Thomson, 2001).

El hecho de que las expectativas de la mujer coincidan con la definición de parto normal de la OMS (1996) y sus recomendaciones, confirma la hipótesis de nuestro

estudio debido a que el parto humanizado, una de las cosas que fomenta es el respeto a la fisiología del parto, considerándolo un proceso natural sobre el que no es necesario intervenir a no ser que exista una causa justificada para ello.

Por otra parte, las expectativas están relacionadas con el apoyo por parte del profesional y en concreto de la matrona, el apoyo del marido/acompañante, así como, de la relación con el bebé. Los aspectos concretos serían: la información prestada por parte de la matrona, el tiempo que ella y el resto de profesionales le dedicó a la pareja/acompañante, la escucha atenta, la ayuda prestada y el trato cortés, simpático y cordial por parte de los profesionales, un buen apoyo por parte de la pareja/acompañante, un contacto inmediato con el recién nacido y que la pareja esté satisfecha con el trato recibido, el haber podido estar todo el tiempo con su mujer y el apoyo por parte de los profesionales. Con respecto a estos 4 factores Sitzia y Wood (1997) decían que las expectativas como determinantes de la satisfacción están relacionadas con la necesidad de lo familiar, que implica que socialmente se crean unas expectativas que influyen en la satisfacción. Las expectativas se refieren a un sistema de roles. El rol de la mujer de parto se envuelve de una serie de expectativas que influyen en su propio comportamiento y el de la gente con otros roles como la matrona, la pareja o el médico. La violación de las expectativas distorsiona este orden y amenaza tanto las evaluaciones propias como las relaciones con los otros. Gibbins y Thomson (2001) observaron que las expectativas estaban relacionadas con el estado del bebé. Hildingsson y Thomas (2007) también observaron que lo que la mujer esperaba de la matrona era que fuese competente a la hora de atender las necesidades psicológicas y emocionales de la mujer y también de su pareja. En este último estudio ellas resaltaban las destrezas de trato interpersonal de la matrona sobre las técnicas. Al igual que en nuestro estudio, los calificativos que eran acordes a sus expectativas eran: que los profesionales fueran atentos, amables, que supiesen apoyar a la mujer y su pareja, respetuosos, y que no emitiesen sobre ellas juicios de valor (Hildingsson & Thomas, 2007).

Otros factores relacionados con las expectativas de la mujer en nuestro estudio son: el adecuado alivio del dolor y el hecho de no experimentar dolor después del parto.

En el estudio realizado por Green et al. (1990) vieron que las mujeres con expectativas de un parto muy doloroso era más probable que lo viviesen así, mientras que aquellas que preferían vivir el dolor sin el uso de drogas era también más probable que lo hiciesen así y que estuviesen más satisfechas que las otras mujeres. Lo mismo ocurrió con las mujeres que esperaban usar la respiración y los ejercicios de relajación para alivio del dolor y que así lo hicieron estuvieron más satisfechas que las otras mujeres. El dolor que las mujeres esperan sentir puede provocar miedo y ansiedad porque, como dicen Beaton y Gupton (1990), es desconocido. Muchos estudios han comparado las expectativas de las mujeres y sus experiencias actuales del parto, observando que existen diferencias entre las dos. Siguiendo con el ejemplo del dolor, los estudios realizados por Stolte (1987), Newton (1991), Green (1993), Hallgren et al. (1995), y Munns y Galsworthy (1995) han puesto de manifiesto que el dolor del parto no es el esperado, siendo más o menos dolor. En cuanto al dolor del parto en el estudio de Gibbins y Thomson (2001), las expectativas de las mujeres eran la de tener un dolor que pudiesen manejar o controlar.

El entorno físico también está relacionado con las expectativas de la mujer, así un entorno físico agradable y relajante favorece el cumplimiento de sus expectativas, mientras que si este no se da, afecta negativamente al cumplimiento de las mismas. Según Christiaens y Bracke (2007) las expectativas y el control de la mujer con su parto están fuertemente relacionados con el entorno físico.

Por último, las expectativas también están relacionadas con la experiencia vivida por la mujer en su proceso de dilatación y parto en nuestro estudio:

- La seguridad sentida por la mujer: a mayor seguridad mayor cumplimiento de las expectativas.
- Control de la mujer en su proceso de dilatación y parto: la falta de control se relaciona con el incumplimiento de las expectativas.
- Propia capacidad de la mujer: el hecho de que la mujer se sienta capaz, fuerte, feliz y todos los ítems que suponen una mayor capacidad de la misma para afrontar su parto se relacionan con un mayor cumplimiento de las expectativas. Al contrario ocurre con los ítems que hace referencia a una menor capacidad de

la mujer para afrontar su parto, éstos se relacionan con el incumplimiento de las mismas.

- La participación de la mujer: se cumplen sus expectativas en la medida que se le permita participar en la toma de decisiones.

Green et al. (1990) vieron que las expectativas de estar en control (tanto de autocontrol como de control sobre lo que le hacen a uno mismo) fueron relacionadas con altos niveles de satisfacción y de bienestar emocional. Del mismo modo Gamble et al. (2007) en un estudio sobre las expectativas de las mujeres sobre los servicios de maternidad observaron que los factores asociados con la seguridad y el control fueron muy importantes para las mujeres.

Fenwick et al. (2005) describieron las distintas influencias que se pueden dar en la génesis de las expectativas que tienen las mujeres sobre su parto:

- Medios de comunicación: internet, televisión, videos, libros, revistas...
- Medios privados: familia y amigos con niños pequeños, madres, historia familiar de nacimiento u otros conocidos.
- Discursos de los profesionales: matronas (clases prenatales de preparación al parto y visitas antenatales), médicos generales, obstetras, especialistas, en hospitales privados...
- Aspectos sobre sí misma: las propias actitudes, creencias, antecedentes y conocimientos de las mujeres.
- Experiencia de vida: estilo de vida y edad.

En ellas vemos la importancia de la educación maternal que realiza la matrona durante la gestación.

El Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) en la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” incide en la importancia de que los profesionales intenten conocer las expectativas de las mujeres sobre su parto, con el fin de intentar que se cumplan evitando que exista discrepancia entre las mismas y el desarrollo de su parto.

Podemos concluir que el factor “Cumplimiento de las expectativas de la mujer” es un factor muy importante sobre el que debe centrarse la atención de las matronas y resto de personal sanitario que está implicado en la asistencia a la mujer en su proceso de dilatación y parto. La importancia radica en su relación con unos buenos resultados obstétricos, el fomento de la propia capacidad de la mujer y de involucrarla en la toma de decisiones de forma que pueda controlar su proceso de parto. Las matronas también juegan un papel fundamental como educadoras en la génesis de las expectativas de la mujer sobre el parto.

2.4. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LA PAREJA /ACOMPAÑANTE CON RESPECTO AL MODELO DE ATENCIÓN AL PARTO

Como hemos observado en los resultados, el apoyo dado por la pareja/acompañante a la mujer en el parto está directamente relacionado con la satisfacción de la pareja/acompañante. El hecho de que el profesional preste un mayor apoyo al acompañante, de que pueda estar todo el tiempo con la mujer y el estar más satisfecho hace que el apoyo del acompañante a la mujer sea más fructífero. Existen estudios en los que se ha observado que la mujer busca en el acompañante el apoyo que a veces no puede recibir por parte de los profesionales sanitarios, debido a la carga asistencial de los mismos y a que a veces estos se centran más en los procedimientos técnicos que en dar el apoyo psicológico que la mujer necesita (Lavender et al., 1999; Enkin et al., 2000:251; Gungor & Beji, 2007).

La satisfacción de la pareja es un factor importante debido a que está relacionado con una mayor satisfacción de la mujer, y con el cumplimiento de las expectativas de la misma. Es mayor en el modelo humanizado debido a que se puede realizar un mejor apoyo a la pareja /acompañante por parte de los profesionales y a que puede estar todo el tiempo con la mujer. Esto confirma nuestra hipótesis porque el modelo humanizado no sólo se centra en la mujer sino en la familia, intenta fomentar la unión de la misma, proporcionándoles el apoyo necesario para que vivan este momento del nacimiento de su hijo de un modo único e inolvidable.

BLOQUE V

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A partir de los objetivos que nos planteamos al comienzo de nuestra investigación, señalaremos a continuación las deducciones más significativas de la misma.

Tomando como referencia el objetivo específico 1, “Conocer, describir y comparar las características sociodemográficas y los resultados obstétricos en dos modelos diferentes de asistencia al parto, humanizado dirigido por matronas y biomédico de atención compartida (matronas y ginecólogos)”, se extrae la conclusión 1 expuesta a continuación.

CONCLUSIÓN 1

La diferencia en el país de origen no influye en la satisfacción general de la mujer con su proceso de parto y puerperio inmediato.

En cuanto a la comparativa de los resultados obstétricos podemos afirmar que en el modelo de asistencia al parto humanizado dirigido por matronas se obtienen mejores resultados obstétricos (mayor número de partos eutócicos, menor duración del parto, menor número de episiotomías y menor número de partos instrumentales) con unos resultados neonatales similares al modelo biomédico de atención compartida.

A partir del objetivo específico 2, “Describir y comparar la satisfacción de las mujeres en los modelos que se comparan en el presente estudio”, se extraen las conclusiones 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 y 2.6.

CONCLUSIÓN 2.1

La satisfacción de las mujeres es mayor en el modelo humanizado que en el modelo biomédico, esto es debido a que el parto se lleva a cabo de una forma fisiológica y con la mínima intervención. También se incrementa con un buen apoyo por parte de los profesionales, cuando se ven cumplidas sus expectativas, con el contacto piel con piel con el bebé, con un entorno físico agradable y familiar, cuando la mujer controla su proceso de parto, cuando tiene una mayor participación en su parto, y cuando se ve incrementada su seguridad y propia capacidad.

CONCLUSIÓN 2.2

El “**Apoyo por parte de los profesionales**” y en especial el “**Apoyo por parte de la matrona**” es uno de los factores más importantes para la mujer en su proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato y está directamente relacionado con la satisfacción general de la mujer en ambos modelos de atención al parto. Este factor influye en la satisfacción general de la mujer en el parto, en la propia capacidad de la mujer, en el control sobre su proceso de parto, en el cumplimiento de sus expectativas, en la participación de la mujer en la toma de decisiones, en el contacto precoz de la madre con el recién nacido, el adecuado alivio del dolor en la dilatación, el buen apoyo del pareja/acompañante, la satisfacción de la pareja /acompañante, y en la finalización del proceso del parto propiciando el parto natural y la mínima intervención en el mismo.

CONCLUSIÓN 2.3

El factor **“Dolor durante el proceso de dilatación”** es importante pero no determinante para la satisfacción de la mujer. Lo más importante es que los profesionales conozcan las expectativas que la mujer tiene sobre el dolor en el parto para intentar cumplirlas, y realizar el apoyo que necesite para que el dolor no la haga perder el control y su propia capacidad para mantener un rol activo en su proceso de dilatación y parto, factores que si no se logran producen gran frustración en la mujer.

CONCLUSIÓN 2.4

La satisfacción general será mayor si no aparece dolor en el postparto, y esto ocurre cuando el parto es respetado, o sea, no se realizan intervenciones innecesarias sobre él.

CONCLUSIÓN 2.5

Comparando ambos modelos de asistencia se observa que la satisfacción general de la mujer es mayor en el modelo humanizado de asistencia al parto dirigido por matronas. Además este modelo influye más positivamente sobre las siguientes dimensiones de la satisfacción de la mujer que el modelo biomédico de atención compartida: apoyo por parte de los profesionales, cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto y puerperio inmediato, contacto de la madre con el recién nacido, apoyo de la pareja/acompañante, dolor en la dilatación y en el puerperio inmediato, el entorno físico y la satisfacción del acompañante.

CONCLUSIÓN 2.6

El factor de la **“Participación de la mujer”** también influye en la satisfacción general de la mujer con su proceso de parto. El modelo humanizado favorece la participación de la mujer en la toma de decisiones sobre las posiciones a adoptar tanto en la dilatación como en el expulsivo mientras que el modelo biomédico no.

A partir del objetivo específico 3, “Conocer, describir y valorar las expectativas de las mujeres en relación a los factores que condicionan la satisfacción de la mujer, los resultados obstétricos y el modelo de asistencia al parto”, obtenemos la conclusión 3 que se expone a continuación.

CONCLUSIÓN 3

El factor **“Cumplimiento de las expectativas de la mujer”** es un factor muy importante. La importancia radica en su relación con unos buenos resultados obstétricos, el fomento de la propia capacidad de la mujer y de involucrarla en la toma de decisiones de forma que pueda controlar su proceso de parto.

A partir del objetivo específico 4, “Conocer, describir y comparar la satisfacción de la pareja/acompañante de la mujer en dos modelos diferentes de asistencia al parto, humanizado dirigido por matronas y biomédico de atención compartida (matronas y ginecólogos)”, obtenemos la conclusión 4 expuesta a continuación.

CONCLUSIÓN 4

La satisfacción de la pareja /acompañante es un factor importante puesto que está relacionado con una mayor satisfacción de la mujer y con el cumplimiento de las expectativas. Este es mayor en el modelo humanizado debido a que se puede realizar un mejor apoyo al mismo por parte de los profesionales y a que puede estar todo el tiempo con su mujer.

Al inicio de este estudio, se propuso la siguiente hipótesis: “El modelo humanizado dirigido por matronas de atención al parto aumenta el nivel de satisfacción de la mujer y su pareja y obtiene unos mejores resultados obstétricos”. A partir de los resultados obtenidos podemos afirmar que esta hipótesis se confirma tal y como se había predicho.

BLOQUE VI

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Abdellah, FG, Levine, E. (1965). *Better Patient Care through Nursing Research*. Macmillan, New York.
- Abramowitz S, Cote AA, Berry E. (1987). *Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach*. Quality Review Bulletin, 13, 122-130.
- Abushaikha L, Sheil EP, (2006). *Labour stress and nursing support: how do they relate?* Journal of International Women's Studies 7, 198–208.
- Acebedo –Urdiales S, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García MJ. (2007). *La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica*. Index de Enfermería, 16 (56), 40-44.
- Acién Álvarez P. (2001). Tratado de Obstetricia y Ginecología: Obstetricia. Alicante: Ediciones MOLLOY.
- Affonso DD. (1979). *Application of psychosocial concepts*. In: Clark AL, Affonso DD (eds) *Childbearing: a nursing perspective*. F. A. Davis, Philadelphia.
- Alcolea Flores S, Vázquez Soto C. (2011). *Analgesia y anestesia materna*. En *Enfermería de la mujer* (pp. 545-558). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Almeida CA, Tanaka OY. (2009). *Women's perspective in the evaluation of the Program for the Humanization of Antenatal Care and Childbirth*. Rev Saude Publica. 43(1), 98-104. English, Portuguese.

- Anderson LA, Zimmerman MA. (1993). *Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management*. Patient Education and Counseling, 20, 27-36.
- Anonymous. (1985). *Appropriate technology for birth*. Lancet, 2, 436-7.
- Aranaz J, Herrero J, Mira J. (1987). *El hospital 'Virgen de los Lirios' del Insalud de Alcoy dibujado por sus usuarios (encuesta de post-hospitalización)*. Monografía sanitaria. Alicante: Insalud.
- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. (2008). *Gestión Sanitaria: Calidad y seguridad de los pacientes*. Alicante: Díaz de Santos.
- Aranaz J, Mira J, Terol F. (1987). *Estudio sobre encuestas de post-hospitalización. Un análisis comparativo*. I Congreso de Control de Calidad Asistencia. Valencia.
- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. (1981). *Fear of childbirth in late pregnancy*. Gynecol. Obstet. Invest., 12, 262-268.
- Arnau Sánchez J. *Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. (2012). *Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área 1 de Salud de la Región de Murcia*. Revista de Antropología Iberoamericana, 7, 225-247.
- Arroyo MP. (2001). *Calidad y humanización de los cuidados*. Metas de Enfermería, 39, 26-31.
- Astedt-Kurki P, Häggman-Laitla A. (1992). *Good nursing as perceived by clients: a starting point for the development of professional nursing*. Journal of Advanced Nursing, 17, 1195-1199.

- Ayers S, Pickering AD. (2001). *Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence*. Birth, 28, 111–118.
- Bailham D, Joseph S. (2003). *Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice*. Psychol Health Med, 8, 159-168.
- Baker R. (1991). *The reliability and criterion validity of a measure of patient's satisfaction with their general practice*. Family Practice, 8, 171-7.
- Ballesteros Meseguer C. (2014). *Factores que Condicionan la Práctica de la Episiotomía en el Marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un Hospital Universitario de la Región de Murcia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Ballard CG, Stanley AK & Brockington IF. (1995). *Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth*. British Journal of Psychiatry, 166, 525-528.
- Barrasa JI, Aibar C. (2003) *Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1968-2001*. Calidad Asistencial, 18(7), 580-590.
- Barry MJ, Fowler FJ, Mulley AG, Henderson JV, Wennberg JE. (1995). *Patient reactions to a program designed to facilitate patient participation in treatment decisions for benign prostatic hyperplasia*. Med Care, 33, 771-782.
- Beaton J, Gupton A. (1990). *Childbirth expectations: a qualitative analysis*. Midwifery 6, 133±139.
- Becker G, Newsom E. (2003). *Socioeconomic status and dissatisfaction with healthcare among chronically ill African Americans*. Am J Public Health, 93, 742-748.
- Beck NC, Siegel LJ, Davidson NP, Kormeier S, Breitenstein A, Hall DG. (1980). *The prediction of pregnancy outcome: Maternal preparation, anxiety and attitudinal sets*. J. Psychosom. Res, 24, 343-351.

- Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Ii M, Misago C. (2010). *Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan*. BMC Pregnancy Childbirth. 10,25.
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W.(2011).*The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highlyspecialized university affiliated hospital*. BMC Women's Health. 11(1), 53.
- Bene-Kociemba A, Cotton P, Fortgang R. (1982). *Assessing patient satisfaction with state hospital and aftercare services*. Am J Psychol, 139, 660-662.
- Ben-Sira Z. (1980). *Affective and instrumental components in the physician-patient relationship*. J Health Soc Behav, 21, 170-180.
- Berg M, Lundgren I, Hermansson E et al. (1996). *Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth*. Midwifery, 12, 11±15.
- Berg M, Dahlberg K. (1998). *A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth*. Midwifery 14(1), 23±29.
- Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. (1990). *Physicians behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients*. Cancer, 65, 182-192.
- Blendon RJ, Donelan K. (1991). *Public opinion about Spain's National Health System*. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Anexo III. Madrid.
- Bolívar I, Grupo de estudio de la utilización de los servicios sanitarios de Mataró. (1999). *Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria*. GacSanit, 13(5), 371-83.
- Bond, S, Thomas L H (1992). *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. Journal of Advanced Nursing, 17, 52-63.

- Booth CL, Meltzoff AN. (1984). *Expected and actual experience in labour and delivery and their relationship to maternal attachment*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2, 79-91.
- Bowers MR, Swan JE, Kohler WF (1994). *What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?* Health Care Manage Rev. 4, 49-55.
- Bowers BB. (2002). *Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research*. JOGNN, 31(6), 742-752.
- Bowie C, Richardson A, Sykes W. (1996). *Consulting the public about health service priorities*. Br J Gen Pract, 46, 525-528.
- Boyce PM, Todd AL. (1992). *Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section*. Med J Aust, 157, 172-4.
- Bramadat I.J. & Driedger M. (1993). *Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement*. Birth 20, 22-29.
- Breslau N, Mortimer EA. (1981). *Seeing the Same Doctor: Determinants of Satisfaction With Specialty Care for Disabled Children*. Medical Care, 19, 741-757.
- Bretin H y Gómez-Bueno. (2010). *Amabilidad, respeto y dignidad. Hacia la humanización del parto y del nacimiento*. Junta de Andalucía. Conserjería de Sanidad.
- Britton JR. (2006). *Global satisfaction with perinatal hospital care: stability and relationship to anxiety, depression, and stressful medical events*. American Journal of Medical Quality, 21, 200-205.
- Brown S, Lumley J. (1997). *The 1993 survey of recent mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy*. Int J Qual Health Care, 9, 264-75.
- Brown S, Lumley J. (1998). *Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women*. Br J Obstet Gynaecol, 105, 143-55.

- Brucker MC, MacMullen NJ. (1987). *Delivery scripts: fantasy versus reality*. Points of view, 24, 20-21.
- Brüggemann O, Parpinelli M, Duarte MJ. (2005). *Evidence on support during labor and delivery: a literature review*. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 21(5), 1316-1327.
- Butani P, Hodnett E. (1980). *Mother's perceptions of their labor experiences*. Matern Child Nurs J, 9, 73-82.
- BYDLOWSKI, M. & RAOUL-DUVAL, A. (1978). *Un avatar psychique meconnu de la puerperalite: la nevrose traumatique postobstetricale*. Perspectives Psychiatriques, 4, 321-328.
- Cafferata G, Roghmann K. *Patient satisfaction and the use of health service: explorations in casuality*. Eastern Sociological Meetings, 1978.
- Caldeyro-Barcia R. (1980). *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*. Conferencia. Publicación científica 858 del CLAP, Montevideo.
- Callister LC, Khalaf I, Kartchner R, Vehvilainen-Julkunen K. (2003). *The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women*. Pain Management Nursing, 4, 145-154.
- Camacho F, Weisman C, Anderson R, Hillemeier M, Schaefer E, Paul I. (2011). *Development and validation of a scale measuring satisfaction with maternal and newborn health care following childbirth*. Matern Child Health J, DOI 10.1007/s10995-011-0823-8.
- Caminal J. (2001). *La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios*. RevCalidAsist, 16, 276-9.
- Caminal J, Schiaffino A, Segura A. (1997). *Análisis de la satisfacción/opinión sobre los servicios sanitarios en la Enquesta de Salut de Catalunya*. En: Pla de Salut de

- Catalunya, 1996-1998. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Generalitat de Catalunya.
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. (2001). *Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary care*. Qual Health Care, 19, 90-95.
- Campero L, García C, Díaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. (1998). *Alone, I wouldn't have known what to do: a qualitative study on social support during labour and delivery in Mexico*. SocSci Med, 47, 395-403.
- Candlish P, Watts P, Redman S, Whyte P, Lowe J. (1998). *Pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca: un estudio sobre la satisfacción la atención recibida y con la calidad de vida*. Rev Calidad Asisten, 13, 408-412.
- Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ, Parslow RC, Pozzilli P, Brigis G, Stoyanov D, et al. (2008). *Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies*. Diabetologia, 51(5), 726-735.
- Carr-Hill RA. (1992). *The measurement of patient satisfaction*. Journal of Public Health Med, 14,236-49.
- Carrillo García C. (2011). *Un estudio sobre la satisfacción de la vida laboral en profesinales sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Región de Murcia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Castillo L, Dougnac A, Vicente I, Muñoz V, Rojas V. (2007). *Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario*. Rev Med Chile, 135, 696-701.
- Castro JC, Clapis MJ. (2005). *[Humanized birth according to obstetric nurses involved in birth care]*. Rev Lat Am Enfermagem. 13(6), 960-7. Epub 2006 Jan26. Portuguese.

- Cechin PL. (2002) [*Rescue of natural delivery in the technology era*]. Rev Bras Enferm. 55(4), 444-8. Portuguese.
- Chalmers B. (1992). *WHO Appropriate Technology for Birth Revisited*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 99, 709-710.
- Chalmers B, Mangiaterra, V, Porter R. (2001). *WHO. Principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course*. Birth. 28(3), 202-7.
- Chalmers B, Porter R. (2001). *.Assessing effective care in normal labour: the Bologna Score*. Birth, Jun, 28(2), 79-83.
- Christiaens W, Bracke P. (2007). *Assessment of social psychological determinants of satisfaction with child birth in a cross-national perspective*. BMC Pregnancy Childbirth, 7, 26.
- Churchill H. (1995). *Perceptions of childbirth: are women properly informed?* Nursing Times 91, (45), 32±33.
- Cleary PD, McNeil BJ. (1988). *Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care*. Inquiry 25, 25-36.
- Climie CR, Cope TI, Stevens LH, Lancanster P, Parkinson RS, Sutherland R, et al. (1973). *Consumer satisfaction in the labour ward*. Med J Aust, 2, 1081-1084.
- Cohen JA. (1984). *Florence Nightingale*. Investigación y Ciencia, 92, 92-100.
- Cohen JA. (1991). *Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson*. Journal of Advanced Nursing: 16, 899-909.
- Cohen S, Amar D, Pantuck CB, Pantuck EJ, Goodman EJ, Leung DH. (1996). *Epidural analgesia for labour and delivery: fentanyl or sufentanil?* Can J Anaesth, 43, 341-6.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA.1973. (consultada el 1-2-12). Disponible en:

http://www.portalcecova.es/es/profesional/deontolog_index.asp?section=4&frm=f2

- Cooke M, Ronalds C. (1985a). *Women doctors in urban general practice: the patients*. BMJ 290, 753-755.
- Cooke M, Ronalds C. (1985b). *Women doctors in urban general practice: the doctors*. BMJ 290, 755-758.
- Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. (2000). *Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors*. Birth, 27, 104–111.
- Cromarty I. (1996). *What do patient think about during their consultations? A qualitative study*. Br J Gen Pract, 311, 1155-1158.
- Crowe K, von Baeyer C. (1989). *Predictors of a positive childbirth experience*. Birth, 16(2), 59±63.
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L et al. (2002). *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technol Assess, 6, 1-244.
- Curry PD, Pacsoo C, Heap DG. (1994). *Patient-controlled epidural analgesia in obstetric anaesthetic practice*. Pain, 57, 125-8.
- Czarnocka J, Slade P. (2000). *Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth*. Birth J Clin Psychol, 39, 35–51.
- Da Costa D, Clarke AE, Dobkin P, Senecal JL, Fortin P, Danoff D, Esdaile J. (1999). *The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus*. Int J Quality Health Care, 11, 201-207.

- D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. (2005). *Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana*. BMC Public Health, 22, 140.
- Dannenbring D, Stevens M, House A. (1997). *Predictors of Childbirth Pain and Maternal Satisfaction*. Journal of Behavioral Medicine, 20(2), 127-142.
- Da Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM.(2011). [*Living the birth process in a humanized assistance model*]. Rev Bras Enferm. 64(1), 60-5.
- Davim RM, Bezerra LG. (2002). [*Care for parturient women by obstetrical nurses in the Midwifery project: an experience report*]. Rev Lat Am Enfermagem. 10(5), 727-32. Portuguese.
- Delgado A, López-Fernández LA, Dios Luna J. (1993). *Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users*. Medical Care, 6 (38), 35-37.
- Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M.(2010). *Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument*. BMC Pregnancy and Childbirth. 10, 81-88.
- DeVries, RG. (1984). *"Humanizing" childbirth: the discovery and implementation of bonding theory*. Int J Health Serv. 14(1), 89-104.
- Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. (2003). *Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour*. Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, 43, 463-468.
- Diersen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Brugos-Llamazares I, Gómez-Acebo I, Llorca J. (2009). *Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria*. An. Sist. Sanit. Navar, 32(3), 317-325.
- Doering SG, Entwisle DR, Quinlan D. (1980). *Modeling the quality of women's birth experience*. Journal of Health and Social Behavior, 21, 12-21.

- Doering E. (1983). *Factors influencing impatient satisfaction with care*. Quality Review Bulletin, 9, 291-299.
- Donabedian A. (1992). *Quality assurance in health care: consumers' role*. Qual Health Care, 1, 247-251.
- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. Millbank Memorial Fund Quarterly 44,166-206.
- Donat Colomer F. (2001). *Enfermería maternal y ginecológica*. Barcelona: MASSON.
- Draper M, Cohen P, Buchan H. (2001). *Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys?* International journal for quality in health care, 13(6), 463-468.
- Drew NC, Salmon P, Webb L. (1989). *Mothers', midwives' and obstetricians views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 96, 1084-1088.
- Drummond J, Rickwood D. (1997). *Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory in an Australian sample*. Journal of Advanced Nursing 26, 613± 622.
- Elbourne D, Wiseman RA. *Types of intra-muscular opioids for maternal pain relief in labour*. The Cochrane Library 2000 [software program]. Oxford: Update Software. Issue 4.
- el-Nemer A, Downe S, Small N. (2006). *'She would help me from the heart': An ethnography of Egyptian women in labour*. Soc Sci Med; 62(1), 81-92.
- Enkin M, Kierse M; Renfrew M, Nielson J.(1995). *A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford Medical Publications.

- Enkin M, Kierse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyer J. (2000). *A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- Erenel AS, Akkuzu G (1999). *Saglik personeli-hasta iliskisine kadin acisindan bakis: dogum deneyimi [A perspective of the women to the relationship between health professional and patient: the delivery experience]*. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, 7, 22–28.
- Faggian L, Zennaro R, Luppardi T, Cicciarella R, Sannito F, Tirocinio A, Menegghel A. (1999). *Transcutaneous electrical nerve stimulation as treatment of the delivery pain*. Rivista di Obstetricia e Ginecologia, 12(1), 39-42.
- Fahy K. (1998). *Being a Midwife or Doing Midwifery*. Australian College of Midwives Incorporated Journal. 11(2), 11-16.
- FAME. (2007). *Iniciativa Parto Normal*. Documento de Consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Faure EAM. (1991). *The pain of parturiti-on*. Semin. Perinatol, 15, 342-347.
- Fawcett J., Pollio N. & Tully A. (1992). *Women's perceptions of cesarean and vaginal delivery: another look*. Research in Nursing and Health 15, 439–446.
- Federación de Asociaciones de Matrona de España. (2006). *Definición de parto normal*. Vélez-Málaga: FAME. (consultado el 28/11/11). Disponible en: www.federacion-matronas.org
- Feldman R, Eildeman A, Sirota L, Weller A. (2002). *Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care parenting outcomes and preterm infant development*. Pediatrics, 110, 16-26.
- Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. (1986). *Patient satisfaction with primary care consultations*. J Behav Med, 9, 389-399.

- Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. (2005). *The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women*. Midwifery, 21, 23-35.
- FIGO. *Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics*. Int J GynecolObstet1992; 38 (Suppl), S79-S80.
- Fitzpatrick R. (1984). *Satisfaction with health care*. In the Experience of Illness, ed. R. Fitzpatrick, pp. 154-175. Tavistock, London.
- Fitzpatrick JM, While AE, Roberts JD. (1992). *The role of the nurse in high-quality patient care: a review of the literature*. Journal of Advanced Nursing, 17, 1210-1219.
- Fleissig A. (1993) *Are women given enough information by staff during labour and delivery?* Midwifery 9, 70±75.
- Flint C. (1991). *Continuity of care provided by a team of midwives ± the Know Your Midwife Scheme*. In: Robinson S, Thomson AM (eds). Midwives, research and Childbirth, Vol 2. Chapman and Hall, London.
- Fontenot RJ, Price RL, Henry A, Reisner LS, Weinger MB. (1993). *Double-blind evaluation of patient-controlled epidural analgesia during labor*. Int J Obstet Anesth, 2, 73-7.
- Fowles, E.R. (1998). *Labor concerns of women two months after delivery*. Birth 25, 235–240.
- Fox J, Storms D. (1981). *A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care*. Soc Sci Med, 15, 557-564.
- Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. (2000). *Amniotomy for shortening spontaneous labor (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software.

- Freemon B et al. (1971). *Gaps in doctor-patient communications: Doctor-patient interaction analysis*. *Pediatr Res*, 5, 298-311.
- Furuta M, Sandall J, Bick D. (2012). *A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (1), 125.
- Gamble J, Creedy DK, Teakle B. (2007). *Women's expectations of maternity services: a community-based survey*. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 20, 115-120.
- Gambling DR, Yu P, McMorland GH, Palmer L. (1988). *A comparative study of patient controlled epidural analgesia (PCEA) and continuous infusion epidural analgesia (CIEA) during labour*. *Can J Anaesth*, 35, 249-54.
- García de Lima Parada CM, Leite Carvalhaes MA. (2007). *Childbirth care: contributing to the debate on human development*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 15 Spec No, 792-8.
- Garzón Alarcón N. (2010). *Florence Nightingale murió hace 100 años... pero sus ideales y su obra aún perduran*. *Av. enferm*, 28 (2) July/Dec.
- Geary M, Fanagan M, Boylan P. (1997). *Maternal satisfaction with management in labour and preferences for mode of delivery*. *J Perinat Med*, 25, 433-439.
- Gibb DMF. (1994). *Operative delivery in safe practice*. In: Clemence RV (ed.) *Obstetrics and gynaecology; a medico legal handbook*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Gibbins J, Thomson AM. (2001). *Women's expectations and experiences of childbirth*. *Midwifery*, 17, 302-13.
- Goldbeck-Wood S. (1996). *PTSD may follow childbirth*. *BMJ*, 313, 774.

- Gómez Robles FJ, Bernabeu Gras MR, Cerezo Munuera A, Gavilan Díaz M, Muñoz Selva A.(2009). *Instrumentos para la medición de la calidad de la atención en el parto normal*. Investigación & Cuidados, 1º semestre, 7(14), 6-10.
- Gonçalves R, de Azevedo Aguiar C, Merighi MA, de Jesus MC. (2011). [*Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective*]. Rev Esc Enferm USP.; 45(1), 62-70. Portuguese.
- González-Valentín MA, Padín López S, De Ramón Garrido E. (2005). *Satisfacción del paciente con la atención de enfermería*. Enfermería Clínica, 15(3), 147-55.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. (2004). *Factors related to childbirth satisfaction*. J AdvNurs, 46, 212-9.
- Gray LC. (1980). *Consumer Satisfaction With Physician Provided Services: A Panel Study*. Social Science and Medicine, 14A, 65-73.
- Greener D. (1991). *Development and validation of the nurse-midwifery clinical data set*. Journal of Nurse- Midwifery. May/Jun, 36(3), 174-183.
- Green J, Baston H. (2003). *Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences*. Birth, 30(4), 235-247.
- Green J, Coupland V, Kitzinger J. (1990). *Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women*. Birth, 17(1), 15-24.
- Green J, Coupland V, Kitzinger J. (1998). *Great expectations- a prospective study of women's expectations and experiences of childbirth*. Cheshire: Books for Midwives Press.
- Green JM. (1993). *Expectations and experiences of pain in labour: findings from a large prospective study*. Birth, 20, 65-72.
- Greenley JR, Schoenherr RA. (1981). *Organisation Effects on Client Satisfaction With Humaneness of Service*. Journal of Health and Social Behavior, 22, 2-18.

- Greenwood M. (1993). *Patients' views of oral day surgery*. British Dental Journal, 175, 130-132.
- Grilo Diniz CS. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. (Tesis Doctoral). Faculdade de Medicina, São Paulo
- Grupo Curumin. (1993). *Midwives of the Sertao: the magic of survival*. Women's Health J. (4), 44-5.
- Guililand K, Pairman S. (1995). *The Midwifery Partnership*. Victoria University, Wellington.
- Gulvog B. (1999). *Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris?* Int J Quality Health Care, 11, 233-240.
- Gungor I, Beji NK. (2007). *Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey*. Western Journal of Nursing Research, 29, 213-231.
- Gungor I, Beji NK. (2011). *Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth*. Midwifery, doi:10.1016/j.midw.2011.03.009.
- Hallgren A, Kihlgren M, Norberg A et al. (1995). *Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth*. Midwifery, 11, 130±137.
- Hall JA, Dornan M. (1988). *Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels*. SocScie Med, 27, 637-644.
- Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. (1994). *Satisfaction, gender and communication in medical visits*. Medical Care, 32, 1216-1231.

- Hall SM, Holloway IM. (1998). *Staying in control: women's experiences of labour in water*. Midwifery 14, 30±36.
- Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V. (1992). *Links between early post-partum mood and post-natal depression*. Br J Psychiatry, 160, 777-80.
- Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. (2008). *Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study*. Bmj, 336(7635), 85-87.
- Harriott, EM, Williams TV, Peterson MR. (2005). *Childbearing in U.S. military hospitals: dimensions of care affecting women's perceptions of quality and satisfaction*. Birth 32, 4–10.
- Hart M.A. & Foster S.N. (1997). *Couples' attitudes toward childbirth participation: relationship to evaluation of labor and delivery*. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 11, 10–20.
- Harvey S, Rach D, Stainton MC, et al. (2002). *Evaluation of satisfaction with midwifery care*. Midwifery, 18, 260-7.
- Hass M. (1999). *The relationship between expectations and satisfaction: a quality study of patients experiences of surgery for gynecological cancer*. Health Expectat, 2, 51-60.
- Hatem M, Sandall J, Devane D, et al. (2008). *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database Syst Rev; (Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858. CD004667.pub2).
- Hauck Y, Fenwick J, Downie J, et al. (2007). *The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience*. Midwifery, 23, 235-47.
- Heaman M, Beaton J, Gupton A et al. (1992). *A comparison of childbirth expectations in high-risk and low-risk pregnant women*. Clinical Nursing Research, 1, 252-265.

- Hernando P, Lechuga FJ, Gumà JR, Martín-Floridos C, Vivancos H, Carrau E, Bonastre M. (2001) *Valoración de La satisfacción en pacientes hospitalizados por IAM: la utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión*. Calidad Asistencial, 16, 261-268.
- Hibbard J, Jewett J. (1997). *Will quality report cards help consumers?* Health Affairs, 16, 218-228.
- Hildingsson I, Cederlof L, Widen S. (2011). *Fathers' birth experience in relation to midwifery care*. 24(3), 129-136.
- Hildingsson I, Thomas JE. (2007). *Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems and solutions*. Journal of midwifery and women's health, 52(2), 126-133.
- Hillier CA Slade P. (1989). *The impact of antenatal classes on knowledge, anxiety and confidence in primiparous women*. Journal of Reproductive and Infant Psychology 7(1): 3±13.
- Hodnett E. (1997). *Are nurses effective providers of labour support? Should they be? Can they be?* Birth 24(2), 78±80.
- Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. (2010). *Home-like versus conventional institutional settings for birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews (1) Art. No.: CD000012.doi: 10.1002/14651858. CD000012.pub2.
- Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. (2010). *Alternative versus conventional institutional settings for birth (Review)*. The Cochrane Library. Consultado en <http://www.thecochranelibrary.com> el día 10 de enero de 2014.
- Hodnett E. (2002). *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(5), 160-172.

- Hopton JL, Howie JGR, Porter MD. (1993). *The need for another look at the patient in General Practice satisfaction surveys*. Journal of Family Practice, 10, 82-87.
- Houts PS, Yasko JM, Benham Kahn S, Schelzel GW, Marconi KM. (1986). *Unmet psychological, social, and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania*. Cancer, 58, 2355-2361.
- Howell E, Concato J. (2004). *Obstetric patient satisfaction: asking patients what they like*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 190, 175-82.
- Humenick SS. (1981). *Mastery - the key to childbirth satisfaction - A review*. Birth and the Family Journal, 8, 79-83.
- Hulka B et al. (1970). *Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care*. Med Care, 8, 429-35.
- Hulka B et al. (1975). *Correlates of satisfaction and dis-satisfaction with medical care: A community perspective*. Med Care. 13, 648-58.
- Hulka B, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. (1970). *Scale for the measurement of attitudes toward physician and primary medical care*. Med Care, 8, 429-435.
- Hung CH, Hsu YY, Lee SF. (1997). *Couples' satisfaction with health care service during labor and delivery*. Kaohsiung J Med Sci, 13, 225-262.
- Huygen FJA, Mokkink HGA, Smits AJA, Van Son JAJ, Meyboom WA, Van Eyk JThM. (1992). *Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients*. Br J Gen Pract, 42, 141-144.
- Hundley V, Cruickshank F, Lang G, et al. (1994). *Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care*. BMJ, 309, 1400-1404.
- Hundley V, Cruickshank F, Milne J et al. (1995). *Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife managed delivery unit*. Midwifery, 11, 163-173.

- Hundley VA, Milne JM, Glazener CMA, Mollison J. (1997). *Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomized controlled trial of midwife-led care*. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 104, 1273-1280.
- Hundley V, Rennie A-M, Fitzmaurice A, Graham W, Van Teijlingen E, Penney G. (2000). *A national survey of women's views of their maternity care in Scotland*. Midwifery, 16, 303-313.
- Hundley V, Ryan M, Graham W. (2001). *Assessing women's preferences for intrapartum care*. Birth, 28(4), 254-263.
- Hung CH, Hsu YY, Lee SF. (1997) Couples' satisfaction with health care service during labor and delivery. Kaohsiung J Med Sci, 13, 255-62. Abstract
- International Confederation of Midwives. (2005). *Definición de matrona*. (consultado el 10/12/11). Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/index>.
- Versión en castellano disponible en: www.federacion-matronas.org
- Jansen PA, Dennis CL, Reime B. (2006). *Development and psychometric testing of the Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction (COMFORTS) Scale*. Research in Nursing and Health, 29, 51-60.
- James KS, Mc Grady E, Quasim I, Patrick A. (1998). *Comparison of epidural bolus administration of 0.25% bupivacaine and 0.1% bupivacaine with 0.0002 % fentanyl for analgesia during labour*. Br J Anaesth, 81, 507-10.
- Johanson R, Newburn M, MacFarlane A. (2002). *Has the medicalization of childbirth gone too far?* British Medical Journal, 324, 829-895.
- Johnson MI. (2001). *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) and TENS-like devices: do they provide pain relief?* Pain. Rev. (oct.-dic.), 8(3/4), 121-58.

- Johnson M, Langdon R, Yong L, Stewart H, Kelly P. (2002). *Comprehensive measurement of maternal satisfaction: The modified Mason Survey*. International Journal of Nursing Practice, 8, 127-136.
- Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, Ghorayeb F. (2000). *Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity?* Social Science & Medicine, 51, 103-113.
- Kadner K. (1994). *Therapeutic intimacy in nursing*. Journal of Advanced Nursing, 19, 215-218.
- Kannan S, Jamison RN, Datta S. (2001). *Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth*. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 26, 468-472.
- Kane RL, Maciejewski M, Finch M. (1997). *The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes*. Med Care, 35, 714-730.
- Kaplan MD. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica*. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kendon A. (1970). *Some functions of gaze direction in social interaction*. Acta Psychologica, 26, 22-63.
- Khayat K, Salter B. (1994). *Patient Satisfaction surveys as a market research tool for general practices*. British Journal of General Practice, 44, 215-219.
- Kirke PN. (1980). *Mothers' views of obstetric care*. Br J ObstetGynaecol, 87, 1029-33. Abstract
- Kirke PN. (1980). *Mothers' views of care in labour*. Br J ObstetGynaecol, 87, 1034-8. Abstract
- Knapp L. (1996). *Childbirth satisfaction: The effects of internality and perceived control*. Journal of Perinatal Education, 5, 7-16.

- Koos E. (1954). *The health of regionville*. New York: Hafner.
- Krause K. (1993). *Coping with cancer*. Western Journal of Nursing Research, 15, 31-43.
- Kumar RC. (1997). *Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding*. Brit J Psychiat, 171, 175–181.
- Kuo SC. (2005). [*Humanized childbirth*]. Hu Li ZaZhi. 52(3), 2 1-8. Chinese.
- Labrecque M, Nouwen A, Bergeron M, Rancourt JF. (1999). *A randomized controlled trial of nonpharmacologic approaches for relief of low back pain during labor*. L FamPract, 48, 4259-63.
- LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. 1978 (consultada el 1-2-12). Disponible en: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
- LaCrosse MB. (1975). *Nonverbal behavior and perceived counsellor attractiveness and persuasiveness*. Journal of Counselling Psychology, 22, 563-566.
- Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. (2008). *More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour*. BMC Medicine, 14, 6-7.
- Larsen D, Rootman I. (1976). *Physician role performance and patient satisfaction*. Soc Sci Med, 10, 29-32.
- Larsen KM, Smith CK. (1981). *Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview*. Journal of Family Practice, 12, 481-488.
- Laurence R.J. (1997). *Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth*. Canadian Medical Association Journal 156, 831–835.
- Lavender T, Walkinshaw S A, Walton I. (1999). *A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience*. Midwifery, 15, 40-46.

- Lev-Wiesel R, Chen R, Daphna-Tekoah S, Hod M. (2009). *Past traumatic events: are they a risk factor for high-risk pregnancy, delivery complications, and postpartum posttraumatic symptoms?* J Women's Health, 18, 119-125.
- LEY 41/2002 DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- LEY GENERAL DE SANIDAD, LEY 14/1986. (consultada el 1-2-12). Disponible en: http://www.unileon.es/ficheros/servicios/prevencion/ley14_1986.pdf
- Ley P, Spelman M. (1967). *Communicating with the patient*. Staples Press, London.
- Linder-Pelz S. (1982). *Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses*. SocSciMed, 16, 577-582.
- Linn L et al. (1985). *Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices*. Med Care, 23, 1171-1178.
- Linn LS. (1975). *Factors Associated With Patient Evaluation of Health Care*. Milbank Memorial Fund Quaterly: Heath and Society, 4, 531-548.
- Lipson JG. (2000). *Cultura y Cuidados de Enfermería*. Index de Enfermería, 28-29, 19-25.
- Liu G, Franssen E, Fitch M, Warner E. (1997). *Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy*. J Clin Oncol, 115, 110-115.
- Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. (2007). *Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term*. Cmaj, 176(4), 455-460.
- Lochman JE. (1983). *Factors Related to Patients' Satisfaction With Their Medical Care*. Journal of Community Health, 9, 91-109.

- Locker D, Dunt D. (1978). *Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care*. Social Science & Medicine 12, 283-292.
- Loecken K, Steine S, Sandvik L, Laerum E. (1997). *A new instrument to measure patient satisfaction with mamography*. Med Care, 35, 731-741.
- Lomas J, Dore S, Enkin M et al. (1987). *The Labor and Delivery Satisfaction Index: The development and evaluation of a soft outcome measure*. Birth, 14, 125-129.
- López A. (2005). *La satisfacción de los usuarios: un determinante de la calidad asistencial*. Metas Enfermería, 8(1). 53-54.
- Lowe NK. (1987). *Individual variation in childbirth pain*. J. Psychosom. Obstet. Gynecol., 7, 183-192.
- Lowe NK. (1989). *Explaining the pain of active labour: the importance of maternal confidence*. Research in Nursing and Health, 12, 237±245.
- Lowe NK. (1991). *Maternal confidence in coping with labour*. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 20(6), 457±463.
- Lowe NK. (1996). *The pain and discomfort of labour and birth*. Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing, 25(1), 82±92.
- Lowe NK. (2002). *The nature of labor pain*. Am J Obstet Gynecol, 186(5 Suppl Nature): S16-S24.
- Luque Fernández MA, Oliver Reche MI. (2005). *Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto*. Index de Enfermería, 14(48-49), 9-13.
- McKay S, Smith SY. (1993). *'What are they talking about? Is something wrong?' Information sharing during the second stage of labour*. Birth 20(3), 142±147.
- Mackey MC. (1990). *Women's preparation for the childbirth experience*. Maternal and Child Nursing Journal 19(2): 143±173.

- Mackey MC. (1995). *Women's evaluation of their childbirth performance*. Maternal Child Nursing Journal, 23, 57-72.
- Mackey MC. (1998). *Women's evaluation of the labor and delivery experience*. Nursing Connections 11, 19-32.
- Mackinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. (1997). *Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of ours primary medical are in the United Kingdom: development of a patient questionnaire*. Br Med J, 314, 193-198.
- Maderuelo Fernández JA, CarriedoUle E, Serrano Temprano M, Almaraz Gómez A, Berjón Barrientos AC. (1996). *Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi*. Atención Primaria, 17(5), 80-84.
- Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. (1996). *Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria, un estudio Delphi*. Aten Prim, 17, 80-84.
- Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. (2003). *Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales*. Gac Sanit, 20, 31-39.
- Madhoc R, Bhopal RS, Ramaiah RS. (1992). *Quality of hospital service: a study comparing "Asian" and "non-Asian" patients in Middlesborough*. Journal of Public Health Medicine, 14, 271-279.
- Mahon PY. (1996). *An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care*. Journal of Advanced Nursing, 24, 1241-1248.
- Manning MM and Wright TL. (1983). *Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth*. J. Personal. Social Psychol, 45, 421-431.
- Martínez Ortega RM, García Perea E. (2011). *Enfermería de la mujer*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

- Martínez-Roche ME. (2005). *Formación y Profesionalización de los Enfermeros Internos Residentes pertenecientes a las Unidades Docentes de Matronas de nuestros días*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia: Murcia.
- Martínez-Roche ME. (2012). *Unidad Docente de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Mason EJ. (1990). *Normas de calidad en enfermería*. Métodos de elaboración. Barcelona: Doyma.
- Mason V. (1993). *Women's experience of Maternity Care: a Survey Manual*. London: Office of population Censuses and Surveys Social Survey Division, HMSO.
- Mas-Pons R, et al. (2011). *Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la MackeySatisfactionChildbirth Rating Scale*. Gac Sanit.doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.019.
- McCourt C. (1998). *Update on the future of one-to-one midwifery*. MIDIRS Midwifery Digest, 8(1): 7±10.
- McCrea BH, Wright M. (1999). *Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour*. Journal of Advanced Nursing 29, 877–884.
- Melender HL. (2006). *What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant finnish women*. J Midwifery Womens Health, 51, 331–9.
- Melzack R, Kinch R, Dobkin P, Lebrun M, Taenzer P. (1984). *Severity of labor pain: Influence of physical as well as psychological variables*. Can. Med. J, 130, 579-584.
- Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch R. (1981). *Labor is still painfull after prepared childbirth*. Can. Med. J, 125, 357-363.
- Menage J. (1993). *Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures*. J Reprod Infant Psychol, 11, 221–228.

- Meredith P, Emberton M, Devlin HB. (1993) *What value is the patients' experience of surgery to surgeons? The merits and demerits of patient satisfaction surveys.* Annals of the Royal College of Surgeons of England, 75 (3 suppl.), 72-3.
- Meterko M, Nelson E, Rubin H, batalden P Berwich D, Hays R. (1990). *Patients judgements of hospital quality: report of a pilot study.* Med Care, 29, S1-S56.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Recomendaciones respecto a la atención familiar al parto en el ámbito de las direcciones provinciales del INSALUD, Gerencia de hospitales propios y administrados.* (1989). (consultado el 2/1/12). Disponible en: http://www.pangea.org/pdn/temdiv/rec_ministerio_sanidad.rtf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.* Recuperado de: Catálogo general publicaciones oficiales <http://www.060.es>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal.* (2010). (consultado 14/12/11). Disponible en: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>
- Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Bull JA (1992). *La satisfacción del paciente: Concepto y aspectos metodológicos.* Revista de Psicología de la Salud 4 (1) 89-116.
- Mira JJ, Aranaz J. (2000). *La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria.* MedClin, 114(Supl 3), 26-33.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. (2002). *Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria.* Rev Calidad Asistencial, 17(5), 273-83.
- Mira JJ. (2011). *Expectativas y satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria que reciben: ¿qué se valora positivamente y en qué podemos mejorar?* En XVI Jornadas de Enfermería sobre trabajos científicos (pp.39-42). Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

- Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, et al. (1999). *¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi*. Revista de Calidad Asistencial. 14, 165-178.
- Mira JJ. (2006). *La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados*. Todo Hospital. 224, 90-97.
- Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J. (2006). *No “estar satisfecho” no equivale a “estar insatisfecho”*. Revista Clínica Española; 206, 208-12.
- Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. (2010). *Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud*. Gac. Sanit; 24, 247-50.
- Mirowsky J, Ross CE. (1986). *Social pattern of distress*. Annual Review of Sociology, 12, 23-45.
- Modarres M, Afrasiabi S, Rahn timer P, Montazeri A. (2012). *Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms*. BMC Pregnancy and Childbirth, 12, 88-98.
- Molinski H. (1986). *Psychological changes in women during pregnancy and postpartum*. En Leysen, B., Njs, P. y Richter, D. (Eds.). Research in psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Acco, Leuven, págs. 121-126.
- Mompart García MP. (2003). *Calidad de la atención Sanitaria y de los Cuidados Enfermeros*. En: Administración de Servicios de Enfermería (pp. 153-175). Barcelona: MASSON.
- Mosallam M, Rizk DE, Thomas L, Ezimokhai M. (2004). *Women’s attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates*. Arch Gynecol Obstet; 269(3), 181-7.

- Moura FM, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça Rde C, de Araújo OD, da Rocha SS. (2007) [*Humanization and nursing assistance to normal childbirth*]. Rev Bras Enferm. 60(4), 452-5. Review. Portuguese.
- Munns J, Galsworthy E. (1995). *Expectations of pregnancy and birth in first-time mothers*. British Journal of Midwifery 3(4): 231±236.
- Murphy PA, Fullerton JT. (2001). *Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimally*. Journal of Midwifery & Women's Health, Sep/Oct 46(5), 274-284.
- Murray I, Wilcock A, Kobayashi L. (1996). *Obstetrical patient satisfaction*. J Health Care Mark, 16, 54- 7.
- NACIONES UNIDAS. *Declaración de los Derechos del Niño*. 1959. (consultada el 1-2-12). Disponible en: <http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=76227>
- Nagahama EE, Santiago SM. (2008). [*Childbirth practices and challenges for humanization of care in two public hospitals in Southern Brazil*]. Cad Saude Publica. 24(8), 1859-68. Portuguese.
- Nettleman MD. (1998) *Patient's satisfaction- What's new?* Clin Perform Health Care, 6(1), 33-37.
- Newton C. (1991). *Patient's knowledge of aspects of labour*. Nursing Times 87(12), 50.
- Niven C, Gijsbers K. (1984 a). *Obstetric and non-obstetric factors related to labor pain*. J. Reprod. Infant Psychol, 3, 45-53.
- Niven C. (1985). *How helpful is the presence of the husband at childbirth?* J. Reprod. Infant Psychol, 3, 45-53.
- Norr KL, Block CR, Charles A, Meyering S, Meyers E. (1977). *Explaining pain and enjoyment in childbirth*. J. Health Social Behav, 18, 260-275.

- Nystedt A, Hogberg U, Lundman B. (2005). *The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study*. Journal of clinical nursing, 14(5), 579-586.
- O'Driscoll K, Meagher D, Boylan P. (1996). *Asistencia activa en el parto*. Madrid: Mosby.
- Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. (2006). *Posttraumatic stress following childbirth: a review*. Clin Psychol Rev, 26, 1-16.
- Oliver RL. (1993). *A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts*. Advances in Services Marketing and Management; 2, 65-85.
- Olsson, P.; Jansson, L.; Norberg, A. (2000) *A qualitative study of childbirth as spoken about in midwives ante- and postnatal consultations*. Midwifery, 16, 123-134.
- Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. (2008). *Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study*. Birth, 35(2), 121-128.
- Parasuraman A, Zeithalm V, Berry L. (1988). *SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality*. Journal of Retailing, 64, 12-40.
- Parfitt YM, Ayers S. (2009). *The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond*. J Reprod Infant Psychol, 27(2), 127-142.
- Parrat J. (2002). *The impact of childbirth experiences on women's sense of self: A review of the literature*. Australian College of Midwives incorporated, 15(4): 10-16.
- Pascoe G.C. (1983). *Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis*, M 6, 185-210.
- Pascoe, G, Attkisson, C. (1983). *The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction*. Evaluation and Program Planning 6, 335-347.

- Pascoe G. (1983). *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Patient satisfaction in health and mental health services*. *Evaluat Prog Plan*, 6, 185-210.
- Peach MJ, Pavy TJ, Sims C, Westmore MD, Storey JM, White C. (1995). *Clinical experience with patient –controlled and staff-administered intermittent bolus epidural analgesia in labour*. *Anaesth Intensive Care*, 23, 459-63.
- Pelkonen M., Perälä M.J., Vehviläinen-Julkunen K., (1998). *Participation of expectant mothers in decision making in maternity care: results of a population-based survey*. *Journal of Advanced Nursing* 28:21–9.
- Pérez Bilbao J, Fidalgo Veja M. (1995). *NTP: 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf
- Pérez L. (2006). *Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos*. *Matronas Prof.*, 7(1), 14-22.
- Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword. (2005). *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care*. *Methodological Issues in Nursing Research*. 52, 672-681.
- Phillips L.H. & O'Hara M.W. (1991). *Prospective study of postpartum depression: four and one-half year follow-up of women and children*. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 151–155.
- Pilpel D, Naggan L. (1988). *Evaluation of primary Health services: the provider perspective*. *J Community Health*, 13, 210-221.
- Pinedo Velázquez, M.T. (2011). *El papel de la enfermera frente al bienestar espiritual del paciente*. En *La humanización de los cuidados: reto de la Enfermería del siglo XXI (pp.129-143)*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

- Pinedo Velázquez, M.T. (2011). *La humanización de los cuidados: reto de la Enfermería del siglo XXI*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Price C, Lafreniere L, Brosnan C, Findley I. (1998). *Regional analgesia in early active labour: combined spinal epidural vs epidural*. *Anaesthesia*, 58: 951-5.
- Proctor S. (1998). *What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives*. *Birth*, 25: 85-93.
- RAE (consultado el 10/12/11). Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
- Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P, et al. (1995). *Maternal expectations and experiences of labour pain: opinions of 1091 Finnish parturients*. *Acta Anaesthesiol Scand*, 39:60-6.
- Reading AE, Cox DN. (1985). *Psychosocial predictors of labour pain*. *Pain*, 22, 309-315.
- Reale G, Antiseri D. (1991). *Historia del pensamiento filosófico y científico*. Vol.1, Tr. Juan Andrés Iglesias, 2ª ed; Ed. Herder, Barcelona, p. 555.
- Reily P, Pike A, Phipps M, Weiner M, Miller N, Stengrevics S et al. (1996). *Learning from patients: a discharge planning improvement project*. *J Qual Improv*, 22, 311-322.
- Reynolds JL. (1997). *Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth*. *Can Med Assoc*, 156, 831-5.
- Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J, Buitendijk S.(2008). *Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands*. *Birth*, 35(2), 107-116.

- Risser, N. (1975). *Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings*. Nursing Research, 24, 45-52.
- Rivara G, Carlos G, Esteban M, et al. (2006). *Analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término*. Rev. peru. pediatr., 59, 18-25.
- Robles-García M, Diersen-Sotos T, Llorca-Díaz J, Díaz-Mendi, AR, Herrera-Carral P. (2004). *En busca de la excelencia: el perfil del paciente “supersatisfecho”*. Rev Calidad Asistencial, 19, 34-37.
- Roter D, Hall J, Katz N. (1987). *Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions*. Med Care, 25, 437-451.
- Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW. (1995). *Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial*. Medical Journal of Australia 163(6), 289-293.
- Rubin HR. (1990). *Can patients evaluate the quality of hospital care?* Medical Care Review, 47, 267-326.
- Rudman A, El Khouri B, Waldenström U. (2007). *Evaluating multi-dimensional aspects of post-natal hospital care*. Midwifery, doi:&0.1016/J.midw.2007.03.004.
- Russell R, Groves P, Reynolds F. (1993). *Is opioid loading necessary before opioid/local anaesthetic epidural infusions? A randomized double-blind study in labour*. Int. J ObstetAnesth, 2, 78-84.
- Russell R, Reynolds F. (1993). *Epidural infusion for nulliparous women in labour: a randomized double-blind comparison of fentanyl/bupivacaine and sufentanil/bupivacaine*. Anaesthesia, 48,856-61.
- Russell R, Reynolds F. (1996). *Epidural infusion of low-dose bupivacaine and opioid in labour: does reducing motor block increase the spontaneous delivery rate?* Anaesthesia, 51, 266-73.

- Ryding EL, Wijma K, Wijma B. (1998). *Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women*. Birth, 25(4), 246-251.
- Sadler L, Davison T, McCowan L. (2001). *Maternal satisfaction with active management of labor: A randomized controlled trial*. Birth, 28(4), 225-235.
- Sáinz A, Martínez B, Quintana O, Fernández A, Ferreira A, Nartin D et al. (1997). *Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del Insalud*. Rev Calidad Asisten, 12, 100-106.
- Salmon P, Drew NC. (1992). *Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationships to obstetric procedures, antenatal preparation and obstetric history*. J Psychosom Res, 36, 317-27.
- Salmon R, Miller R. (1990). *Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain*. Br J Med Psychol, 63, 255-9.
- Salvatierra Mateu V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- SandinBojö AK, Wilde Larsson B, Axelsson O. (2006). *Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to WHO recommendations for care in normal birth*. Midwifery, 22, 207-217.
- Santos OMB, Siebert ERC. (2001). *The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital*. Int J Gynaecol Obstet, 75 Suppl 1, S73-9.
- Sauls, D., (2004). *Adolescents' perception of support during labour*. Journal of Perinatal Education 13, 36-42.
- Schmid V. (2010). *El acercamiento al dolor en los grupos de preparación al nacimiento*. En: *El dolor del parto. Una nueva interpretación de la filosofía y de la función del dolor* (pp. 140-147): OBSTARE.

- Scott-Palmer J, Skevington SM. (1981). *Pain during childbirth and menstruation: A study of locus of control*. J. Psychosom. Res, 25, 151-155.
- Seeman M. (1959). *On the meaning of alienation*. American Sociological Review, 24:783-791.
- SEGO (2008). *Postura de la SEGO en la asistencia al parto*. Gaceta electrónica SEGO.
- Séguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. (1989). *The components of women's satisfaction with maternity care*. Birth, 16(3), 109-113.
- Seguranyes Guillot, G. (2004). *Cuidado de la mujer en el parto*. En *Enfermería Maternal* (pp. 189-197). Barcelona: Masson.
- Seguranyes Guillot, G. (2004). *Enfermería Maternal*. Barcelona: Masson.
- Sercekus, P., Okumus, H., (2009). *Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey*. Midwifery 25, 155–162.
- Shearer EL. (1995). *Commentary: many factors affect the outcome of prenatal classes*. Birth, 22(1), 27±28.
- Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, McGinley M, Smith LN. (1998). *Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomized controlled trial of 1299 women*. Midwifery, 14, 85-91.
- Sia AT, Chong JL, Chiu JW. (1999). *Combination of intrathecal sufentanil 10 plus bupivacaine 2.5 mg for labor analgesia: is half the dose enough?* Anesth Analg, 88: 362-6.
- Siassakos D, Clark J, Sibanda T, et al. (2009). *A simple tool to measure patient perceptions of operative birth*. BJOG, 116, 1755-1761.
- Sierra Talamantes C, Valls Andrés S, López López I, Famoso Poveda MA, Garrigós Hernández EM, Almela Zamorano M, Muñoz Izquierdo A. (2008). *Revisión de conceptos de calidad*. Enfermería Integral, 32-37.

- Siles González J, García Hernández E. (1995). *Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en Enfermería*. *Enfermería Científica*, 160-161, 10-14.
- Simkin P. (1991). *Just another day in a woman's life? Women's long term perceptions of their first birth experience. Part I*. *Birth*, 18, 203-210.
- Simkin P. (1992). *Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first-birth experiences*. *Birth*, 19, 64-81.
- Sitzia J, Wood N. (1997). *Patient satisfaction: A review of issues and concepts*. *SocSci Med*, 45(12), 1829-1843.
- Sixma HJ, Spreeuwenberg P, Van der Pasch M. (1998). *Patient satisfaction with the general practitioner*. *Med Care*, 36, 212-229.
- Sjogren B. (1997). *Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18, 266-272.
- Slade P, Macpherson SA, Hume A, Maresh M. (1993). *Expectations, experiences and satisfaction with labor*. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 469-483.
- Smith LFP. (2001). *Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability*. *Quality in Health Care*, 10, 17-22.
- Smith M, Acheson L, Byrd J, Curtis P, Day T, Frank S, et al. (1991). *A critical review of labor and birth care*. *J FamPract*, 33, 281-92.
- Soares RM, Moreira E, Carmo M. (2004). *Aspects of women's satisfaction with childbirth care in a maternity hospital in Rio de Janeiro*. 20(Sup 1), 552-562.
- Stainton MC. (1988) *The perinatal family*. In: Gillis C, Highly B, Martinsen I et al. (eds) *Toward a science of family nursing*. Addison-Wesley, Palo Alto.

- Standley K, Soule B, Copans SA. (1979). *Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome*. Am. J. Obstet. Gyne., 135, 22-26.
- Stolte K. (1987). *A comparison of women's expectations of labour with the actual event*. Birth, 14(2), 99-103.
- Strasser S, Aharony L, Greenberger D. (1993). *The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model*. Med Care Rev, 50, 219-248.
- Sullivan DA, Beeman R. (1982). *Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice*. Med Care, 20, 321-330.
- Sutherland HJ, Lockwood GA, Minkin S, Tritchler DL, Till JE, Llewellynle, Thomas HA. (1989). *Measuring satisfaction with health care: comparison of single paired rating strategies*. Soc Sci Med, 28, 53-58.
- Swartz T, Brown S. (1989). *Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality*. J Academy Marketing Sci: 17, 189-195.
- Tasso K, Behar-Horenstein LS, Aumiller A, Gamble K, Grimaudo N, Guin P et al. (2002). *Assessing patient satisfaction and quality of care through observation interview*. Hospital topics: researches and perspectives on healthcare. 80, 4-10.
- Tasci, K.D. (2007). *Dogum yapan hastalarin aldiklari bakimi hasta haklari acisindan degerlendirmeleri. [Evaluation of patients to receive care after birth from the aspect of patient rights]*. Ataturk Universitesi Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi 10, 26-33.
- Terre, C. (2004). *El alivio del dolor*. En Enfermería Maternal (pp. 205-207). Barcelona: Masson.
- Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR. (2008). *A metaanalysis of the association between Caesarean section and childhood asthma*. Clin Exp Allergy, 38(4), 629-633.

- Thomas J, Penchansky R. (1984). *Relating satisfaction with Access to utilization of services*. Med Care, 22, 553-568.
- Thompson A, Suñol R. (1995). *Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence*. International Journal for Quality in Health Care, 7(2), 127-141.
- Tishelman C. (1994). *Cancer patients' hopes and expectations of nursing practice in Stockholm*. Scandinavian Journal of the Caring Sciences, 8, 231-222.
- Too SK. (1996). *Do birth plans empower women? A study of their views*. Nursing Standard 10(31), 33±37.
- Tornquist CS. (2003). [The paradoxes of humanized childbirth care in a publicmaternity ward in Brazil]. Cad SaudePublica. 19 Suppl2: S419-27. Epub 2004 Mar 8. Portuguese.
- Torres J, Kopplin E, Peña V, Klauss M, Salinas R, Herrera M. (1999). *Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso*. Rev Chil Obstet Ginecol; 64(5), 405-12.
- Tumblin A, Simkin P. (2001). *Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery*. Birth, 28, 52-6.
- Turan, J.M., Ortayli, N., Nalbant, H., Bulut, A., (2003). *Istanbul'da Uc Hastanede Gebelik ve Dogum Hizmetlerine Yakindan Bakis [A Closer Look at Pregnancy and Birth Services in Three Hospitals in Istanbul]*. Asama Matbaacilik, Istanbul.
- Uribe C, Contreras A, Villarroel L, Rivera S, Bravo P, Cornejo M. (2008). *Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de medición*. RevChilObstetGinecol, 73(1), 4-10.
- Urra, E.M; Jana, A; García, M.(2011). *Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de cuidados transpersonales*. Ciencia y Enfermería: XVII (3), 11-22.

- Uzun, E., Guney, M., Oral, B., Ozsoy, M., Mungan, T., (2006). *Kadin Hastaliklari ve Dogum Servisi: Verilen hizmetlerle ilgili hasta memnuniyeti ve etki eden faktorler [Gynecology and obstetric clinic satisfaction of patients and effective factors]*. Uzmanlik Sonrasi Egitim ve Guncel Gelismeler Dergisi 3, 167–171.
- Van Maanen H.M.T. (1984). *Evaluation of nursing care: quality of nursing evaluated within the context of health care and examined from a multinational perspective*. In measuring the Quality of Care, eds. L.D. Willis and M. E. Linwood, pp. 3-43. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Van Teijlingen E, Hundley V, Rennie A-M, Graham W, Fitzmaurice A. (2003). *Maternity satisfaction studies and their limitations, what is must still be best*. Birth, 30, 75-82.
- Velázquez Aznar A, Dandicourt Thomas C. (2010). *Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1920)*. Revista Cubana de Enfermería, 26 (4), 166-169.
- Velho MB, de Oliveira ME, dos Santos EK. (2010) [*Reflections on nursing assistance provided to the parturient*]. Rev Bras Enferm. 63(4), 652-9. Review.Portuguese.
- Villanueva A, Riega P, Torres JC, Yabar C, Alarco O. (2003). *Cumplimiento de los estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias*. CIMEL. 8(1), 13-18.
- Vivanco M. L.(2009). *Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS*. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie de Trabajos Fin de Máster, 1(2), 275-299.
- Vuori H. (1980): *Optimal and logical quality: Two neglected aspects of the quality of health services*. Med Care 18(10), 975-985.

- Vuori H. (1982). *Quality Assurance of Health Services: Concepts and Methodology*, Public Health in Europe, nº 16. Copenhagen: WHO.
- Vuori H. (1987). *Patient satisfaction –An attribute or indicator of the quality of care?* QRB, March, 106-8.
- Wagner M. (2001). *Fish can't see water: the need to humanize birth*. Int J Gynaecol Obstet. 75 Suppl 1, S25-37. Review.
- Wagner M. (2006). *El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto*. MEDICINA NATURISTA 10: 598-610.
- Waldenström U, Borg IM, Ollson B, et al. *The childbirth experience: a study of 295 new mothers*. Birth. 1996; 23,144–53.
- Waldenström U. (1998). *Continuity of care and satisfaction*. Midwifery, 14, 207-213.
- Waldenström U. (1999). *Experience of labor and birth in 1111 women*. J Psychosom Res, 5, 471-82.
- Waldenström U. (2004). *Why do some women change their opinion about childbirth over time?* Birth, 31, 102-107.
- Waldenström U. (2003). *Women's memory of childbirth at two months and one year after birth*. Birth, 30, 248-254.
- Waldenström U, Borg I-M, Olsson B. (1995). *The childbirth experience: a study of 295 new mothers*. Birth 23(3), 144±153.
- Waldenström U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. (2000). *Does Team Midwife Care Increase Satisfaction with antenatal, Intrapartum, and Postpartum Care? A Randomized Controlled Trial*. Birth, 27(3), 156-167.
- Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. (2006). *Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied*. ActaObstetriciaetGynecologica, 85, 551-560.

- Walker B, Erdman A. (1984). *Childbirth education programmes: the relationship between confidence and knowledge*. Birth 11(2): 103-108
- Walker CA. (1996). *Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson*. Journal of Advanced Nursing: 24, 988-996.
- Walker JM, Hall S, Thomas M. (1995). *The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife led unit*. Midwifery, 11, 120-129.
- Walsh D. (1999). *An ethnographic study of women's experience of partnership caseload midwifery practice: the professional as friend*. Midwifery 15(3), 165-176.
- Watson J, Smith MC. (2002). *Caring Science and the science of unitary human beings: A transtheoretical discourse for nursing knowledge development*. Journal of Advanced Nursing, 37(5), 452-461.
- Ware JE, Snyder MK. (1975). *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services*. Medical Care, August, XIII (8), 669-682.
- Ware JE, Snyder MK, Wright R, Davies AR. (1983). *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. Evaluation and Program Planning, 6, 247-263.
- Ware J, Hays R. (1988). *Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters*. Med Care, 26, 393-402.
- Weech-Maldonado R, Morales LS, Elliott M, Spritzer K, Marshall G, Hays RD. (2003). *Race/ethnicity, language, and patients' assessments of care in Medicaid managed care*. Health Serv Res, 38, 789-808.
- Weinberger M, Greene J, Mamlin J. (1981). *The impact of clinical encounter events on patient and physician satisfaction*. Soc Sci Med, 15, 239.
- Weiss G. (1988). *Patient satisfaction with primary medical care*. Med Care, 26, 383-92.
- Weiss GL, Ramsey CA. (1989). *Regular Source of primary medical care and patient satisfaction*. Quality Res Bull, 15, 180-184.

- Wen S W, Mery LS, Kramer MS, Jimenez V, Trouton K, Herbert P, Chalmers B. (1999). *Attitudes of Canadian women toward birthing centers and midwife care for childbirth*. Canadian Medical Association Journal, 161(6), 708-709.
- Wesing M, Grol R, Smits A. (1994). *Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis*. Soc Sci Med, 38, 45-53.
- Wieggers TA, Keirse MJNC, Berghs GAH, Van der Zee J. (1996). *An approach to measuring quality of midwifery care*. J Clin Epidemiol, 49(3), 319-325.
- Wijma K, Soderquist J, Wijma B. (1997). *Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study*. J Anxiety Disord, 11, 587-597.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. (1998). *Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth*. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology, 19(2), 84-97.
- Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. (2008). *Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section*. Bjog, 115(3), 324-331.
- Williams K, Umberson D. (1999). *Medical technology and childbirth: experiences of expectant mothers and fathers*. Sex Roles, 41:147-168.
- Williams SJ, Calnan M. (1991a). *Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental, and hospital care settings*. Social Sciences & Medicine, 33, 707-16.
- Williams SJ, Calnan M. (1991b). *Key determinants of consumer satisfaction with general practice*. Journal of Family Practice, 8, 237-242.
- Windridge KC, Berryman JC. (1999). *Women's experiences of giving birth after 35*. Birth, 26, 16-23.
- Wolf M et al. (1978). *The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behavior*. J Behav Med. 1, 391-401.

- Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. (1978). *The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale measure patient perceptions of physician behavior*. J Behav Med, 9, 391-401.
- World Health Organization. (1985). *Appropriate Technology for Birth*. The Lancet, 8452-ii, 436-7.
- World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: A practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1986). *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth*. URL: <http://who.dk>.
- World Health Organization (WHO). *Having a Baby in Europe*, European Regional Office, 1985.
- World Health Organization (WHO). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Health for All Series, nº3. Geneva: WHO, 1981.
- World Health Organization (WHO). *Primary Health Care, Health for All Series*, nº1. Geneva: WHO, 1978.
- World Health Organization. (1998). *World Health Day: safe Motherhood*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2000). *Second Meeting of the Perinatal Care Task Force*. Bologna (Italy).
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). *Workshop on Perinatal Care*. Venice (Italy).
- Xiao H, Barber JP. (2008). *The effect of perceived health status on patient satisfaction*. Value Health, 11, 719-725.
- Yampolsky L, Lev-Wiesel R, Ben-Zion IZ. (2010). *Child sexual abuse: is it a risk factor for pregnancy?* J Adv Nurs, 66, 2025–2037.

- Young GJ, Meterko M, Desai KR. (2000). *Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics*. Med Care, 38, 325-334.
- Young P, Hortis de Smith V, Chambi MC, Finn BC. (2011). *Florence Nightingale (1820-1910) a 101 años de su fallecimiento*. Revista Médica Chile, 139, 807-813.
- Zahr LK, William SG, El-Hadad A. (1991). *Patient satisfaction with nursing care in Alexandria, Egypt*. International Journal of Nursing Studies, 28, 337-342.
- Zastowny T, Roghmann K, Hengst A. (1983). *Satisfaction with medical care: Replications and theoretic reevaluation*. Med Care, 21, 294-322.
- Zastowny T, Roghmann K, Cafferata G. (1989). *Patient satisfaction and the use of health services*. Med Care, 27, 705-723.
- Zastowny TR, Stratmann WC, Adams EH, Fox ML. (1995). *Patient satisfaction and experience with health services and quality of care*. Qual Manage Health Care, 3, 150-161.

BLOQUE VI

ANEXOS

ANEXO I

Modelos de consentimiento informado utilizados en el Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca (Murcia) y en el Hospital Universitario de Torrevieja (Alicante).

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público del Servicio Murciano de Salud.

Promotora: M^a Belén Conesa Ferrer

Estamos realizando una encuesta a las madres que ingresan para dar a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). El objetivo de la misma es comprobar el grado de satisfacción de la madre en relación con el parto, intentando identificar áreas de mejora.

Se trata de una encuesta anónima, de carácter voluntario. Si usted lo desea, podrá aportar su consentimiento para que nosotros procesemos la información que inicialmente nos ha ofrecido.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio cumple con los requisitos enunciados en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. También cumple lo expuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente, se respeta lo establecido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Presentamos un modelo de consentimiento informado, pues aunque no es un trabajo de tipo experimental, es preciso solicitarlo para la utilización de datos de carácter personal.

Yo (nombre y apellidos)

.....

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

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA:

FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de gestión privada de la Agencia Valenciana de Salud.

Promotora: M^a Belén Conesa Ferrer

Estamos realizando una encuesta a las madres que ingresan para dar a luz en el Hospital de Torrevieja (Alicante). El objetivo de la misma es comprobar el grado de satisfacción de la madre en relación con el parto humanizado que se lleva a cabo en este hospital, intentando identificar áreas de mejora.

Se trata de una encuesta anónima, de carácter voluntario. Si usted lo desea, podrá retirar el consentimiento para que nosotros procesemos la información que inicialmente nos ha ofrecido.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio cumple con los requisitos enunciados en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. También cumple lo expuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente, se respeta lo establecido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Presentamos un modelo de consentimiento informado, pues aunque no es un trabajo de tipo experimental, es preciso solicitarlo para la utilización de datos de carácter personal.

Yo (nombre y apellidos)

.....

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

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA:

FECHA:

INFORMED CONSENT DOCUMENT

Analysis of maternal satisfaction during labour and childbirth at a public hospital with private management in the AgenciaValenciana de Salud.

Researcher: M^a BelénConesa Ferrer

We are doing a questionnaire to the mothers who come to Torrevieja's Hospital (Alicante) to give birth. The aim of this project is to get to know the level of childbirth satisfaction regarding humanized childbirth, which is carried out in this hospital. We try to identify areas of improvement.

It is a voluntary and anonymous survey. In case you want to participate, you will be asked to sign this informed consent in order to let us process the information you have offered.

ETHICAL CONSIDERATIONS

The study achieve the requirements of the eight and nine articles placed in the IV chapter of 41/2002 Law of 14th November which regulates the autonomy of the patient and the rights and obligations in the field of clinical information and documentation. The study also respects what is established in the Ley Orgánica 15/1999, of 13th December, of Protection of Personal Data.

Ms (Name and surname)

.....

I've read the informed consent document.

I've been able to make questions about the study.

I've received enough information about the study.

I understand that my participation is voluntary.

I understand that I can retire from the study:

1º Whenever I want.

2º Without giving explanations.

3º Without impacting in my medical care.

I freely give my accordance to participate in the study.

SIGNATURE OF PARTICIPANT

SIGNATURE OF RESEARCHER

DATE:

DATE:

ANEXO II

**El cuestionario “Women’s Views of Birth Labour Satisfaction
Questionnaire” (WOMBLSQ). Smith (2001).**

Scales derived by principal components analysis (PCA) of WOMBLSQ4. Scales are intuitively named followed by their component questions. Scale means, standard deviations, percentage of variance explained by scale and Cronbach alpha coefficients are given. The final scale about general satisfaction was omitted from PCA with varimax rotation and Kaiser normalisation. Question numbers represent their order on the final questionnaire; negatively worded questions are shown with a minus sign.

Scale Name (Cronbach's alpha, mean scale score, sd, % variance explained) Coefficient

1 - Professional support (alpha = 0.91, mean scale score = 72.3, SD = 20.1, % variance = 27.0)

Q7 All my labour carers were very supportive 0.830

Q13 Carers always listened very, very carefully to everything that I had to say 0.734

Q19 During labour there was always a carer to explain things so that I could understand 0.696

Q27 All my carers treated me in the most friendly and courteous manner possible 0.838

Q32 My carers couldn't have been more helpful 0.797

2- Expectations (alpha = 0.90, mean scale score = 59.0, SD = 27.7, % variance = 7.9)

Q1 My labour went totally normally 0.842

Q11 The labour went nearly exactly as I had hoped that it would 0.868

Q17 The delivery went almost completely as I had hoped that it would 0.866

Q22 My labour was just about the right length 0.749

3- Home assessment (alpha = 0.90, mean scale score = 54.3, SD = 23.5, % variance = 7.7)

Q8 I should have had a home assessment in early labour (-) 0.838

Q15 When I thought that my labour had started, I would have liked a carer to come and see me at home to confirm that I had (-) 0.918

Q28 Early home assessment of me in labour would have been very helpful (-) 0.922

4 - Holding baby (alpha = 0.87, mean scale score = 74.2, SD = 20.5, % variance = 7.3)

Q3 I got to see my baby at exactly the right time after she/he was born 0.811

Q10 After my baby was born, I was not given him/her quite as soon as I wanted (-) 0.872

Q18 I needed to hold my baby a little earlier than I did (-) 0.864

5 - Support from husband (alpha = 0.83, mean scale score = 72.7, SD = 21.2, % variance = 5.8)

Q2 My birth partner/husband helped me to understand what was going on when I was in labour 0.778

Q23 My birth partner/husband couldn't have supported me any better 0.891

Q29 I could have had a bit more help from my birth partner/husband (-) 0.889

6- Pain in labour (alpha = 0.83, mean scale score = 64.0, SD = 21.8, % variance = 5.5)

Q9 I should have been offered something more to relieve my labour pains (-) 0.762

Q20 I got excellent pain relief in labour 0.753

Q26 More pain relief would have made my labour easier (-) 0.826

7 - Pain after delivery (alpha = 0.65, mean scale score = 57.6, SD = 21.0, % variance = 4.8)

Q6 I should have been offered something more to relieve the pains I had after my baby was born(-)0.632

Q16 I was in a fair bit of pain immediately after the birth (-) 0.791

Q31 I didn't need a lot of pain relief after the birth 0.779

8 - Continuity (alpha = 0.82, mean scale score = 38.8, SD = 28.2, % variance = 4.4)

Q5 At the *start* of my labour I knew my carers very well 0.892

Q24 I knew the carer(s) present at the birth of my baby 0.885

9 - Environment (alpha = 0.80, mean scale score = 61.6, SD = 23.7, % variance = 3.7)

Q4 My birth room was a little impersonal and clinical (-) 0.888

Q14 The area where I gave birth was very pleasant and relaxing 0.748

10 - Control (alpha = 0.62, mean scale score = 53.0, SD = 22.2, % variance = 3.3)

Q21 Everyone seemed to tell me what to do in labour (-) 0.819

Q30 Labour was just a matter of doing what I was told by my carers (-) 0.842

General satisfaction (alpha = 0.75, mean scale score = 53.1, SD = 12.5)

Q12 The way my labour care was provided could not have been improved N/A

Q25 I am satisfied with just one or two things about the labour care that I received (-) N/A

En los resultados aparecen los ítems del cuestionario referidos a la subescala a la que pertenecen. A continuación se presentan los ítems que aparecen en los

resultados referidos al ítem del cuestionario original y traducidos al español. La traducción del mismo ha sido llevada a cabo por el traductor oficial D. Salvador Sánchez López, nº de título en el registro nacional 2011/156164.

1- Apoyo por parte de los profesionales:

- Apoyo por parte de los profesionales 1 correspondería a Q7 y fue traducido como: “Todos los cuidadores de mi parto fueron de gran ayuda”.
- Apoyo por parte de los profesionales 2 correspondería a Q13 y fue traducido como: “Los cuidadores de mi parto siempre me escucharon atentamente”.
- Apoyo por parte de los profesionales 3 correspondería a Q19 y fue traducido como: “Durante el proceso de dilatación siempre hubo un cuidador para explicarme lo que estaba sucediendo a fin de que lo pudiera entender”.
- Apoyo por parte de los profesionales 4 correspondería a Q27 y fue traducido como: “Todos mis cuidadores me trataron cortésmente y de un modo simpático y cordial”.
- Apoyo por parte de los profesionales 5 correspondería a Q32 y fue traducido como: “Los cuidadores de mi parto mostraron esforzarse al máximo, fueron de gran ayuda”.

2- Expectativas de la mujer:

- Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 1 correspondería a Q1 y fue traducido como: “Mi proceso de dilatación se desarrolló enteramente dentro de la normalidad”.
- Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 2 correspondería a Q11 y fue traducido como: “Mi proceso de dilatación fue de modo muy parecido a como hubiera deseado que se desarrollara”.
- Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 3 correspondería a Q17 y fue traducido como: “Mi parto se desarrolló de modo muy parecido a como había pensado que se desarrollaría”.
- Cumplimiento de las expectativas de la mujer con su proceso de parto 4 correspondería a Q22 y fue traducido como: “Mi proceso de dilatación tuvo una duración adecuada”.

3- Contacto de la madre con el recién nacido:

- Cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 1 correspondería con Q3 y fue traducido como: “Pude ver a mi bebé inmediatamente después de haber dado a luz”.
- Cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 1 correspondería con Q10 y fue traducido como: “No pude coger a mi bebé tras el nacimiento tan rápido como hubiera querido”.
- Cómo fue el contacto de la madre con el recién nacido 1 correspondería con Q18 y fue traducido como: “Me hubiera gustado coger a mi bebé un poco antes de cuando lo cogí”.

4- Apoyo por parte de la pareja:

- Cómo fue el apoyo por parte de la pareja 1 correspondería a Q2 y fue traducido como: “Mi marido/pareja me ayudó a comprender lo que ocurría durante el proceso de dilatación”.
- Cómo fue el apoyo por parte de la pareja 2 correspondería a Q23 y fue traducido como: “Mi marido/pareja me apoyó de la mejor manera posible”.
- Cómo fue el apoyo por parte de la pareja 3 correspondería a Q29 y fue traducido como: “Mi marido/pareja me podría haber prestado mayor apoyo”.

5- Dolor durante la dilatación:

- Dolor durante el proceso de dilatación 1 correspondería a Q9 y fue traducido como: “Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor durante el proceso de dilatación”.
- Dolor durante el proceso de dilatación 1 correspondería a Q20 y fue traducido como: “Recibí los calmantes adecuados durante el proceso de dilatación”.
- Dolor durante el proceso de dilatación 1 correspondería a Q26 y fue traducido como: “Si hubiera recibido más calmantes, mi proceso de dilatación se habría desarrollado de un modo más sencillo”.

6- Dolor después del parto:

- Dolor después del parto 1 correspondería a Q6 y fue traducido como: “Debería haber recibido calmantes más fuertes para aliviar mi dolor después del parto”.
- Dolor después del parto 1 correspondería a Q16 y fue traducido como: “Sentí un poco de dolor inmediatamente después del parto”.

- Dolor después del parto 1 correspondería a Q31 y fue traducido como: “No necesité muchos calmantes después del parto”.

7- Entorno físico:

- Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 1 correspondería a Q 4 y fue traducido como: “El paritorio era un lugar impersonal y me transmitía una sensación demasiado clínica”.
- Entorno físico durante el proceso de dilatación y parto 2 correspondería a Q 14 y fue traducido como: “El paritorio era un lugar agradable y relajante”.

8- Control:

- Control de la mujer con su proceso de dilatación y parto 1 correspondería con Q21 y fue traducido como: “Todos los cuidadores me dijeron lo que debía hacer durante el proceso de dilatación”.
- Control de la mujer con su proceso de dilatación y parto 2 correspondería con Q30 y fue traducido como: “El proceso de dilatación se basó en seguir simplemente las indicaciones de mis cuidadores”.

9- Satisfacción general de la mujer:

- Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 correspondería a Q12 y fue traducido como: “La forma en que se realizó el cuidado en mi proceso de dilatación y parto no podía haber sido mejor”.
- Satisfacción general de la mujer con su proceso de parto 1 correspondería a Q25 y fue traducido como: “Estoy satisfecha con sólo una o dos cosas acerca del cuidado que recibí durante mi proceso de dilatación y parto”.

Se añadieron tres ítems para valorar el grado de satisfacción de la pareja y/o acompañante de la mujer en el parto. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach para esta subescala de 0,732. En los resultados también aparecen nombrados con el nombre de la subescala a la que pertenecen (satisfacción de la pareja y/o acompañante) y numeradas del 1 al 3 siendo los ítems como siguen:

- 1- Apoyo de la pareja y/o acompañante 1: El apoyo que recibí por parte del equipo sanitario me pareció adecuado. El ítem usado en inglés fue: “The support received from sanitary team was adequate”.

- 2- Apoyo de la pareja y/o acompañante 2: Pude estar en todo momento con mi pareja. El ítem usado en inglés fue: “I could stand by my partner the whole time”.
- 3- Apoyo de la pareja y/o acompañante 3: Estoy satisfecho del trato recibido y de la atención a mi familia. El ítem usado en inglés fue: “I am satisfied with the treatment received and the attention provided to my family”.

ANEXO III

**El cuestionario “The Childbirth Experience Questionnaire”
(CEQ). Dencker et al. (2010)**

Own capacity

- Experienced level of labour pain in dilatation stage, VAS# α 0.73 - 0.40
- I felt strong § 0.73
- I felt capable § 0.73
- Experienced level of control, VAS# ∂ 0.62
- I felt happy § 0.61
- I felt that I handled the situation well 0.55
- I felt tired § 0.53
- The labour progress went as I had expected 0.47

Professional support

- My midwife also devoted enough time to my partner 0.82
- I felt very well taken care of by the midwife 0.87
- My midwife devoted enough time to me 0.86
- My midwife kept me informed about what was happening during labour and birth 0.80
- My midwife understood my needs 0.76

Perceived safety

- Experienced level of sense of security, VAS# $\forall$ 0.80
- Some of my memories from the labour process make me feel depressed 0.73
- My impression of the medical competence made me feel secure 0.59
- I have many negative memories from the labour process 0.59
- I have many positive memories from the labour process 0.56
- I felt scared § 0.51

Participation

- I felt I could choose whether I should be up and moving or lie down 0.84
- I felt I could choose the delivery position 0.80
- I felt I could choose which pain relief method to use 0.58

Excluded items were: The presence of my partner made me feel secure, I felt that my partner managed the situation well, My assurance that the baby was doing well

made me feel secure, Experienced level of labour pain in expulsion stage VAS, The care given by my midwife made me feel secure and I have memory lapses from the labour process.

In summary. The VAS-scales scores were transformed to categorical values, 0-40 = 1, 41-60 = 2, 61-80 = 3 and 81-100 = 4. The pain scores were reversed.

§ ...during labour and birth.

□ Anchor values: No pain-Worst imaginable pain.

∂ Anchor values: No control-Complete control.

¥ Anchor values: No sense of security-Feel totally secure.

ANEXO IV

Versión española del cuestionario “The Childbirth Experience Questionnaire” (CEQ). Dencker et al. (2012)

Cuestionario sobre tus experiencias durante el parto

¡Para ti que acabas de ser madre!

Uno de los objetivos de los profesionales es, en el área materno-infantil de tu departamento de salud, el de ofrecer una experiencia positiva durante el parto. Así pues, el propósito de este cuestionario es conocer tus experiencias durante el parto, y comparar tus respuestas con las de otras madres, para poder evaluar la atención que ofrecemos. Por favor, es importante que respondas todas las cuestiones.

Hay respuestas en las que debes marcar con una cruz la casilla y
respuestas en las que debes marcar con una cruz una línea:

Ejemplo 1. Lee la frase y marca con una cruz la casilla que mejor describa tu respuesta.

Como fruta cada día.

Totalmente
de acuerdo

☐

Bastante
de acuerdo

☒

Bastante
en desacuerdo

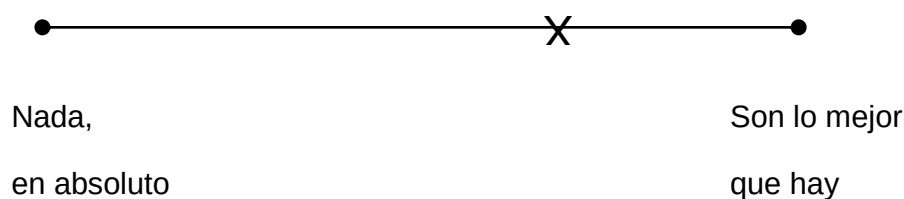
☐

Totalmente
en desacuerdo

☐

Ejemplo 2. Lee la frase y marca con una cruz el tramo de línea que mejor describa tu respuesta.

¿Te gustan las manzanas?



El cuestionario empieza en la próxima página.

¡Gracias por darnos tu punto de vista y por colaborar con tus respuestas

1. El parto fue como esperaba.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

2. Me sentí fuerte durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

3. Tenía miedo durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

4. Me sentí capaz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

5. Me sentí cansada durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

6. Me sentí feliz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

7. Tengo muchos recuerdos positivos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

8. Tengo muchos recuerdos negativos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

9. Me ponen triste algunos recuerdos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

10. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

11. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

12. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

13. La matrona me dedicó la atención necesaria.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

14. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

15. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

16. La matrona entendió mis necesidades.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

17. Me sentí muy bien atendida por la matrona.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

18. Me dio seguridad la competencia de los profesionales.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

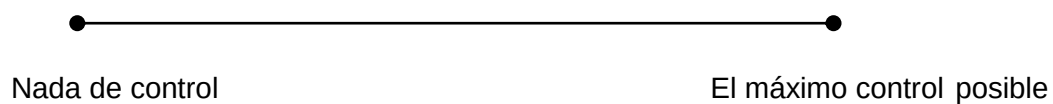
19. Me sentí capaz de manejar bien la situación.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
☐	☐	☐	☐

20. En general, durante el parto, ¿sentiste dolor?



21. En general, durante el parto, ¿sentiste que tenías control?



22. En general, durante el parto, ¿te sentiste segura?



Escribe aquí otros comentarios que quieras hacer:

¡Muchas gracias por tu colaboración!

ANEXO V

Permisos por parte del Sr. Dr. Gerente del Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia), del Sr. Dr. Gerente del Hospital Universitario de Torrevieja (Alicante), y de los Comités de Ética e Investigación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y del Hospital Universitario de Torrevieja (Alicante).



Arrixaca

Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00
30120 El Palmar (Murcia)

Fecha: Murcia a 24 de enero de 2013

De: D. José Vicente Albaladejo Andreu
Director Gerente Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I Murcia Oeste

N/Ref. JVAA/LH

Universidad de Murcia
Facultad de Enfermería
D^a M^a Emilia Martínez Roche
Coordinadora Unidad Docente Enfermería
Obstétrico-Ginecológica
Campus Universitario de Espinardo

30100 Murcia

Estimada M^a Emilia:

En contestación a su solicitud de autorización para que la realización de un estudio de investigación por parte de D^a M^a Belén Conesa Ferrer, centrado en la Tesis Doctoral "El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su criatura", le comunico que no existe inconveniente por parte de esta Dirección Gerencia en la realización de dicho estudio.

Le recordamos las obligaciones que contrae de conformidad con el artículo 10 de la Ley Orgánica 41/2002, de 15 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de paciente, así como que deberá hacernos llegar una copia del estudio una vez concluido, a esta Gerencia y a la Unidad de Investigación de este Hospital.

La persona con la que deberá contactar en el Hospital es D. Luis Martos García, Supervisor de la Unidad de Docencia y Formación Continuada de Enfermería (teléfono 968 369 680), así como con D. Pablo Vigueras Paredes, Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica, para la firma del documento de confidencialidad en el teléfono 968 369 666.

Un cordial saludo,



José Vicente Albaladejo Andreu
Director Gerente Área I Murcia Oeste
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Dr. Frank Leyn Van der Swalm, Director Gerente del Hospital de Torrevieja; y visto el el Certificado de Adecuación Deontológica de la Comisión de Investigación de este Centro Sanitario de fecha 25 de Marzo de 2.013

CERTIFICA

QUE CONOCE el Proyecto de Investigación titulado: *"El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su criatura"*.

Investigadora / Autora M^a Belén Conesa Ferrer
Matrona adscrita a la Unidad de Paritorio

QUE ACEPTA la realización de dicho estudio en el Área de Paritorio del Hospital de Torrevieja; en los términos y condiciones establecidos en el mencionado Certificado de Adecuación Deontológica emitido por la Comisión de Investigación de esta Casa.

Lo que firmo en Torrevieja (Alicante) a 2 de Abril de 2.013.

Fdo.:
Dr. Frank Leyn Vanderswalm
Director Gerente Hospital de Torrevieja



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

AUTORIZACIÓN de la DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

D^a. Marta Naranjo; Director Adjunta de Enfermería del Hospital de Torrevieja

Declaro:

Que conozco cuanto documentación da base al trabajo de Investigación titulado: "El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su criatura" Y cuya investigadora/ Autora es D^a Maria Belén Conesa Matrona de la Unidad de Paritorio de este Centro Sanitario

Que la investigadora, reúne las características de competencia necesarias así como la metodología específica para que el estudio sea viable.

Que autorizo la realización de este trabajo en EL ÁREA DE PARITORIO DEL HOSPITAL DE TORREVIEJA

En Torrevieja (Alicante) a 2 de Mayo de 2013

Fdo.: D^a Marta Naranjo
Directora Adjunta de Enfermería
Hospital de Torrevieja



Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"
Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00
30120 El Palmar (Murcia)

Dr. D. Antonio Piñero Madrona
Presidente del CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca

CERTIFICA

Que el CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca en su reunión del día 25/02/2013, acta 02/13 ha evaluado la propuesta de la investigadora **M^a Belén Conesa Ferrer** referida al estudio:

Título: El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su criatura

1º. Considera que

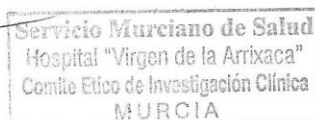
- Se respetan los principios éticos básicos y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad de la Investigadora y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE** y acepta que sea realizada por **M^a Belén Conesa Ferrer**.

Lo que firmo en Murcia, a 25 de febrero de 2013

Fdo:

Dr. D. Antonio Piñero Madrona
Presidente del CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca





HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



CERTIFICADO DE ADECUACION DEONTOLOGICA

Belén Sánchez Rodríguez, Secretaria de la **Comisión de Investigación del Hospital de Torrevieja**

CERTIFICA

Que esta Comisión en reunión de fecha 21 de Marzo de 2013 ha evaluado el Proyecto de Investigación titulado: *"El parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su criatura"*.

Investigadora / Autora M^a Belén Conesa Ferrer
Matrona adscrita a la Unidad de Paritorio

Y considera que:

- El estudio se plantea siguiendo la siguiente normativa aplicable: **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y **Ley 1/2003**, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado, son adecuados.
- La capacidad del investigador y las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- El procedimiento de disociación de datos de carácter personal, es el adecuado e irreversible

Por tanto **esta Comisión, acepta** que dicho Proyecto de Investigación, sea realizado en Área de Paritorio del Hospital de Torrevieja, por D^a María Belen Conesa Ferrer.

Que en la reunión se cumplieron las normas de funcionamiento establecidas en sus PNTs, y que su composición actual es la siguiente

- **Presidente:** D. Dario Almecija Furió
- **Vocales:**
 - Dr. Frank Leyn Van Der Swalm; Director Gerente Dpto. de Salud de Torrevieja
 - Carlos Mirete Ferrer: F.E.A adjunto al Servicio de Medicina Interna
 - Juan Antonio Olmo Fernández-Delgado: Jefe de Servicio de Rehabilitación
 - Celia Navarro Serna; Jefa de Auditoría Interna
 - Andrés Franco Velasco; Médico de Atención Primaria

Ctra.Torrevieja a San Miguel de Salinas
CV-95 Partida La Ceñuela 03186 TORREVIEJA (Alicante)
Teléfono: +34 965 72 12 00 www.torrevieja-salud.com



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



- **Secretaria:** Belén Sánchez Rodríguez; Unidad de Investigación Clínica

Que en dicha reunión de la Comisión de Investigación Clínica se cumplió el quórum establecido en sus PNTs.

Que en caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Lo que firmo en Torrevieja (Alicante) a 25 de Marzo de 2.013

Fdo.: LA SECRETARIA

Belén Sánchez Rodríguez

ANEXO VI

Permisos de los autores de los cuestionarios “Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire” (WOMBLSQ), Smith (2001) y “The Childbirth Experience Questionnaire” (CEQ), Dencker et al. (2010) para su utilización.

**BMJ PUBLISHING GROUP LTD. LICENSE
TERMS AND CONDITIONS**

Jan 27, 2013

This is a License Agreement between Universidad de Murcia ("You") and BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Publishing Group Ltd.") provided by Copyright Clearance Center ("CCC"). The license consists of your order details, the terms and conditions provided by BMJ Publishing Group Ltd., and the payment terms and conditions.

All payments must be made in full to CCC. For payment instructions, please see information listed at the bottom of this form.

License Number	3077021451556
License date	Jan 27, 2013
Licensed content publisher	BMJ Publishing Group Ltd.
Licensed content publication	BMJ Quality and Safety
Licensed content title	Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability
Licensed content author	L F P Smith
Licensed content date	Mar 1, 2001
Volume number	10
Issue number	1
Type of Use	Thesis/Dissertation
Requestor type	Individual
Format	Electronic
Portion	Figure/table/extract
Number of figure/table/extracts	1
Will you be translating?	Yes
Number of languages	1
Languages	English and Spanish
Circulation/distribution	1
Title of your thesis / dissertation	Humanized childbirth as an instrument for women and newborn's health improvement and well-being
Expected completion date	Jan 2014
Estimated size(pages)	500
BMJ VAT number	674738491
Billing Type	Invoice
Company	Universidad de Murcia
Billing address	Unidad Docente de Enfermería (Matrona) Facultad de Enfermería Murcia, Murcia 30100

Spain

Customer reference info

Permissions Cost 0.00 EUR

VAT (0.0%) 0.00 EUR

Total 0.00 EUR

Terms and Conditions

BMJ Group Terms and Conditions for Permissions

When you submit your order you are subject to the terms and conditions set out below. You will also have agreed to the Copyright Clearance Center's ("CCC") terms and conditions regarding billing and payment <https://s100.copyright.com/App/PaymentTermsAndConditions.jsp>. CCC are acting as the BMJ Publishing Group Limited's ("BMJ Group's") agent.

Subject to the terms set out herein, the BMJ Group hereby grants to you (the Licensee) a non-exclusive, non-transferable licence to re-use material as detailed in your request for this/those purpose(s) only and in accordance with the following conditions:

1) **Scope of Licence:** Use of the Licensed Material(s) is restricted to the ways specified by you during the order process and any additional use(s) outside of those specified in that request, require a further grant of permission.

2) **Acknowledgement:** In all cases, due acknowledgement to the original publication with permission from the BMJ Group should be stated adjacent to the reproduced Licensed Material. The format of such acknowledgement should read as follows:

"Reproduced from [publication title, author(s), volume number, page numbers, copyright notice year] with permission from BMJ Publishing Group Ltd."

3) **Third Party Material:** BMJ Group acknowledges to the best of its knowledge, it has the rights to licence your reuse of the Licensed Material, subject always to the caveat that images/diagrams, tables and other illustrative material included within, which have a separate copyright notice, are presumed as excluded from the licence. Therefore, you should ensure that the Licensed Material you are requesting is original to BMJ Group and does not carry the copyright of another entity (as credited in the published version). If the credit line on any part of the material you have requested in any way indicates that it was reprinted or adapted by BMJ Group with permission from another source, then you should seek permission from that source directly to re-use the Licensed Material, as this is outside of the licence granted herein.

4) **Altering/Modifying Material:** The text of any material for which a licence is granted may not be altered in any way without the prior express permission of the BMJ Group. Subject to Clause 3 above however, single figure adaptations do not require BMJ Group's approval; however, the adaptation should be credited as follows:

"Adapted by permission from BMJ Publishing Group Limited. [publication title, author, volume number, page numbers, copyright notice year]"

5) **Reservation of Rights:** The BMJ Group reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the licence details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment Terms and Conditions.

6) **Timing of Use:** First use of the Licensed Material must take place within 12 months of the grant of permission.

7) **Creation of Contract and Termination:** Once you have submitted an order via Rightslink and this is received by CCC, and subject to you completing accurate details of your proposed use, this is when a binding contract is in effect and our acceptance occurs. As you are ordering rights from a periodical, to the fullest extent permitted by law, you will have no right to cancel the contract from this point other than for BMJ Group's material breach or fraudulent misrepresentation or as otherwise

permitted under a statutory right. Payment must be made in accordance with CCC's Billing and Payment Terms and conditions. In the event that you breach any material condition of these terms and condition or any of CCC's Billing and Payment Terms and Conditions, the license is automatically terminated upon written notice from the BMJ Group or CCC or as otherwise provided for in CCC's Billing and Payment Terms and Conditions, where these apply.. Continued use of materials where a licence has been terminated, as well as any use of the Licensed Materials beyond the scope of an unrevoked licence, may constitute intellectual property rights infringement and BMJ Group reserves the right to take any and all action to protect its intellectual property rights in the Licensed Materials.

8. Warranties: BMJ Group makes no express or implied representations or warranties with respect to the Licensed Material and to the fullest extent permitted by law this is provided on an "as is" basis. For the avoidance of doubt BMJ Group does not warrant that the Licensed Material is accurate or fit for any particular purpose.

9. Limitation of Liability: To the fullest extent permitted by law, the BMJ Group disclaims all liability for any indirect, consequential or incidental damages (including without limitation, damages for loss of profits, information or interruption) arising out of the use or inability to use the Licensed Material or the inability to obtain additional rights to use the Licensed Material. To the fullest extent permitted by law, the maximum aggregate liability of the BMJ Group for any claims, costs, proceedings and demands for direct losses caused by BMJ Group's breaches of its obligations herein shall be limited to twice the amount paid by you to CCC for the licence granted herein.

10. Indemnity: You hereby indemnify and hold harmless the BMJ Group and their respective officers, directors, employees and agents, from and against any and all claims, costs, proceeding or demands arising out of your unauthorised use of the Licensed Material.

11. No Transfer of License: This licence is personal to you, and may not be assigned or transferred by you without prior written consent from the BMJ Group or its authorised agent(s). BMJ Group may assign or transfer any of its rights and obligations under this Agreement, upon written notice to you.

12. No Amendment Except in Writing: This licence may not be amended except in a writing signed by both parties (or, in the case of BMJ Group, by CCC on the BMJ Group's behalf).

13. Objection to Contrary terms: BMJ Group hereby objects to any terms contained in any purchase order, acknowledgment, check endorsement or other writing prepared by you, which terms are inconsistent with these terms and conditions or CCC's Billing and Payment Terms and Conditions. These terms and conditions, together with CCC's Billing and Payment Terms and Conditions (which to the extent they are consistent are incorporated herein), comprise the entire agreement between you and BMJ Group (and CCC) and the Licensee concerning this licensing transaction. In the event of any conflict between your obligations established by these terms and conditions and those established by CCC's Billing and Payment Terms and Conditions, these terms and conditions shall control.

14. Revocation: BMJ Group or CCC may, within 30 days of issuance of this licence, deny the permissions described in this licence at their sole discretion, for any reason or no reason, with a full refund payable to you should you have not been able to exercise your rights in full. Notice of such denial will be made using the contact information provided by you. Failure to receive such notice from BMJ Group or CCC will not, to the fullest extent permitted by law alter or invalidate the denial. For the fullest extent permitted by law in no event will BMJ Group or CCC be responsible or liable for any costs, expenses or damage incurred by you as a result of a denial of your permission request, other than a refund of the amount(s) paid by you to BMJ Group and/or CCC for denied permissions.

15. Restrictions to the license:

15.1 Promotion: BMJ Group will not give permission to reproduce in full or in part any Licensed Material for use in the promotion of the following:

- a) non-medical products that are harmful or potentially harmful to health: alcohol, baby milks and/or,

sun beds

b) medical products that do not have a product license granted by the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) or its international equivalents. Marketing of the product may start only after data sheets have been released to members of the medical profession and must conform to the marketing authorization contained in the product license.

16. Translation: This permission is granted for non-exclusive world English language rights only unless explicitly stated in your licence. If translation rights are granted, a professional translator should be employed and the content should be reproduced word for word preserving the integrity of the content.

17. General: Neither party shall be liable for failure, default or delay in performing its obligations under this Licence, caused by a Force Majeure event which shall include any act of God, war, or threatened war, act or threatened act of terrorism, riot, strike, lockout, individual action, fire, flood, drought, tempest or other event beyond the reasonable control of either party.

17.1 In the event that any provision of this Agreement is held to be invalid, the remainder of the provisions shall continue in full force and effect.

17.2 There shall be no right whatsoever for any third party to enforce the terms and conditions of this Agreement. The Parties hereby expressly wish to exclude the operation of the Contracts (Rights of Third Parties) Act 1999 and any other legislation which has this effect and is binding on this agreement.

17.3 To the fullest extent permitted by law, this Licence will be governed by the laws of England and shall be governed and construed in accordance with the laws of England. Any action arising out of or relating to this agreement shall be brought in courts situated in England save where it is necessary for BMJ Group for enforcement to bring proceedings to bring an action in an alternative jurisdiction.

If you would like to pay for this license now, please remit this license along with your payment made payable to "COPYRIGHT CLEARANCE CENTER" otherwise you will be invoiced within 48 hours of the license date. Payment should be in the form of a check or money order referencing your account number and this invoice number RLNK500943100. Once you receive your invoice for this order, you may pay your invoice by credit card. Please follow instructions provided at that time.

Make Payment To:
Copyright Clearance Center
Dept 001
P.O. Box 843006
Boston, MA 02284-3006

For suggestions or comments regarding this order, contact RightsLink Customer Support: customer@copyright.com or +1-877-622-5543 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

Gratis licenses (referencing \$0 in the Total field) are free. Please retain this printable

license for your reference. No payment is required.

Från: MARIA BELEN CONESA FERRER [mb.conesaferrer@um.es]
Skickat: den 12 november 2013 00:58
Till: Anna Dencker
Ämne: Re: SV: Letter asking for permission

Anna Dencker <anna.dencker@gu.se> escribió:

Dear Madam,

Attached is the final version of the Spanish CEQ an instructions for scoring.

Best wishes,

Anna Dencker

Dear Madam,
-----Ursprungligt meddelande-----
Från: MARIA BELEN CONESA FERRER [mailto:mb.conesaferrer@um.es]
Skickat: den 28 january 2013 19:09
Till: Anna Dencker
Ämne: Re: SV: Letter asking for permission

Dear Madam,

Thank you very much for giving this permission to use your questionnaire, I am really pleased. Thank you for your quick answer and all the information provided.

Yours faithfully,

M^a Belén Conesa Ferrer

Anna Dencker <anna.dencker@gu.se> escribió:

Dear Maria,

Thank you for your mail, I think your study is very interesting! The CEQ questionnaire has been translated into Spanish of a research team in Alicante and is now tested in a pilot study there. I do not have the final version of the Spanish CEQ yet but it should be no problem for you to use it in your research! I expect to hear from the research team in Alicante soon and then I can send you the Spanish CEQ. I attach the English CEQ and instructions for scoring (the latter are in English anyway) and hope to get back to you soon with the Spanish version.

The only condition is to use CEQ in the current form and no change or remove any questions. It is possible to add own questions before or after the questionnaire, though.

Best wishes,

Anna

Anna Dencker
RN, RM, PhD, postdoctoral fellow
Institute of Health and Care Sciences
The Sahlgrenska Academy
University of Gothenburg