

Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale

Rosa Mas-Pons^{a,b,*}, Carmen Barona-Vilar^{a,b}, Soledad Carreguí-Vilar^c, Noelia Ibáñez-Gil^d, Lourdes Margaix-Fontestad^{c,e} y Vicenta Escribà-Agüir^{b,f}

^a Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Valencia, España

^b Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Generalitat Valenciana, Valencia, España

^c Hospital de La Plana, Vila-real, Castellón, España

^d Hospital Marina Baixa, La Vila Joiosa, Alicante, España

^e Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia, Valencia, España

^f CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2011

Aceptado el 16 de septiembre de 2011

On-line el 3 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Satisfacción del paciente

Parto

Escalas

Estudios de validación

R E S U M E N

Objetivos: Determinar la fiabilidad y validez de contenido y concepto de la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, escala para medir la satisfacción de las mujeres con el parto y el nacimiento.

Métodos: Se utilizó el método de traducción-retrotraducción para obtener una versión adaptada de la escala. Para la validación se seleccionó una muestra de 325 mujeres que habían tenido un hijo sano mediante parto vaginal. La recogida de datos se realizó con un cuestionario autocumplimentado que incluía la escala adaptada, expectativas ante el parto y variables obstétricas y sociodemográficas. Se valoró la fiabilidad en una submuestra de 45 mujeres que cumplimentaron de nuevo la escala a los 15-30 días. Se analizó la estructura factorial y la consistencia interna. Se evaluó la validez de concepto analizando la relación entre la satisfacción con la experiencia y el cumplimiento de las expectativas y preferencias en el manejo del dolor.

Resultados: En el estudio test-retest se obtuvo un coeficiente de correlación intraclass de 0,93 para la escala global. El análisis factorial identificó seis factores que explicaban el 69,42% de la varianza. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,94 para la escala global, oscilando entre 0,72 y 0,96 en las subescalas. La satisfacción con la experiencia del parto fue superior en las mujeres cuyas expectativas se habían cumplido, así como en las que accedieron al método de alivio del dolor elegido.

Conclusiones: Se ha obtenido un instrumento de medida de la satisfacción con la experiencia del parto y el nacimiento, adaptado a nuestro contexto y con buenas características psicométricas.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale

A B S T R A C T

Objectives: To determine the reliability and the content and construct validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale to measure women's satisfaction with labor and delivery.

Methods: The translation-back translation method was used to obtain an adapted version of the scale. For the validation study, a sample of 325 women who had delivered a healthy neonate through the vaginal route was selected. Data collection was performed using a self-administered questionnaire that included the modified scale, childbirth expectations, obstetric variables and sociodemographic characteristics. Reliability was assessed in a subsample of 45 women who completed the scale for the second time 15-30 days later. The factorial structure and internal consistency of the scale were analyzed. Construct validity was evaluated by analyzing the relationship between satisfaction with the experience, fulfillment of expectations and preferences regarding pain management.

Results: In the test-retest study, an intraclass correlation coefficient of 0.93 was obtained for the total scale. Factor analysis identified six factors that explained 69.42% of the variance. Cronbach's alpha coefficient was 0.94 for the total scale, ranging from 0.72 to 0.96 for the subscales. Satisfaction with the experience of childbirth was higher among women whose expectations were met and among those who accessed the pain relief method chosen.

Conclusions: This scale is a useful instrument to measure women's satisfaction with the experience of childbirth, adapted to our context and with good psychometric properties.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Patient satisfaction

Delivery

Scales

Validation studies

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mas.ros@gva.es (R. Mas-Pons).

Introducción

La satisfacción de los pacientes es un indicador de la calidad de la atención sanitaria, y a su vez una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios¹. Sin embargo, su medición puede resultar dificultosa, ya que se trata de un concepto complejo y multidimensional^{2,3}.

Son muchos los factores que se han relacionado con la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo. Hodnett⁴ describe como elementos más influyentes 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. Las expectativas previas⁵⁻⁷ y la discrepancia con la experiencia vivida pueden afectar a la valoración que la mujer realice del parto^{8,9}, al igual que ocurre con el dolor y su manejo⁴. La percepción del control durante el parto es esencial para que la mujer se sienta plenamente partícipe en el proceso y experimente sentimientos positivos ante la experiencia, y se muestra como uno de los factores predictores más importantes del grado de satisfacción^{8,10,11}. Junto a ello, el apoyo de los profesionales sanitarios, ya sea físico, emocional, informativo o dinamizador de la participación de las mujeres, constituye otro de los determinantes fundamentales de la satisfacción materna¹².

Aunque se dispone de distintos cuestionarios diseñados específicamente para medir la satisfacción de las mujeres con el parto, todos han sido elaborados en contextos diferentes al nuestro, y hasta el momento no han sido validados en nuestro medio¹³⁻¹⁶. Uno de ellos es la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS), desarrollada en Estados Unidos, que consta de 34 ítems que bajo una estructura multifactorial abarcan diversos componentes implicados en el parto y el nacimiento¹⁰. Esta escala se ha utilizado también en varios estudios en Gran Bretaña¹⁷, Bélgica y Holanda¹⁸⁻²⁰.

Actualmente nos encontramos en España en un profundo proceso de transformación en el modelo de atención al parto, centrado en ofrecer una atención personalizada e integral a las mujeres, basado en la evidencia científica, y dirigido a mejorar su participación y protagonismo²¹. Por ello, resulta fundamental incorporar la perspectiva de las mujeres en la valoración global de la atención prestada, de forma que nos permita identificar aquellos aspectos que son percibidos como insatisfactorios por las propias mujeres y que pueden ser mejorados. El objetivo de este trabajo es determinar la fiabilidad y la validez de contenido y concepto de la MCSRS, escala diseñada para medir la satisfacción de las mujeres con la vivencia del parto y el nacimiento de un hijo.

Métodos

Diseño

Se ha realizado la traducción y la adaptación cultural de la escala MCSRS, así como un estudio transversal para valorar su fiabilidad y validez de contenido y concepto.

La escala MCSRS

Desarrollada originalmente en lengua inglesa, mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo. Se trata de un cuestionario autocumplimentado, que se administra a la mujer antes del alta hospitalaria. Consta de 34 ítems agrupados en cinco subescalas que hacen referencia a la mujer (9 ítems), la pareja (2 ítems), el recién nacido (3 ítems), la matrona (9 ítems) y el obstetra (8 ítems). Asimismo,

contiene una subescala de valoración global de la experiencia (3 ítems). Cada ítem se evalúa en una escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha (1) hasta muy satisfecha (5), con un valor central neutro. La puntuación final de la escala se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem, de manera que cuanto más alta es la puntuación mayor es la satisfacción. Del mismo modo, pueden obtenerse puntuaciones parciales para cada subescala.

Sujetos de estudio

La población de estudio fueron las gestantes, de bajo o medio riesgo en el momento del parto, que habían tenido un hijo sano mediante un parto vaginal en hospitales públicos de la Comunitat Valenciana. No se incluyeron las gestaciones múltiples ni las cesáreas, porque la escala original no está diseñada para ello. Se excluyeron las mujeres cuyo hijo había nacido muerto o había muerto al nacer, así como los casos en que la madre o el recién nacido presentaron alguna afección grave en el parto o el puerperio inmediato, dado el efecto que la gravedad de los procesos puede tener en la satisfacción de los pacientes. Por último, se excluyeron las mujeres que no comprendían el español, por tratarse de un cuestionario autocumplimentado.

En el estudio participaron tres hospitales de diferentes áreas, seleccionados en función del número de partos anuales y de diversos indicadores de atención obstétrica que definían distintos grados de intervencionismo obstétrico. El tamaño de la muestra se calculó según los criterios exigidos para la técnica de análisis factorial (entre 4 y 10 sujetos por ítem)²², y se estimó una muestra de 325 mujeres. La selección se realizó mediante muestreo consecutivo estratificado, distribuido proporcionalmente por maternidad según el número de nacimientos anuales. De las 325 mujeres elegibles, 17 no quisieron participar, lo que supuso una tasa de respuesta del 94,8%.

Procedimiento

1) Traducción y adaptación cultural

La escala original fue traducida al español, de forma independiente, por dos personas bilingües, de origen español y con experiencia en la práctica obstétrico-ginecológica. Para cada ítem puntuaron la dificultad que habían tenido en encontrar una expresión en español conceptualmente equivalente a la original, utilizando una escala del 0 (ninguna dificultad) al 10 (mucha dificultad). Se revisaron ambas traducciones y se consensuó una primera versión española. Esta versión inicial fue retrotraducida al inglés, de forma independiente, por dos traductores bilingües, cuya lengua materna era el inglés y con conocimientos en salud materno-infantil, que también puntuaron la dificultad en encontrar expresiones equivalentes. Se realizó una segunda revisión valorando la correspondencia con la escala original. Los ítems problemáticos, con dificultad moderada (puntuación 3-4) o alta (puntuación ≥ 5), se discutieron con un panel de expertos en la atención al parto, constituido por seis obstetras y matronas, y se obtuvo una nueva versión en español. Finalmente se realizó un estudio piloto en 10 mujeres que cumplían con los criterios de selección establecidos, valorando el tiempo de cumplimentación del cuestionario, la comprensión de los ítems y la pertinencia en nuestro contexto sociocultural.

2) Validación

El protocolo fue aprobado por el comité ético de investigación de cada hospital y se elaboró una hoja informativa que, junto con el consentimiento informado, era entregada a las mujeres que cumplían los criterios de inclusión. La recogida de la información se extendió desde noviembre de 2010 hasta enero de 2011, y se realizó mediante un cuestionario autocumplimentado que

incluía la escala adaptada MCSRS, las expectativas sobre el parto y variables obstétricas (paridad, tipo de parto, inducción, episiotomía y analgesia) y sociodemográficas (edad, nivel de estudios, país de nacimiento y situación laboral de la mujer, convivencia en pareja y situación laboral de la pareja).

Para la validación de la escala adaptada se estudiaron su fiabilidad (test-retest), validez de contenido (estructura factorial) y validez de concepto. Para evaluar la validez de concepto se partió de la hipótesis de que las mujeres están más satisfechas con la experiencia del parto cuando se cumplen sus expectativas respecto a ese momento, y en especial cuando son atendidas sus preferencias en el manejo del dolor. La información sobre el logro de expectativas se recogió mediante dos preguntas, una centrada en la dilatación y otra en el periodo expulsivo, sobre si la experiencia había sido como la mujer esperaba, con las posibles respuestas de «nada en absoluto», «un poco», «bastante» y «completamente». Se construyó una variable conjunta con dos categorías respuesta, una si se habían cumplido las expectativas bastante o completamente tanto en la dilatación como en el periodo expulsivo (expectativas cumplidas), y otra que agrupaba el resto de los casos (expectativas no cumplidas). Respecto al manejo del dolor, se preguntó a las mujeres si durante el parto desearon que se les administrase la analgesia epidural y, en caso afirmativo, si finalmente habían dispuesto de ella, y las respuestas se agruparon en tres categorías («deseaba y no tuvo», «deseaba y tuvo» y «no deseaba»).

Para valorar la fiabilidad, se volvió a administrar la escala a una submuestra de mujeres entre 15 y 30 días después del parto. Siguiendo la propuesta de Streiner y Norman²³, para una fiabilidad hipotética de 0,85 y un valor mínimo de fiabilidad de 0,75, se estimó un tamaño de muestra de 45 mujeres. Mediante contacto telefónico se confirmó que no había habido ningún cambio importante en la salud de la madre o del niño, y a continuación se envió por correo electrónico la escala adaptada. En caso de no recibir respuesta en el plazo de una semana, se realizaron un recordatorio telefónico y un nuevo envío.

Análisis estadístico

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de la muestra, así como de las puntuaciones obtenidas en cada ítem de la escala. En segundo lugar se valoró el grado de concordancia test-retest (fiabilidad), es decir, el acuerdo entre las puntuaciones obtenidas en las dos administraciones de la escala, mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclase y su intervalo de confianza del 95%.

Con el fin de determinar si la versión española presentaba también una estructura factorial similar a la de la escala original (validez de contenido), se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales. Los factores con autovalores superiores a 1 fueron rotados utilizando la rotación varimax. Se evaluó la pertinencia del análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. A continuación se estudió la consistencia interna de la versión española valorando el grado de correlación entre los distintos ítems que la componen, mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, tanto para la escala total como para cada uno de los factores extraídos.

Por último, para evaluar la validez de concepto se analizó la relación entre la satisfacción con la experiencia, tanto global como por subescalas, y el cumplimiento de las expectativas (test de Mann-Whitney) y las preferencias en el manejo del dolor (test de Kruskal-Wallis).

Resultados

Traducción y adaptación cultural

De los 34 ítems de la escala, 24 no presentaron ninguna dificultad (70,6%), en seis la dificultad fue moderada (17,6%) y en cuatro alta (11,8%). En algunos ítems se decidió utilizar expresiones más acordes a nuestro entorno sociocultural y sanitario. Entre ellas cabe citar la expresión *nursing staff*, que fue sustituida por «matrona», y *medical staff*, que se tradujo como «ginecólogo/a». Del mismo modo, el término *husband* fue sustituido, ampliando el concepto, a «pareja o acompañante». Tras la revisión por el panel de expertos, se optó por añadir en 10 ítems algunos ejemplos para facilitar su comprensión, y se introdujeron dos ítems nuevos (ítems 33 y 34) que hacían referencia al apoyo recibido de la matrona y el obstetra en la utilización de distintos métodos de alivio del dolor, más allá de las técnicas tradicionales de relajación y respiración. Se elaboró un encabezamiento del cuestionario que definía brevemente los distintos periodos del parto y se explicaba la escala de respuestas, indicando que en caso de no poder juzgar un aspecto concreto, como por ejemplo la atención prestada por el obstetra en los partos atendidos únicamente por matronas, o el apoyo de la pareja en caso de no haber estado acompañada, se marcara el valor central («indiferente»).

La encuesta piloto mostró que el instrumento presentaba un buen grado de comprensión y un tiempo de cumplimentación adecuado.

Validación

Las características sociodemográficas y obstétricas de las participantes se presentan en la [tabla 1](#). Se excluyeron del análisis 10 cuestionarios porque la escala MCSRS estaba incompleta, por lo que finalmente hubo 298 cuestionarios válidos.

Fiabilidad

En el estudio de la concordancia test-retest se halló un coeficiente de correlación intraclase para la escala global de 0,93, mientras que por subescalas osciló entre un mínimo de 0,79 en la subescala *Acompañante y confort* y un máximo de 0,95 en la subescala *Recién nacido* ([tabla 2](#)).

Validez de contenido

El análisis factorial exploratorio identificó seis factores (obstetra, matrona, dilatación, expulsivo, recién nacido, y acompañante y confort), que en conjunto explicaban el 69,42% de la varianza total. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,901 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($p < 0,001$). En la [tabla 3](#) se presentan los ítems que integran cada una de las subescalas. De los seis factores extraídos, dos coinciden exactamente con los de la escala original (*Obstetra* y *Recién nacido*), mientras que el factor *Matrona* incorpora, junto a los ítems de la subescala original, el ítem 36 (dimensión *Valoración global de la experiencia* de la escala original), el ítem 1 (dimensión *Mujer* de la escala original) y el ítem 33 de nueva creación. El factor III (*Dilatación*) y el IV (*Expulsivo*) están compuestos ambos por cuatro ítems relacionados con el control de la mujer y su valoración de cada etapa del parto. Por último, el factor de *Acompañante y confort* agrupa los ítems 10 y 11 (dimensión *Pareja* de la escala original), y los ítems 4 y 5 (dimensión *Mujer* de la escala original).

Tras el estudio de la consistencia interna de los factores resultantes del análisis factorial se optó por eliminar el ítem 34 de la subescala *Obstetra*, con lo cual mejoró su consistencia interna. Para la escala total, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,94, mientras

Tabla 1
Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres participantes en el estudio (n = 298)

Características	N (%)
<i>Edad</i>	
≤ 25 años	47 (15,9)
26-35 años	185 (62,5)
> 35 años	64 (21,6)
<i>Nivel de estudios</i>	
Primarios	68 (23,1)
Secundarios	132 (44,9)
Universitarios	94 (32,0)
<i>País de nacimiento</i>	
Española	234 (80,1)
Extranjera	58 (19,9)
Latinoamérica	30 (52,6)
Europa del Este	18 (31,6)
Europa Occidental	6 (10,5)
África	3 (5,3)
<i>Trabajo remunerado</i>	
No	95 (33,3)
Sí	190 (66,7)
<i>Convive en pareja</i>	
No	8 (2,8)
Sí	282 (97,2)
<i>Trabajo remunerado de la pareja</i>	
No	58 (22,1)
Sí	204 (77,9)
<i>Hijos previos</i>	
Ninguno	128 (43,7)
Uno	129 (44,0)
Dos o más	36 (12,3)
<i>Tipo de parto</i>	
Eutócico	247 (84,0)
Instrumentado	47 (16,0)
<i>Inducción</i>	
No	188 (63,5)
Sí	108 (36,5)
<i>Episiotomía</i>	
No	165 (57,1)
Sí	124 (42,9)

que por subescalas osciló entre un mínimo de 0,72 y un máximo de 0,96 (tabla 2).

Validez de concepto

La satisfacción de las mujeres fue mayor cuando las expectativas sobre el parto se habían cumplido, con puntuaciones más altas y diferencias significativas tanto para la escala total como por subescalas, excepto en la dimensión *Obstetra*. Del mismo modo, las

Tabla 2
Concordancia test-retest y consistencia interna de la escala adaptada al español para medir la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento

	Nº de ítems	CCI (IC95%)	Coefficiente alfa de Cronbach
<i>Total MCSRS</i>	35	0,93 (0,71-0,95)	0,94
<i>Subescalas</i>			
<i>Obstetra</i>	8	0,88 (0,76-0,94)	0,96
<i>Matrona</i>	12	0,91 (0,79-0,96)	0,93
<i>Dilatación</i>	4	0,89 (0,79-0,94)	0,87
<i>Expulsivo</i>	4	0,80 (0,62-0,89)	0,83
<i>Recién nacido</i>	3	0,95 (0,91-0,97)	0,72
<i>Acompañante y confort</i>	4	0,79 (0,60-0,89)	0,80

MCSRS: Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale; CCI: coeficiente de correlación intraclase; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

mujeres que habían accedido al método de alivio del dolor elegido por ellas, fuese o no la analgesia epidural, presentaron mayores puntuaciones en la escala global de satisfacción y en sus subescalas, excepto en la de *Recién nacido* (tabla 4).

Discusión

Los resultados de este trabajo permiten disponer de un instrumento de medida de la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento, adaptado a nuestro contexto sociocultural y que presenta unas buenas características psicométricas. Esta escala puede utilizarse en los partos vaginales, incluso en aquellos que requieren una mayor intervención obstétrica, y puede contribuir a identificar aspectos mejorables en la atención al parto. No es aplicable directamente en aquellas mujeres en que se realice una cesárea intraparto ni en caso de cesáreas programadas; en estas circunstancias deben considerarse otras dimensiones no contempladas en la escala original.

La utilización de cuestionarios elaborados en otros contextos requiere un proceso previo de adaptación y validación, así como una revisión y una actualización periódica de sus componentes^{24,25}. En nuestro estudio se decidió introducir un nuevo ítem relacionado con el apoyo de los profesionales sanitarios en el manejo del dolor, en concreto con la utilización de diferentes métodos no farmacológicos que de forma progresiva se están instaurando en las maternidades de la Comunitat Valenciana en consonancia con el nuevo modelo de atención al parto, respondiendo así a la necesidad de adecuar la escala a la realidad de nuestro entorno²⁶.

La estructura factorial de la versión en español difiere de forma moderada de la mostrada por la escala original. Al igual que la versión americana, se extrajeron seis factores que explican en conjunto una alta proporción de la varianza. Destaca el papel fundamental de los profesionales sanitarios que atienden el parto como determinante de la satisfacción de las mujeres, de tal manera que las subescalas *Matrona* y *Obstetra* explican entre ambas casi un 40% de la varianza. Mejorar el bienestar físico de la mujer ayudándola a afrontar el dolor, prestar apoyo emocional, proporcionar información comprensible y potenciar su participación, son aspectos valorados de forma muy positiva por las mujeres¹². Cabe destacar la segregación de la dimensión original *Mujer* en dos nuevos factores, *Dilatación* y *Expulsivo*, marcando diferencias en función de la etapa del parto considerada. Aunque en los últimos años se está potenciando la existencia de salas polivalentes de dilatación-expulsivo, en los hospitales de la Comunitat Valenciana aún persiste una tendencia a que las distintas fases del parto acontezcan en espacios claramente diferenciados, y el periodo expulsivo se atiende habitualmente en un entorno quirúrgico como es el paritorio, lo cual puede condicionar un ejercicio desigual del control y la participación de las mujeres.

Respecto a la fiabilidad, los resultados mostraron una alta reproducibilidad del instrumento al ser administrado en dos ocasiones consecutivas, considerando la escala tanto de forma global como por subescalas. En todos los casos, el coeficiente de correlación intraclase se situó por encima del mínimo aceptable en este tipo de herramientas²⁵. De forma similar, la versión en español de la escala mostró una buena consistencia interna, comparable a la obtenida en el estudio original y en trabajos posteriores en otros países^{10,18}, con valores del coeficiente alfa de Cronbach superiores a 0,7. La dimensión *Recién nacido* es la que presentó el menor valor, posiblemente reflejo del reducido número de ítems que la componen.

La satisfacción con la experiencia del parto tuvo una fuerte asociación con el cumplimiento de las expectativas y el manejo del dolor según las preferencias de las mujeres. Al igual que en estudios previos, las mujeres cuyo parto fue como ellas esperaban se muestran más satisfechas que aquellas cuyas expectativas

Tabla 3
Análisis factorial de la escala adaptada al español para medir la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento

Factores escala adaptada	Pesos	Varianza explicada (%)	Subescala original
<i>Factor I. Obstetra</i>		19,51	
30. La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	0,933		Obstetra
24. El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto	0,927		Obstetra
22. La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto	0,924		Obstetra
32. La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto	0,904		Obstetra
20. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto	0,883		Obstetra
26. La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto	0,854		Obstetra
18. Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	0,821		Obstetra
28. El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación	0,783		Obstetra
34. La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)	0,712		---
<i>Factor II. Matrona</i>		19,23	
23. El interés y el trato personal que le prestó la matrona en el parto	0,858		Matrona
31. La sensibilidad de la matrona ante sus necesidades durante el parto	0,835		Matrona
29. La actitud de la matrona en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)	0,823		Matrona
21. La información y explicaciones que le proporcionó la matrona en el parto	0,794		Matrona
19. Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la matrona durante el parto	0,750		Matrona
25. La ayuda y el apoyo que recibió de la matrona con las respiraciones y la relajación en el parto	0,733		Matrona
17. Los cuidados físicos que recibió de la matrona durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)	0,652		Matrona
35. De forma global, la atención que usted recibió durante el parto	0,642		Matrona
33. La ayuda y el apoyo de la matrona en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)	0,597		---
27. El tiempo que la matrona pasó con usted durante la dilatación	0,593		Matrona
36. De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?	0,474		Global
1. Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación	0,481		Mujer
<i>Factor III. Dilatación</i>		9,83	
8. El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)	0,848		Mujer
3. Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación	0,835		Mujer
12. Su experiencia global de la dilatación	0,835		Global
6. La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	0,705		Mujer
<i>Factor IV. Expulsivo</i>		8,36	
13. Su experiencia global del expulsivo	0,728		Global
9. El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)	0,696		Mujer
2. Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo	0,664		Mujer
7. La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)	0,610		Mujer
<i>Factor V. Recién nacido</i>		6,36	
15. El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé	0,811		Recién nacido
14. El estado de salud de su bebé al nacer	0,728		Recién nacido
16. El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé	0,702		Recién nacido
<i>Factor VI. Acompañante y confort</i>		6,15	
10. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación	0,826		Pareja
11. La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo	0,770		Pareja
4. Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.)	0,505		Mujer
5. Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)	0,459		Mujer
% Varianza total explicada		69,42	

no se cumplieron^{10,19}. Del mismo modo, el grado de satisfacción fue mayor en las mujeres que dispusieron de los métodos de alivio del dolor de su elección, se tratase o no de la analgesia epidural. Hodnett⁴, en una revisión sistemática sobre el tema, concluye que el dolor y el alivio del dolor en general no desempeñan un papel tan importante en la vivencia del parto, a menos que las expectativas en relación a cualquiera de ellos no sean atendidas.

A pesar de la inclusión de mujeres extranjeras en el estudio, y dado el limitado número de efectivos, no ha sido posible realizar un análisis específico en función de la zona geográfica de procedencia. Más de la mitad de estas mujeres tenían como lengua materna el español, lo que facilitó una buena comprensión de los ítems de la escala. Como limitación del estudio cabe

indicar que no se han tenido en cuenta otros factores socioculturales y sanitarios de origen que, en el caso de las mujeres extranjeras, pueden influir en la percepción y la vivencia de la experiencia del parto^{27,28}. Por otra parte, aunque no hay evidencia suficiente sobre el resultado que puede tener en la satisfacción el momento en que se realiza la medición, algunos estudios han encontrado fluctuaciones temporales⁴. Para minimizar este posible efecto se fijó el tiempo óptimo para el retest entre 15 y 30 días, evitando el descenso que se produce en las dos primeras semanas tras el parto¹⁴.

En conclusión, se ha obtenido una versión en español de la MCSRS, adaptada a nuestro contexto, con buena fiabilidad, validez de contenido y validez de concepto. Conocer la satisfacción

Tabla 4

Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto, cumplimiento de expectativas y manejo del dolor

	Satisfacción de la mujer con la experiencia del parto													
	Total MCSRS		Obstetra		Matrona		Dilatación		Expulsivo		Recién nacido		Acompañante y confort	
	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana
<i>Expectativas globales^a</i>														
No cumplidas	148,91	150,0	32,46	33,0	53,52	56,0	15,24	16,0	16,28	17,0	13,75	15,0	17,67	18,0
Cumplidas	159,29	160,0	32,93	35,0	57,18	59,0	17,74	18,0	18,06	18,0	14,36	15,0	19,02	20,0
p	<0,001		0,468		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
<i>Analgesia epidural^b</i>														
Deseaba y no tuvo	147,02	147,0	31,38	32,0	52,77	55,0	15,38	16,0	16,04	16,0	13,82	14,0	17,62	18,0
Deseaba y tuvo	157,08	160,0	33,92	37,0	56,38	58,0	16,45	17,0	17,60	18,0	13,99	15,0	18,74	20,0
No deseaba	150,41	155,0	30,97	31,0	54,43	57,0	16,77	17,0	16,53	17,0	14,16	15,0	17,56	19,0
p	<0,001		0,002		<0,001		0,032		<0,001		0,146		0,002	

MCSRS: Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale.

^a Test de Mann-Whitney.^b Test de Kruskal-Wallis.

de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento es importante tanto para los profesionales sanitarios que prestan la atención como para los administradores y gestores del sistema sanitario. Disponer de un instrumento adaptado y validado en nuestro medio, que permita medir el grado de satisfacción de la mujer, puede ayudar a valorar el impacto del nuevo modelo asistencial de atención al parto en el Sistema Nacional de Salud español.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo es un concepto complejo y multitudinacional. Se han desarrollado distintos cuestionarios o escalas para medir el grado de satisfacción con la atención al parto, pero ninguno de ellos ha sido validado en nuestro entorno.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se ha obtenido y validado la versión española de la Mackey Satisfaction Childbirth Satisfaction Scale, instrumento de medida de la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento. Esta escala podrá ser utilizada en la valoración de la calidad de la atención sanitaria, incorporando el punto de vista de las mujeres, y contribuir a la evaluación y la monitorización de los cambios introducidos con el nuevo modelo de atención al parto.

Contribuciones de autoría

R. Mas-Pons, C. Barona-Vilar y V. Escrivà-Agüir diseñaron el estudio. S. Carreguí-Vilar, N. Ibáñez-Gil y L. Margaix-Fontestad participaron en el diseño del cuestionario, fueron responsables del trabajo de campo y revisaron el manuscrito. R. Mas-Pons y C. Barona-Vilar realizaron el análisis e interpretaron los resultados. R. Mas-Pons escribió el manuscrito y C. Barona-Vilar y V. Escrivà-Agüir lo revisaron y contribuyeron a su redacción definitiva. Todas las autoras aprobaron la versión final.

Financiación

Trabajo financiado por una ayuda para el fomento de la investigación sanitaria en la Comunitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana (029/2009).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todo el personal de los servicios de maternidad del Hospital de La Plana (Vila-real, Castellón), del Hospital Universitario La Fe (Valencia) y del Hospital Marina Baixa (Vila Joiosa, Alicante), por facilitar la realización de este estudio.

Bibliografía

- Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist.* 2001;16:276-9.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* 1997;45:1829-43.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin.* 2000;114 (Supl 3):26-33.
- Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:S160-72.
- Fenwick J, Hauck Y, Downie J, et al. The childbirth expectations of a self-selected cohort of western Australian women. *Midwifery.* 2005;21:23-35.
- Tumblin A, Simkin P. Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth.* 2001;28:52-6.
- Melender HL. What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51:331-9.
- Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery.* 2001;17:302-13.
- Hauck Y, Fenwick J, Downie J, et al. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery.* 2007;23:235-47.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004;46:212-9.
- Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, et al. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Soc Sci Med.* 2000;51:103-13.
- Bowers BB. Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31:742-52.
- Lomas J, Dore S, Enkin M, et al. The Labor and Delivery Satisfaction Index: the development and evaluation of a soft outcome measure. *Birth.* 1987;14:125-9.
- Harvey S, Rach D, Stainton MC, et al. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery.* 2002;18:260-7.
- Smith L. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care.* 2001;10:17-22.
- Janseen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health.* 2006;29:51-60.
- Siassakos D, Clark J, Sibanda T, et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG.* 2009;116:1755-61.
- Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery.* 2009;25:e11-9.
- Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007;7:26.

20. Christiaens W, Gouwy A, Bracke P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:109.
21. Ministerio de Sanidad, Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
22. de Vet H, Adèr HJ, Terwee CB, et al. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Qual Life Res.* 2005;14:1203–18.
23. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1995, 231 p.
24. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care.* 1999;11:319–28.
25. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.* 2010;68:319–23.
26. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Madrid. Plan nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS; OSTEBA N° 2009/01.
27. Luque Fernández MA, Oliver Reche MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto, El caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferme.* 2005;14:9–13.
28. Callister LC, Khalaf I, Semen S, et al. The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women. *Pain Manag Nurs.* 2003;4:145–54.