

## DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN DE LA MADRE CON EL NACIMIENTO DE SU HIJO EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

### *DIFFERENCES IN CHILDBIRTH SATISFACTION IN RELATION WITH SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL VARIABLES*

**Autores:** Dolores Marín Morales (1), Susana Toro Molina (2), Francisco Javier Carmona Monge (3).

**Dirección de contacto:** javier.carmona@urjc.es

**Cómo citar este artículo:** Marín Morales D, Toro Molina S, Carmona Monge FJ. Diferencias en la satisfacción de la madre con el nacimiento de su hijo en función de variables sociodemográficas y clínicas. NURE Inv [Internet]. 2013 mar-abr [citado día mes año]; 10(63):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63\\_original\\_satisparto.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_satisparto.pdf)

**Fecha recepción:** 30/09/2012

**Aceptado para su publicación:** 04/12/2012

#### Resumen

Numerosas investigaciones se han centrado en el estudio de la satisfacción de la mujer con el nacimiento de su nuevo hijo. Existen diferentes acontecimientos relacionados con la satisfacción materna respecto al parto, como cesáreas no planificadas, partos vaginales instrumentales de emergencia, dolor o falta de control que pueden generar una experiencia negativa del parto. El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre el tipo de parto y la satisfacción con el nacimiento. La muestra final fue de 106 mujeres en el postparto inicial, con participación de manera voluntaria en el estudio. El porcentaje de partos no eutócicos fue de 34,9%, mientras que el porcentaje de cesáreas fue del 17%. El instrumento utilizado para valorar la satisfacción fue la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. Se encontró una diferencia significativa en las subescalas de satisfacción con el recién nacido entre los grupos de parto eutócico y no eutócico ( $p = 0,045$ ). Se encontró una diferencia significativa en la subescala de satisfacción con el recién nacido entre los grupos de parto vaginal y cesárea ( $p < 0,001$ ), así como en la subescala de satisfacción con la pareja ( $p = 0,006$ ). El tipo de parto podría ser una variable influyente en una experiencia negativa del nacimiento, lo que puede llegar a condicionar a la mujer en la elección del tipo de parto en posteriores embarazos.

#### Palabras clave

Nacimiento, satisfacción, parto.

#### Abstract

A lot research has focused on the study of women satisfaction with delivery. Different events are related to childbirth satisfaction, unplanned cesarean deliveries, instrumental vaginal deliveries, pain and lack of control during labor can generate a negative delivery experience. The aim of the present study was to assess the relationship between mode of delivery and childbirth satisfaction. The final sample was composed of 106 women in early postpartum, which voluntarily agreed to participate in the study. A total of 34,9% were instrumental deliveries, and 17% were cesarean sections. The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale was used to measure women' satisfaction. A significant difference was found in the baby scale between the groups of eutocic and non-eutocic delivery ( $p = ,045$ ). A significant difference was found in the baby scale ( $p < ,001$ ) and the partner scale ( $p = ,006$ ) between the groups of vaginal and cesarean section delivery. Mode of delivery can be a variable that affects the childbirth experience, influencing the overall experience in a negative way, thus conditioning women' mode of delivery in future pregnancies.

#### Key words

Childbirth, satisfaction, delivery.

**Centro de Trabajo:** (1) Psicóloga, Matrona, Hospital Universitario de Fuenlabrada; (2) Matrona, Hospital Universitario de Fuenlabrada, (3) Enfermero, Profesor Asociado, Universidad Rey Juan Carlos.

## INTRODUCCIÓN

Habitualmente se considera que el nacimiento de un nuevo hijo se vive como una experiencia positiva, sin embargo, diferentes estudios han puesto de manifiesto que existe un porcentaje de mujeres, en torno a un 5-7% que no se muestra satisfecha con el mismo. La percepción de una experiencia negativa del parto, no es una situación que se experimente de manera puntual, sino que puede prolongarse en el tiempo, manteniéndose incluso un año después del nacimiento (1), siendo un elemento que puede influir en la futura vida reproductiva de la mujer.

Se han establecido diferentes medidas de la satisfacción con el nacimiento. En algunos estudios se han utilizado escalas que reflejan percepciones y sentimientos relacionados con el parto, como alivio del dolor, ansiedad, control y participación, poder expresarse, apoyo profesional y de la pareja (2) habiéndose diseñado diferentes cuestionarios específicos como la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, que valora áreas referidas a la propia mujer, a los profesionales, al neonato y a la pareja (3) o la Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire, con diez dimensiones entre ellas las referidas al apoyo, expectativas y control, y al niño (4).

Los factores que influyen en la percepción de la experiencia de parto han sido objeto de análisis en la literatura científica. Se ha visto que el cumplimiento de las expectativas previas de la mujer tiene un peso importante sobre la satisfacción. Asimismo, la visión de autoeficacia elevada (5) y el control personal son elementos que van a influir de manera positiva en la satisfacción de la mujer con el parto (3). Además, debemos destacar que una experiencia de parto negativa se asocia con la presencia de determinadas situaciones como el dolor de parto o la falta de control de la situación (1).

Entre los factores sociodemográficos que influyen en la satisfacción con el nacimiento se ha encontrado que las mujeres con situación laboral activa, así como con un nivel educativo superior presentan una mayor satisfacción global (3).

Con respecto a las condiciones obstétricas, se ha hallado que la nuliparidad disminuye la satisfacción (2). Por otro lado, el tipo de parto ha sido una de las principales variables objeto de estudio, encontrándose de manera consistente una percepción del nacimiento más positiva en los partos vaginales (6). En otros estudios se destaca que más que el tipo de parto en sí, lo que va a determinar la satisfacción de la mujer son las circunstancias en que este se desarrolla, de

tal manera que complicaciones médicas como la necesidad de realizar una cesárea urgente, se asocia a una percepción negativa del nacimiento (7).

Partiendo de las investigaciones centradas en cómo el tipo de parto puede influir en el bienestar materno durante el puerperio, es interesante analizar los aspectos asociados al tipo de parto en sí, como la percepción y vivencia de la mujer con respecto al nacimiento de su nuevo hijo. Teniendo esto en cuenta, el objetivo del presente estudio se dirigirá a analizar las diferencias en la satisfacción de la madre dependiendo de distintas variables sociodemográficas y clínicas, prestando especial atención al tipo de parto.

## MÉTODO

### Diseño

Se trata de un diseño ex post facto prospectivo.

### Participantes

Las gestantes que formaron la muestra recibieron atención obstétrica en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), hospital público del sur de Madrid, que abarca los municipios de Fuenlabrada, Humanes de Madrid y Moraleja de Enmedio, con una población asignada en torno a 217.000 personas, atendiendo a unas 3.000 pacientes obstétricas al año. La zona geográfica de atención se caracteriza por tener una población más joven que el resto de la Comunidad de Madrid, con un porcentaje ligeramente menor de mujeres, con un nivel socioeconómico bajo-medio y un trabajo mayoritariamente en el área de industria.

### Procedimiento

La captación de las participantes se realizó durante los meses de octubre de 2007 a diciembre de 2008, contactando con 285 mujeres que previamente habían entrado en un proyecto más amplio de investigación sobre factores psicológicos y su efecto en el embarazo y puerperio, iniciado durante el primer trimestre. Los criterios de inclusión fueron una edad superior a 18 años, una comprensión adecuada del español (tanto hablado como escrito), inicio de proceso de parto y como condiciones clínicas no padecer enfermedad psiquiátrica previa o diagnosti-

cada durante el embarazo, o alteración médica tanto materna como fetal que pudiese poner en un riesgo considerable la evolución del embarazo. Los criterios de exclusión fueron la pérdida fetal, la presencia de cualquier condición clínica materna o neonatal grave tras el nacimiento, o el haberse realizado una cesárea de manera programada.

De este modo, tras la comprobación de los datos necesarios en la historia clínica para establecer su inclusión en el presente estudio (se eliminaron 5 de ellas debido a aborto tardío) se contactó a través de llamada telefónica con dichas mujeres para llevar a cabo la entrega de los documentos a través de correo postal en el tercer trimestre de embarazo, con la intención de completar el cuestionario de satisfacción a las 24-48 horas tras el nacimiento y devolverlo correctamente cumplimentado por correo postal al Departamento de Obstetricia. De los 280 cuestionarios enviados, se recogieron 106 en el postparto inicial (37,9%).

El estudio fue aprobado por el Comité Ético adscrito al hospital. Las gestantes aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio y aportaron un consentimiento informado firmado.

### Instrumentos de medida

El instrumento utilizado fue la escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (8) (escala de satisfacción de parto de Mackey) constituida por 34 ítems medidos mediante una escala tipo Likert de 1 (*muuy insatisfecha*) a 5 (*muuy satisfecha*), ofreciendo una puntuación total de satisfacción del parto, y seis subescalas referidas a la satisfacción de manera global, satisfacción con el recién nacido, satisfacción con la pareja, satisfacción con el personal de enfermería, satisfacción con el personal médico, y satisfacción consigo misma. Dicha escala se tradujo al español de acuerdo a las recomendaciones establecidas por Hambleton and Patsula (1999). En el presente estudio la escala presentó una fiabilidad aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,867, siendo aceptable la fiabilidad de las subescalas de satisfacción con el personal de enfermería (0,92), con el personal médico (0,91), satisfacción como percepción global (0,73) y satisfacción consigo misma (0,86), siendo sin embargo más baja la fiabilidad para las subescalas de satisfacción con el recién nacido (0,61), y satisfacción con la pareja (0,59). En la escala inicial, la fiabilidad del total de los ítems fue de 0,90, mientras que la auto-satisfacción 0,80, con la pareja 0,75, con el neonato 0,61, con el personal de enfermería 0,92, con el personal médico 0,87 y en la puntuación global 0,57.

El tipo de parto se clasificó en parto vaginal eutócico, parto vaginal instrumental y cesárea no programada. Debido a la diferencias existentes en la recuperación de las mujeres, las diferencias en relación a las posibles complicaciones y a los días de estancia promedio, se decidió hacer una primera variable independiente con dos categorías: parto vaginal (espontáneo o instrumental) y cesárea. Sin embargo, teniendo en cuenta que el parto instrumental también podía generar diferencias con respecto a la percepción materna, se decidió realizar el análisis con otra segunda variable independiente con dos categorías referidas a parto vaginal eutócico y parto vaginal no eutócico (instrumental o cesárea), tal y como se ha realizado en otras publicaciones que analizan satisfacción de la mujer tras el parto.

El resto de variables, consideradas relevantes por su posible influencia en las variables dependientes, fueron las referidas a los datos sociodemográficos (recogidas a través de un cuestionario elaborado por el equipo investigador) y datos clínicos (referidos al bienestar neonatal), siendo estas: la edad, la existencia de abortos previos; la paridad; el nivel de estudios (primarios, secundarios o universitarios); la situación laboral; la planificación del embarazo; y la puntuación en la escala de Apgar al minuto y a los cinco minutos.

### Análisis estadístico

Se realizaron varios pasos en el análisis de datos: en primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables, estableciéndose los parámetros de media, desviación típica, y un análisis exploratorio de las variables continuas. Posteriormente, para analizar la existencia de diferencias en satisfacción en función de las variables sociodemográficas y clínicas se empleó la prueba *t* de Student para los análisis bivariados y la prueba *F* de Snedecor para el análisis de la varianza (ANOVA) para los análisis multivariantes (empleándose la prueba de Scheffé para las comparaciones post-hoc), analizando en ambos casos que se cumplieren los prerrequisitos de normalidad y homocedasticidad de las varianzas necesarios para realizar estos análisis. Para analizar la relación existente entre variables continuas se empleó el coeficiente de correlación de Pearson (*r*). Para valorar el tamaño del efecto se utilizó la prueba *d* de Cohen. Todas las pruebas estadísticas se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico PASW en su versión 18.0. Se consideraron significativos todos aquellos valores de  $p < 0,05$ .

## Resultados

La muestra final, para el presente estudio, estuvo formada por tanto por 106 mujeres en el postparto inicial. La edad de las gestantes se encontraba entre 23 y 42 años, con una media de 31,9 ( $DT = 8,15$ ). El porcentaje de partos eutócicos fue del 48,1%, el de partos no eutócicos fue del 34,9%, y el de cesáreas fue del 17%. Con respecto al nivel de estudios, el 21,9% de las mujeres tenía estudios primarios, el 48,6% secundarios, y el 29,5% superiores. El 64,4% de las mujeres tenían vida laboral activa en el momento de iniciar el embarazo. Un 28,6% de las mujeres habían sufrido al menos un aborto espontáneo previo al embarazo actual, y un 52,4% tenían al menos un hijo. En una gran mayoría (85,7%) se había planificado el embarazo.

Posteriormente se realizó un análisis de las variables sociodemográficas y de bienestar neonatal que podrían influir en la satisfacción materna. En relación a las variables sociodemográficas, no se obtuvieron diferencias significativas entre las diferentes categorías de dichas variables (paridad, nivel de estudios, aborto espontáneo, situación laboral, planificación de embarazo) y la satisfacción de la mujer, excepto en el caso de la planificación del embarazo, donde se vio que la puntuación en la dimensión de

satisfacción con el bebé era mayor para los embarazos no planificados ( $t(33,99) = 2,91, p = 0,006, d = 1,0$ ), y la puntuación en la dimensión de satisfacción global era mayor para los embarazos planificados ( $t(23,71) = -2,10, p = 0,04, d = 0,86$ ). Al analizar la asociación entre la satisfacción y las variables continuas (edad, Apgar neonatal al minuto y a los cinco minutos) no se encontraron correlaciones significativas entre las puntuaciones de las diferentes subescalas y dichos elementos.

La puntuación total media de la Escala de Satisfacción de Parto de Mackey fue de 4,14 ( $DT = 1,72$ ), lo que indica una elevada satisfacción, variando las puntuaciones dentro de las subescalas, siendo la menor para la satisfacción global ( $M = 1,66; DT = 3,69$ ), y la mayor para la satisfacción con el bebé ( $M = 4,52; DT = 0,67$ ).

En relación a las diferencias existentes en la satisfacción en función de la variable parto eutócico/no eutócico, se encontraron diferencias significativas para las subescalas de satisfacción con el niño, satisfacción con la pareja y satisfacción con el personal de enfermería, así como para la puntuación global de satisfacción. Con respecto a la variable parto vaginal/cesárea se encontraron diferencias significativas en las mismas dimensiones de la escala que en el caso anterior (**Tablas 1 y 2**).

**Tabla 1.** Diferencias en las puntuaciones en las dimensiones de la escala de satisfacción en función del tipo de parto (eutócico vs. no eutócico).

		M (DT)	t	p	d
Puntuación total	Eutócico	4,31 (0,48)	3,43	,001	0,7
	No eutócico	3,93 (0,60)			
Global	Eutócico	1,84 (1,97)	0,77	,443	
	No eutócico	1,54 (1,71)			
Pareja	Eutócico	4,43 (0,67)	4,18	< ,001	1,14
	No eutócico	3,61 (1,07)			
Bebé	Eutócico	4,69 (0,52)	3,07	,003	0,8
	No eutócico	4,25 (0,77)			
P. Enfermería	Eutócico	4,63 (0,57)	3,04	,004	0,81
	No eutócico	4,14 (0,89)			
P. Médico	Eutócico	4,43 (0,58)	1,83	,073	
	No eutócico	4,14 (0,84)			
Autosatisfacción	Eutócico	4,15 (0,68)	1,76	,081	
	No eutócico	3,90 (0,63)			

M: media. DT: desviación típica. t: t de Student. p: probabilidad. d: d de Cohen.  
**P. Enfermería:** personal de enfermería. **P. Médico:** personal médico.

**Tabla 2.** Diferencias en las puntuaciones en las dimensiones de la escala de satisfacción en función del tipo de parto (vaginal vs. cesárea).

		M (DT)	t	p	d
Puntuación total	Vaginal	4,27 (0,50)	4,04	< ,001	0,83
	Cesárea	3,71 (0,57)			
Global	Vaginal	1,83 (1,95)	1,47	,150	
	Cesárea	1,24 (1,38)			
Pareja	Vaginal	4,36 (0,76)	6,26	< ,001	1,28
	Cesárea	3,06 (0,91)			
Bebé	Vaginal	4,66 (0,53)	3,71	,001	1,59
	Cesárea	3,93 (0,82)			
P. Enfermería	Vaginal	4,6 (0,57)	3,47	,002	1,52
	Cesárea	3,77 (1,01)			
P. Médico	Vaginal	4,36 (0,65)	1,30	,195	
	Cesárea	4,13 (0,88)			
Autosatisfacción	Vaginal	4,11 (0,66)	1,70	,093	
	Cesárea	3,81 (0,67)			

**M:** media. **DT:** desviación típica. **t:** t de Student. **p:** probabilidad. **d:** d de Cohen.  
**P. Enfermería:** personal de enfermería. **P. Médico:** personal médico.

## Discusión

El presente estudio pone de manifiesto que la manera en la que finaliza el parto influye en la percepción de la experiencia de la madre, tal y como muestran algunas investigaciones (6). Es de destacar que se da una menor satisfacción del parto en el caso de nacimiento por cesárea, como evidencian también algunos trabajos, en los que se ha visto que la satisfacción de las mujeres disminuye en cesáreas no planificadas (9). La situación del parto no espontáneo (ya sea partos vaginales instrumentales o cesárea), se ve acompañada en numerosas ocasiones de intervenciones urgentes que dejan poco margen para que la mujer y su pareja asimilen lo que está sucediendo, la falta de entendimiento relativa a la situación, unida al escaso tiempo para informar claramente de la situación urgente, lleva a una falta de control en la toma de decisiones.

Es importante señalar que las mujeres valoran de manera importante el cuidado enfermero recibido (10). Debemos tener en consideración las circunstancias especiales que rodean a los nacimientos por cesárea, en estos casos la paciente se encuen-

tra en el quirófano, siendo este entorno percibido como más frío, y existiendo un menor contacto con el personal de enfermería. Estos elementos pueden facilitar que la mujer asocie estos aspectos, además del sentimiento de frustración por no haber podido tener un parto vaginal, dirigida al profesional por no haber dado todo el cuidado necesario para conseguir que el nacimiento se produjese de la mejor manera posible, y en definitiva, generando una vivencia negativa de la experiencia de parto.

Además de todo esto, la cesárea, así como algunos partos vaginales instrumentales justificados por una pérdida de bienestar fetal, implican una separación neonatal. El contacto piel con piel inicial favorece una relación afectiva mayor, que podría predisponer a la madre a tener una experiencia más satisfactoria del nacimiento (11), y específicamente en la dimensión de satisfacción con el bebé.

Es interesante destacar las diferencias encontradas en las subescalas de satisfacción con el bebé y satisfacción global, con respecto a la variable planificación del embarazo. La mayor puntuación encontrada en la subescala de satisfacción global en los embarazos planificados, podría deberse a que

las mujeres que desean un embarazo, comienzan a generar expectativas relacionadas con lo que será su parto, adaptándose mejor al desarrollo del mismo y a su resultado final. Por otro lado el hecho de que se dé una mayor puntuación en la subescala de satisfacción con el recién nacido en embarazos no planificados, podría estar relacionado con los efectos positivos de la interacción con el neonato tras el parto, que superaría sobradamente las expectativas negativas al inicio del embarazo.

Una experiencia negativa en el momento del parto podría llevar a la mujer a generar sentimientos ante un siguiente parto, con lo que la intervención, para desmontar en lo posible dichas ideas irracionales, en los posteriores embarazos podría ser esencial para disminuir la tasa de cesáreas y hacer que tenga una vivencia lo más satisfactoria posible (12).

## CONCLUSIONES

Debido a que el tipo de parto podría ser una variable influyente en la experiencia del nacimiento, la mujer con partos previos instrumentales o cesáreas tiene el riesgo de tener unas expectativas negativas en futuros embarazos, llegando a condicionar su decisión de afrontar un siguiente proceso de parto, pudiendo llevar incluso a plantearse una cesárea, lo que además de implicar un riesgo mayor para su salud interrumpe la evolución normal del nacimiento.

Es de esencial importancia para la enfermera tener en cuenta la satisfacción de la mujer con el nacimiento como un aspecto que refleja la calidad de la atención que se le ofrece a la nueva madre, de ahí la necesidad de incidir en su valoración para tener como objetivo que la mujer se encuentre satisfecha en el momento de tener a su hijo.

Asimismo, el profesional de obstetricia debería estar alerta ante aquellos aspectos en los que la experiencia de la mujer ha sido más negativa, para iniciar una actuación multidisciplinar (si fuera necesario) con el fin de comentar aquellas circunstancias que han sido más relevantes durante el parto, disminuir la repercusión sobre el bienestar de la nueva madre y prevenir posibles alteraciones en el estado de ánimo de la puerpera.

En un futuro, cada vez más cercano, en el que la matrona de manera independiente realice la valoración en el postparto inicial para llevar a cabo el alta hospitalaria precoz de la puerpera y su atención en consulta a las 48-72 horas, podría aportar como un elemento más a su evaluación, la escala de satisfacción utilizada en el presente estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Waldenstrom U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth* 2004 Jun;31(2):102-107.
2. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, et al. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth* 1996 Sep;23(3):144-153.
3. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004 Apr;46(2):212-219.
4. Smith LF. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care* 2001 Mar;10(1):17-22.
5. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007 Oct 26;7:26.
6. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 Jan-Feb;37(1):24-34.
7. Waldenstrom U, Small R. Debriefing after operative childbirth didn't reduce depression. *Lakar-tidningen* 2001 Feb 28;98(9):934-935.
8. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004 04;46:212-219.
9. Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, et al. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol*. 2011 May;28(5):383-388.
10. Matthews G. Neuroticism from the Top Down: Psychophysiology and Negative Emotionality. En: Stelmack RM, editor. *On the psychobiology of personality: Essays in honor of Marvin Zuckerman*. New York: Elsevier Science; 2004. P 249-266.
11. Anderson GC, Dombrowski MA, Swinth JY. Kangaroo care: not just for stable preemies anymore. *Reflect Nurs Leadersh*. 2001;27(2):32-4, 45.
12. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, et al. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG* 2013; 120(1):75-84.