

**BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO,  
AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA**

**Bienestar Materno Durante la Experiencia de Parto y su  
relación con la Percepción de Autoeficacia Materna y el  
Desarrollo de la Parentalidad Positiva**

**Maternal Welfare During the birth experience and its  
relationship with self-efficacy perception Maternal and  
Development Positive Parenting**

Oscar Clavijo Fuenzalida, Marjorie Haddad Ferreto, Andrea Marín Wormald,  
María José Ugarte Díaz.

Universidad de Artes Ciencias y Comunicación, UNIACC.

# BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

## Resumen

Se ha planteado que el cuidado que reciba la madre y el hijo durante el proceso de parto, tiene impacto a largo plazo, en cómo va a cuidar a su hijo y en su bienestar (Klaus Kennel & Klaus, 2002). Las rutinas hospitalarias de la sala de parto y post parto, pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido (Winberg, 1995). Es relevante entonces, evaluar si el bienestar materno en situación de parto podría influir en el concepto en el autoeficacia materna y en el desarrollo de una parentalidad positiva. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal, en el que participan 153 madres chilenas, entre 20 y 36 años de edad, con hijos de 2 a 24 meses. Los resultados muestran que no hay una relación significativa entre bienestar materno en situación de parto y la parentalidad positiva y la autoeficacia parental. Otras variables como tipo de parto y tipo de institución tienen un efecto sobre la parentalidad positiva, pero no sobre la autoeficacia.

*Palabras clave:* Autoeficacia parental, parentalidad positiva, cesárea, parto natural, bienestar materno durante el parto.

## Abstract

It has been suggested that the care received by the mother and child during the birthing process, has long-term impact on how you will care for your child and their well-being (Klaus Klaus & Kennel, 2002). Hospital routines of the delivery room and postpartum, can significantly disrupt early interactions between mother and newborn (Winberg, 1995). It is important then to assess whether maternal well-being in labor situation could influence the concept in maternal self-efficacy and the development of positive parenting. A quantitative, correlational study, cross-sectional, which involved 153 Chilean mothers between 20 and 36 years old, with children from 2 to 24 months. The results show that there is no significant relationship between maternal welfare situation was made childbirth and positive parenting and parental self-efficacy. Other variables such as type of delivery and type of institution have an effect on positive parenting, but not about self-efficacy.

*Keywords:* Parental self-efficacy, positive parenting, cesarean, natural birth, maternal wellbeing during childbirth.

# BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

## Antecedentes

### Bienestar Materno Durante Situación de Parto

A comienzos del siglo XX, Chile presentaba una de las peores condiciones para el nacimiento, (González, 2014) de acuerdo al informe realizado por la Liga de las Naciones de 1938, en donde es catalogado como el país con la más alta mortalidad infantil del mundo. No obstante, este panorama en los últimos 50 años ha tenido cambios drásticos, sólo comparable a las transformaciones ocurridas en Europa en todo un siglo (González, 2014). Tanto así, que Chile es en la actualidad uno de los países de América que presenta más bajas tasas de morbimortalidad infantil, ocupando la cuarta ubicación entre 28 países, con una tasa de morbimortalidad infantil de 16 por mil nacidos vivos para 1990, superado sólo por Canadá, Estados Unidos y Cuba. Este riesgo de comienzos de siglo, se ha erradicado sostenidamente durante 30 años llegando al 87% de disminución en 1992 (González, 2014).

En relación a la sobrevivencia en las madres, según Donoso y Carvajal, (2012) Chile es el país latinoamericano con menor mortalidad materna, como consecuencia de su desarrollo social, económico y sanitario. En 1960, cada 100.000 niños nacidos vivos morían 299 madres, para el 2009 cada 100.000 niños nacidos vivos mueren 17,8, esta tendencia a la baja en las cifras se ha sostenido durante los últimos 10 años (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2000-2009).

Chile ha logrado superar las tasas de mortalidad materno-infantil, gracias a procesos centrados en "tecnologizar" la atención de los partos, en donde el énfasis está en lo biológico como principal factor (Papagni, Buckner, 2006). Esto concuerda con el enfoque biomédico predominante en atención de salud, por tanto la medicalización ha promovido un aumento en la seguridad biológica en las atenciones (Uribe, Rivera, Contreras, Bravo & Cornejo, 2006), con un 99,8 % de atención profesionalizada del parto, siendo los mejores índices de América Latina (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2006). Si bien esta cifra no es despreciable, la focalización en los aspectos médicos y biológicos, ha devenido en un proceso de industrialización del parto (Sadler & Leiva, 2015). Lo anterior se ve reflejado en el aumento en las tasas de cesáreas, que el año 2000 alcanzaron un 30% en los hospitales públicos y un 60% en el sistema privado, ubicando a Chile entre los países con las más altas tasas a nivel mundial (Salinas, Naranjo, Patén & Retamales, 2006).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud [OMS] ha señalado que, junto con la positiva mejora de los índices de parto en centros de salud han aparecido alrededor del mundo diversas instancias de trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto, conociéndose este concepto como violencia obstétrica OMS (2014). Se sabe que las rutinas

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido (Winberg, 1995). Por ello, la problemática en torno a los tratos ha adquirido interés público, debido a los riesgos asociados al maltrato de la madre y del niño durante el trabajo de parto (Cruz, Juárez, Ruiz, Leiva, & Troncoso, 2015).

El Human Reproduction Programme, elaborado el 2014, programa especial que es parte del departamento de salud sexual y reproductiva en donde la OMS es el organismo ejecutivo, publica una declaración enfatizando que frecuentemente mujeres en todo el mundo sufren tratos ofensivos e irrespetuosos durante sus partos en centros de salud. Esto se acompaña de la falta de consenso internacional a nivel científico sobre cómo definir y medir esta violencia obstétrica (Warren, Njuki, Abuya, Ndwiga, Maingi, Serwanga, 2012). En Latinoamérica, Venezuela es el único país que ha promulgado dentro de la su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres una definición sobre este concepto: “apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud, lo que se expresa como un tratamiento deshumanizado, abuso de medicación, y la transformación de procesos naturales en patológicos, trayendo con esto la pérdida de la autonomía y la habilidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la vida de las mujeres (Cruz , et al.,2015).

Existen numerosas iniciativas y políticas públicas internacionales, entre éstas la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Venezuela; Que No Os Separen, España; El Parto es Nuestro, España, Uruguay, Ecuador y Argentina, y recientemente nacionales como, Chile Crece Contigo, Manual de Atención Personalizada en Procesos Reproductivos, Observatorio Violencia Obstétrica, las cuales intentan dar un vuelco en las atenciones de salud desde el primer momento de cada sujeto, o sea desde el nacimiento (Cruz, et al., 2015), pese a como ya se mencionó, el Bienestar Materno en Situación de Parto, considera principalmente, además del cuidado profesional en la situación de parto, la humanización, desde la perspectiva de las usuarias, al ámbito del bienestar personal, relacionado con la calidad de la atención brindada por los profesionales (Jackson, Chamberlin, & Kroenke, 2001).

En contraste a los riesgos que implica la violencia obstétrica, se ha desarrollado el concepto de bienestar y los elementos que lo promueven. En términos generales, el bienestar se entiende como una experiencia personal, compuesta por dimensiones subjetivas básicas y generales, junto con aspectos afectivos-emocionales, cognitivos valorativos y vinculares (Cuadra & Florenzano, 2003). En términos más específicos, el bienestar psicológico, se utiliza como sinónimo de bienestar subjetivo (García-Viniegras, & Benítez, 2000), entendiéndose como el

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

sentir y pensar sobre la vida, las conclusiones cognoscitivas y afectivas que se realizan cuando se evalúa la propia existencia (Diener, 2000). Ahora bien, el bienestar materno en situación de parto, se enmarca como una experiencia que contemple “buenos tratos”, considerando que el nacimiento de un hijo es un evento en donde la mujer necesita apoyo (Uribe et al., 2006). Para sentirse bien tratada, es preponderante el papel del profesional, en cuanto a su permanencia, competencia y delicadeza en el cuidado, por tanto son relevantes las competencias de índole relacionales, por sobre las competencias técnicas de procedimiento (Uribe et al., 2006). Las mujeres, que se sienten bien tratadas en su experiencia de parto, pueden trasladar lo positivo a la futura relación que establecerán con sus hijos (Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004; Valdés & Morlans, 2005). Dicha experiencia puede ser recordada con nitidez hasta cinco años posterior al parto, e incluso algunos sostienen que la experiencia persiste en el recuerdo hasta los veinte años posterior al parto (Takehara, Noguchi, Shimane, & Misago, 2014).

El sentirse satisfecha en el proceso de parto se vincula con el bienestar de la madre y del niño, tendiendo a relacionarse incluso con la calidad del vínculo que se establecerá entre ellos (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004). El sentirse satisfechas en la situación de parto, contempla dos componentes: las competencias técnicas de procedimientos y relacionales del equipo de salud (sentirse vistas, escuchadas, valoradas) siendo éste último el elemento principal en la satisfacción de las madres (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004).

Considerando que el nacimiento es uno de los momentos en el que se crean las condiciones para que se produzca el vínculo madre-hijo, el parto es de las pocas experiencias en la vida de una mujer que la pueden marcar tan profundamente, positiva o negativamente, dado que es un período altamente sensible, en el que la madre está abierta al cambio, especialmente dispuesta a mejorar su futura relación con el niño dependiendo del cuidado y ambiente que la rodea durante el parto (Valdés & Morlans, 2005). El cuidado que se le brinde podrá impactar a largo plazo además su autoestima, su relación de pareja y, en cómo va a cuidar a su hijo (Klaus, Kennel & Klaus, 2002).

Existen estudios que muestran que el cuidado de la madre y el niño, afectuoso y personalizado, (permanecer piel con piel, amamantar dentro de la primera hora, habitación conjunta, lactancia a libre demanda y la presencia del padre en el parto) afecta positivamente para contribuir hacia un menor abandono de recién nacidos en el hospital (Lvoff, Lvoff & Klaus 2000), disminución de tasas de maltrato infantil (O’Conner, Vietze & Sherrod, 1980), lactancias más exitosas durante todo el primer año y, mayor participación del padre en el cuidado del niño (Valdés & Morlans, 2005). Los recuerdos del parto están determinados por el cuidado ofrecido por quienes la rodeaban y no tanto por el parto mismo (Simkin & Ancheta, 2000). Por ejemplo, un parto vaginal, rápido y sencillo podía ser recordado negativamente si la mujer era dejada

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

sola y no sabía lo que estaba pasando, por el contrario, un parto prolongado, complicado, que incluso podía haber terminado en cesárea podía ser recordado como una experiencia muy positiva si se sintió, acompañada, informada y respetada (Valdés & Morlans, 2005). Por ello, el nacimiento medicalizado tiene consecuencias no sólo físicas, sino psicológicas y sociales, ya que puede afectar tanto en el desarrollo emocional del bebé, como en la confianza de la mujer en su capacidad para criar a su hijo (MINSAL, 2007).

### **Autoeficacia Materna.**

Bandura (1977), define autoeficacia como “ juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”, se entiende como un estado psicológico en el cual la persona evalúa su capacidad y habilidad de ejecutar determinada tarea, actividad, conducta, en una situación específica, con un nivel de dificultad previsto (Bardales, Díaz, Jiménez, Terreros & Valencia, 2006). De esta forma, el funcionamiento competente de una persona requerirá un equilibrio sistemático entre la autopercepción de eficacia y la posesión de los conocimientos necesarios y habilidades requeridas para ejecutarse satisfactoriamente en determinada actividad (Gálvez, Chía, & Valdez, 2005). Este concepto influye positiva o negativamente en el comportamiento humano, determina y predice en gran parte comportamientos y acciones a futuro (Olivari & Urrea, 2007).

Percibirse autoeficaz en la parentalidad, involucra creencias personales sobre las propias capacidades para lograr ser un buen padre, quienes creen en sus propias habilidades se sentirán generalmente más satisfechos y capaces de hacer lo necesario para perseverar y lograr una tarea determinada (Farkas, 2008). Todo esto trae consigo tener expectativas reales y además ser capaces de percibirse a sí mismos como padres competentes (Farkas, 2008).

En términos generales, la autoeficacia parental conlleva creencias muy específicas de los padres con las cuales ellos evalúan su capacidad para influir en sus hijos y en el ambiente donde ellos interactúan con la finalidad de crear mejores condiciones para el desarrollo de sus hijos y de su éxito personal (Ardelt & Eccles, 2001).

Existiendo diversos factores que influyen en la percepción de eficacia, a la fecha no se han encontrado estudios que busquen relacionar la percepción de autoeficacia parental, con aspectos vinculados con el bienestar materno durante la experiencia de parto. No obstante considerando que haber tenido una satisfactoria experiencia de parto, genera en las madres sentirse bien tratadas (Uribe et al., 2000) y, esta vivencia positiva a su vez la logran significar como la futura relación que establecerán con sus hijos (Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004; Valdés

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

& Morlans, 2005), se podría trasladar esto a que además dichas mujeres se sentirán satisfechas en su rol de madres. Agregando lo que menciona MINSAL (2007) sobre cómo el nacimiento medicalizado tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales, afectando tanto la confianza de la mujer en su capacidad para criar a su hijo, como el desarrollo emocional de éste. Es así que la percepción de autoeficacia materna tiene durante el posparto, influye en la relación madre-hijo y en el desarrollo de éste con consecuencias a largo plazo (Machida, Taylor, & Kim, 2002).

### **Competencias Parentales**

En términos generales, se entiende competencia como la capacidad para coordinar y generar respuestas de afecto, cognición, comunicación y comportamiento (Rodrigo, Martín, Cabrera & Máiquez, 2009). Que sea adaptativa, flexible a corto y largo plazo, asociada a distintas tareas vitales y a generar estrategias que permita aprovechar las oportunidades que el contexto brinda (Rodrigo et al., 2009; Master & Obradovic, 2006).

Específicamente se define competencia parental como el conjunto de capacidades prácticas por parte de madre y padre para cuidar, proteger y educar a sus hijos, lo que hace posible el desarrollo infantil (Gómez & Muñoz, 2014). Se entiende el concepto dentro del área social, como una organicidad, a diferencia del área biológica que implica la procreación (Barudy & Dantagnan, 2010). Implica la adquisición demostrada –y posterior desarrollo- de capacidades y conocimientos para conducir el propio comportamiento parental en diversas situaciones de vida familiar y crianza (Gómez & Muñoz, 2014).

Las competencias parentales cobran vital importancia en la crianza y bienestar de los hijos/as, ya que son las principales herramientas (y a veces las únicas) con las que cuentan los padres para sostener el cuidado afectivo y material que requieren sus hijos para un desarrollo evolutivo y social (Rodrigo et al., 2009), sin olvidar las demandas del entorno en donde se desenvuelven cotidianamente (Gómez & Muñoz, 2014). Así como éstas competencias son relevantes en la crianza, se sabe que el período sensible lo es también para la madre, ya que le permite estar especialmente disponible a mejorar la futura relación que establecerá con su hijo, dependiendo del cuidado y el ambiente que la rodeó durante el parto (Valdés, Morlans, 2005). Lo cual se relaciona con lo mencionado por Klaus, Kennel & Klaus (2002) sobre cómo el cuidado recibido durante el parto, impacta en la madre a largo plazo en su autoestima, relación de pareja, en su bienestar y en cómo va a cuidar a su hijo.

En Chile, se puede ver cómo ha cobrado real importancia realizar intervenciones en sensibilidad parental, (Gómez & Muñoz, 2014), enseñar a los padres habilidades observacionales para hacer de ellos mejores perceptores (Gómez & Muñoz, 2014) psicoeducar respecto a temas relevantes en el desarrollo de su hijo, modelar los comportamientos deseados,

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

y reforzar positivamente conductas de sensibilidad y responsividad adecuada (Gómez & Muñoz, 2014), siendo a través de esta parentalidad que se fomenta el apego seguro (Wolf & Van IJzendoorn, 1997; Golsmith & Alansky, 1987, en Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2005).

El apoyo a la parentalidad es una tarea que ha sido destacada a nivel internacional, en países europeos a través del Consejo de Europa, (Recomendación [REC], 2006) han implementado programas educativos y de ayuda a padres desde la gestación en adelante, desplegando medios importantes para la creación de servicios, el desarrollo de programas de educación parental y la sensibilización de los padres (REC, 2016). A nivel nacional, también existen programas para fomentar las competencias parentales, por medio de Fundación Integra, el Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE), Jardines JUNJI, MIDEPLAN, Fundación Protectora de la Infancia, Fundación ideas para la infancia, Fundación América por la Infancia. Todos los programas mencionados dejan en evidencia que la parentalidad es una temática central, que va más allá de responder a las necesidades de los hijos e hijas, ya que requiere que los padres y las madres tengan un abanico amplio de competencias que contribuyan al desarrollo y a la educación de los hijos e hijas (Gómez & Muñoz, 2014). Tomando en consideración que la parentalidad comienza con la gestación, la cual culmina con la experiencia de parto, en donde se ha revisado que es fundamental que la madre tenga una vivencia positiva, (Uribe et al., 2000) que lo recuerde como experiencia de buenos tratos, recuerdo que puede conservarse hasta por 20 años (Takehara et al., 2014) y está determinado por los cuidados que recibió durante esa experiencia, más que por el tipo de parto que tuvo (Simkin & Ancheta, 2000). Que se haya sentido bien tratada implica apoyo y contención por parte del equipo de salud (Uribe et al., 2000), lo cual se transforma en un factor protector para la mujer ya que permite el aumento entre otros aspectos de su bienestar, la confianza con la que cuidará a bebé y las competencias personales que despliegue (Morlans, 2011).

# BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

## Método

### Diseño

Se realizó un estudio cuantitativo correlacional, de tipo transversal, no experimental, la técnica muestral es del tipo casual o incidental. Se buscó relacionar si la satisfacción materna durante la situación de parto influye en la autoeficacia materna y las competencias parentales. La variable independiente estudiada fue el bienestar materno en situación de parto, y las variables dependientes fueron la autoeficacia materna y las competencias parentales.

### Participantes

Participaron 153 mujeres entre 20 y 34 años, (al momento del parto) con hijos entre 2 y 24 meses, de las ciudades de Calama, Valparaíso, Santiago, Quinta Tilcoco y Collipulli. Quienes hayan tenido parto vaginal o cesárea.

Como primer grupo de exclusión se encuentran las madres, dentro éstas se exceptuaron aquellas mujeres analfabetas, ya que la lecto-escritura es requisito para dar respuesta a cada escala. Además quienes están fuera del rango etario estipulado para esta investigación (20 a 34 años), como es el caso de aquellas mujeres menores de 20 años por considerarse embarazo adolescente, siendo que dichas gestaciones son más propensas a presentar complicaciones físicas y psicosociales (Rangel et. al., 2004; Valdivia & Molina, 2003). Por su parte, se excluyó además a aquellas mujeres mayores de 34 años, ya que dichos embarazos son considerados “riesgosos” (MINSAL, 2015). Lo anteriormente señalado complementa las cifras arrojadas por el INE (2013), en donde el mayor porcentaje de fecundidad por edad de la madre, se situó entre los 20 y 34 años.

El segundo criterio de exclusión se relaciona con el hijo/a, considerando los dos meses como edad mínima, ya que la madre ha superado el estado de disforia postparto, la que se entiende como un proceso normal donde la mente y el cuerpo de la mujer comienzan un periodo de adaptación después de haber albergado a un ser humano por un largo tiempo (Aramburú, Arellano, Jáuregui, Pari, Salazar, & Sierra, 2008). Un máximo de 24 meses considerando los planteamientos de Ainsworth y Bowlby, (1962), periodo en el cual se establece el primer vínculo del niño con la madre.

Por último se consideró como criterio de exclusión el parto, excluyéndose las cesáreas o partos vaginales en embarazos con menos de 37 semanas de gestación, considerados como partos prematuros, los cuales presentan múltiples y diversas etiologías (MINSAL, 2014), siendo además una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal (Marlow, 2005; Petrou, 2005; Saigal, 2008). Estas madres presentarían por las condiciones de nacimiento de su

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

hijo, un estrés en sí por la condición y las múltiples alteraciones que presentaría en el momento del parto (Ruiz, 2005).

Dentro del mismo criterio, se exceptuaron los partos en que se practicó fórceps, ya que la función de esta técnica implica según MINSAL (2014) tracción, rotación, flexión y extensión, pudiendo existir complicaciones en el feto, las cuales requieren observación. Además de complicaciones maternas, como desgarros del tracto genital y rotura uterina, lo que requiere tratamiento inmediato (MINSAL, 2014).

### **Instrumentos**

**Escala de Autoeficacia Parental (EEP).** Se utilizó la Escala de Autoeficacia Parental (EEP) desarrollada por Farkas (2008), la cual evalúa la satisfacción y sentimientos de autoeficacia respecto a la maternidad en mujeres con niños entre 0 y 2 años de edad. Contiene una escala de 0 a 10, medida en una escala Likert de 10 puntos, donde 0 corresponde a totalmente en desacuerdo y 10 indica totalmente de acuerdo. La consistencia interna de la escala dio un alfa de Cronbach adecuado de .85 para la escala total, con un rango entre .66 y .81 para sus ítems y, el análisis factorial de la escala arrojó dos factores, dividiéndose éstos en actitudes positivas y negativa hacia la maternidad. Siendo esta su única versión.

En cuanto a su validez, todos los ítems fueron sometidos al escrutinio de 7 psicólogos especialistas, posteriormente fue revisada por 7 madres de niños con edades comprendidas entre los 0 y 2 años, ninguna de ellas solicitó mejoras en los ítems.

**Escala de Parentalidad Positiva (e2p; de 0 a 3 años).** Desarrollada por Gómez y Muñoz, (2014), la cual mide competencias parentales en padres o cuidadores centrales, con un total de 54 ítems, y 4 sub escalas: Competencias vinculares, formativas, protectoras y reflexivas.

Su validez y confiabilidad se realizó por medio de un proceso recursivo de cuatro etapas: (1) un estudio piloto (2) un estudio con la versión de 76 ítems, (3) un re-análisis, generando una versión de 42 ítems, y (4) estudio con la versión de 54 ítems, con cuatro puntos para cada ítem, entre 1 (Casi Nunca) y 4 (Siempre), en 333 familias chilenas. Con una consistencia interna buena a excelente, con alfa de Cronbach de .97 para la escala total, .95 para Competencias Vinculares, .93 para Competencias Formativas, .85 para Competencias Protectoras y .78 para Competencias Reflexivas. En los diversos componentes se registró alfas entre .69 y .88. Finalmente, se estudió la relación entre la escala e2p y diversas variables de caracterización sociodemográfica.

## **BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA**

**Escala de Bienestar Materno durante situación de parto (BMSP).** Realizada por Uribe (et al., 2007), evalúa el nivel de bienestar que experimentan las mujeres en situación de parto. Contiene una escala de 1 a 5, medida en una escala Likert de 42 a 210 puntos, donde 1 corresponde a muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo. Explora el bienestar materno en tres niveles; óptimo (puntaje >172); adecuado (puntaje 152 – 172); malestar (puntaje <152). Presenta 8 dimensiones, resultantes de las agrupaciones de los 42 reactivos, estas son: cuidado profesional, respeto profesional, atención despersonalizada, ambiente comfortable, oportunidad de ingesta e hidratación, contacto madre- hijo, compañía significativa y, libertad de movimiento. Presenta una combinación metodológica, cualitativamente se recogió los reactivos de Bienestar a través de la Teoría Fundada en los Datos realizada con 29 participantes, cuantitativamente se utilizó el paquete estadístico SPSS; a través del modelo alfa de Cronbach se obtuvo la consistencia interna .90. Se consideró como significativo un valor  $p < 0,05$ . Dicha escala sólo cuenta con una versión.

### **Procedimiento**

Las madres participantes fueron contactadas en diferentes lugares públicos. Dichas madres voluntariamente luego de firmar una carta de consentimiento informado accedieron a una batería de instrumentos en versión escrita. Para el caso de acceder a mujeres a través de las redes sociales, se alojó en la página de la Universidad de Valparaíso una versión digital de la batería de instrumentos y el consentimiento informado.

### **Análisis de datos**

Se emplearon estadísticos descriptivos, media y desviación estándar para cada una de las variables sociodemográficas y los puntajes mínimos y máximos para los instrumentos. Para estudiar las comparaciones entre aquellos partos ocurridos vía cesárea y aquellos ocurridos vía vaginal, se utilizó Anovas simples, y para estudiar las asociaciones entre todas las variables se usó Pearson.

Para todos los análisis fueron realizados con la versión 24.0 para Windows del paquete estadístico SPSS.

# BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

## Resultados

### Análisis descriptivo

En relación a los antecedentes sociodemográficos las edades de las madres estudiadas están en una media de 30 años ( $DE= 3,7$ ) con un rango de 20 a 36 años (de un total de 149 madres encuestadas). El número de hijos de las madres presenta una media de 1,6 ( $DE= 0,8$ ) con un rango de 1 a 5 niños por madre (153 encuestadas). La edad de los bebés de las madres encuestadas posee una media de 14,5 meses ( $DE=7,1$ ) con un rango de 2 a 24 meses de edad (153 encuestadas).

De un total de 153 madres encuestadas los datos referente a: Nivel educacional, un 55% de estas pose un nivel universitario, 23,5 % nivel técnico, el 19,5 % educación media y el 25% a educación básica. En relación a la actividad que desarrollan las madres encuestadas, el 25,3% se desempeña como dueña de casa, mientras que un 74,7% desarrollan algún tipo de actividad laboral remunerada. Respecto al sexo del hijo, de las madres encuestadas el 56,7 % es de sexo masculino, y el 43,3 % es femenino. En la asistencia a educación inicial de los hijos, el 27,3 % asiste a sala cuna o jardín, el 72,7 % no asiste. Por otro lado el 1,3% de los hijos presenta alguna discapacidad diagnosticada, el 1,3% algún problema emocional.

En relación al tipo de parto, de las 150 madres encuestadas, 38 tuvieron un parto vaginal sin anestesia (25.3%), 34 parto vaginal con anestesia (22.7 %) 37 cesárea de urgencia (24.7 %) y 41 cesárea programada (27.3 %), siendo muy balanceada la muestra en este aspecto. En relación al lugar de atención del parto, un 49,3% se atendió en institución de servicio público, mientras que el 50,7% se atendió en una institución de servicio privado.

**Bienestar Materno durante situación de parto (BMSP).** De un total máximo 205,00 puntos que entrega la escala se obtuvo un promedio de 167,33. ( $DE= 35,41$ .) lo que indicaría que las madres encuestadas reportan una buena experiencia en su situación de parto. Numero de madres que respondieron la escala 133.

**Escala de Parentalidad Positiva (E2P).** La escala total presenta un mínimo de 54 puntos y un máximo de 216. Se obtuvo como puntaje mínimo 122 y máximo de 216, situándose la media en 179,40 ( $DE= 19,14$ ) Hay una tendencia positiva en la capacidad para conducir el propio comportamiento parental en diversos contextos de la crianza en la mayoría de las madres encuestadas. Situando los resultados en el percentil de la zona optima (176-198 puntos). Numero de madres que respondieron la escala 119.

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

**Escala de Autoeficacia Parental.** De un total de 146 encuestadas en relación a la autoeficacia materna y el tipo de parto, se puede decir que aquellas que tuvieron un parto vaginal sin anestesia (N=38) obtuvieron un promedio de 6.84 ( $DE=1.58$ ). Similar situación se presenta en quienes tuvieron un parto vaginal con anestesia (N=33), con un promedio de 6.17 ( $DE= 1.45$ ), siendo quienes menos se dispersan, presentando mayor homogeneidad.

De las 146 encuestas, 72 se atendieron en una institución de servicio público, quienes arrojaron un promedio de 6.67 ( $DE= 1.59$ ) en el test de autoeficacia materna. 74 tuvieron su parto en una institución de servicio privado, quienes obtuvieron un promedio de 6.66 ( $DE=1.65$ ).

**BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO,  
AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA**

**Análisis Correlacional**

Se evaluó la relación entre bienestar materno en situación de parto y las sub escalas que componen la escala de Parentalidad Positiva, no encontrándose correlación entre ellas ( $r = -.003$ ;  $p = .976$ ). Respecto a la variable de bienestar materno en situación de parto y la variable de autoeficacia parental, no se encontró correlación entre ambas. ( $r = .043$ ;  $p = .628$ ), misma situación entre autoeficacia paterna y parentalidad positiva ( $r = .163$ ;  $p = .079$ ) (Ver Tabla 1).

*Tabla 1*

|         | <i>Análisis</i>                  |                                 |                                  |
|---------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
|         | <i>Correlaciones</i>             |                                 |                                  |
|         | B.M.S.P                          | EEP                             | E2P                              |
| B.M.S.P | $r=1$<br>$p=$<br>$N=133$         | $r=.043$<br>$p=.628$<br>$N=129$ | $r=-.003$<br>$p=.976$<br>$N=107$ |
| EEP     | $r=.043$<br>$p=.628$<br>$N=129$  | $r=1$<br>$p=$<br>$N=149$        | $r=-.085$<br>$p=.309$<br>$N=145$ |
| E2P     | $r=-.003$<br>$p=.976$<br>$N=107$ | $r=.163$<br>$p=.079$<br>$N=117$ | $r=1$<br>$p=$<br>$N=119$         |

**BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO,  
AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA**

**Análisis comparativo**

**Análisis comparativo tipo de parto.** Se realizaron ANOVAs para evaluar el efecto del tipo de parto (vaginal sin anestesia, vaginal con anestesia, cesárea de urgencia, cesárea programada) en las variables de interés, específicamente bienestar materno durante la experiencia de parto, parentalidad y autoeficacia.

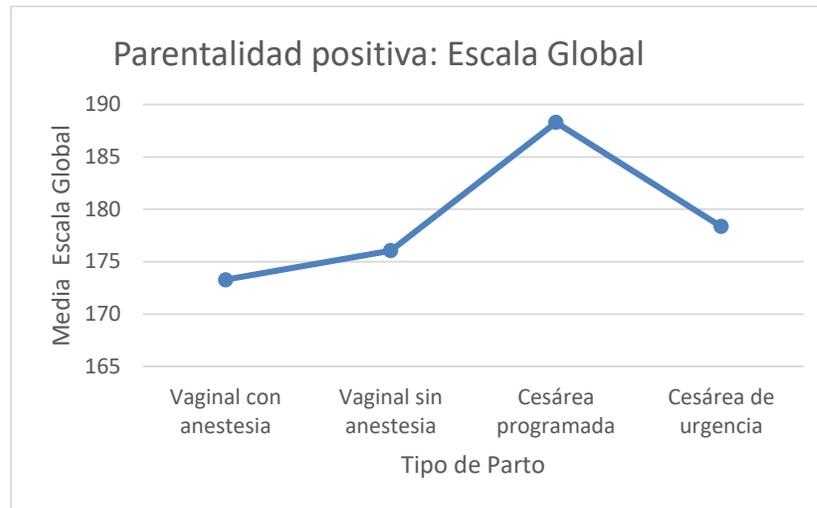
**Tipo de parto y el bienestar materno en situación de parto.** El contraste de Levene cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{3,129}=0,232$ ;  $p=,874$ ). Se observa además, que en relación al bienestar materno en situación de parto, no existen diferencias significativas entre aquellas mujeres que tuvieron parto vaginal, y aquellas que tuvieron cesáreas, ( $F_{3,129}=0,954$ ;  $p=,417$ ).

**Tipo de parto y parentalidad positiva total.** Se realizó la prueba de Levene para evaluar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, el cual sí se efectúa ( $F_{3,115}=2,463$ ;  $p=,066$ ). Existiendo diferencias significativas entre los tipos de parto (cesárea y vaginal) respecto de la parentalidad positiva total, por tanto hay efecto del tipo de parto sobre la parentalidad positiva ( $F_{3,115}=3,731$ ;  $p=,013$ ). Específicamente, las diferencias se encuentran en las mujeres que tuvieron cesárea programada ( $M=188,3042$ ;  $DE=20,46308$ ) y las mujeres que tuvieron parto vaginal con anestesia ( $M=173,2720$ ;  $DE=20,40821$ ) ( $p=,015$ ) (Ver tabla 2).

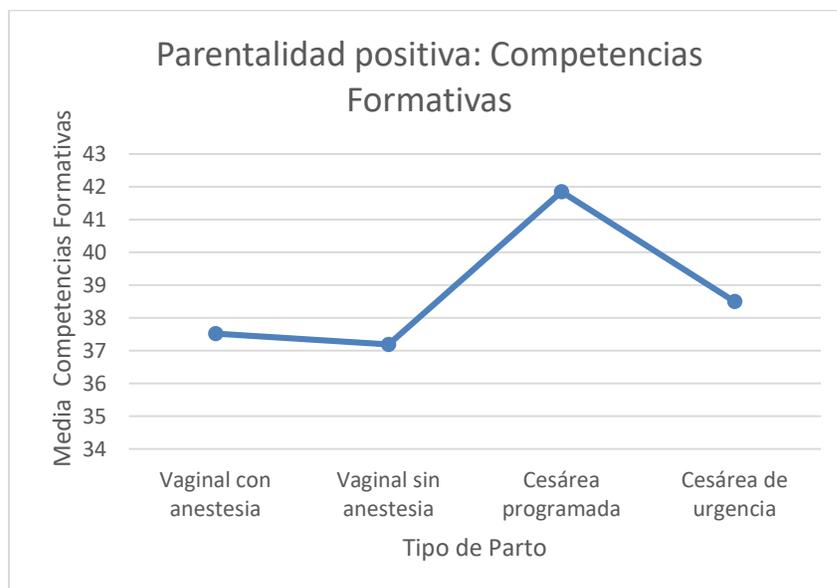
*Tabla 2*

| Tipo de parto         | Parentalidad Positiva                  |                                     |                                     |                                     |                                     |
|-----------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                       | Escala Global                          | Competencias Vinculares             | Competencias Formativas             | Competencias Protectoras            | Competencias Reflexivas             |
| Vaginal con anestesia | M=173,2720<br>D.E.=20,40821<br>(N= 25) | M=48,800<br>D.E.=5,21536<br>(N=30)  | M=37,5161<br>D.E.=7,18735<br>(N=31) | M=58,6323<br>D.E.=7,94440<br>(N=30) | M=31,5152<br>D.E.=6,14980<br>(N=33) |
| Vaginal sin anestesia | M=176,0598<br>D.E.=20,46380<br>(N= 29) | M=50,2162<br>D.E.=4,13075<br>(N=37) | M=37,1944<br>D.E.=9,35588<br>(N=36) | M=56,6323<br>D.E.=9,17005<br>(N=33) | M=33,4000<br>D.E.=4,57101<br>(N=35) |
| Cesárea Programada    | M=188,3042<br>D.E.=13,74082<br>(N= 32) | M=50,6053<br>D.E.=3,4961<br>(N=38)  | M=41,8500<br>D.E.=5,17662<br>(N=40) | M=62,0815<br>D.E.=4,91485<br>(N=36) | M=34,2162<br>D.E.=5,07245<br>(N=37) |
| Cesárea de urgencia   | M=178,3556<br>D.E.=19,23347<br>(N=33)  | M=49,9143<br>D.E.=3,76025<br>(N=35) | M=38,5000<br>D.E.=7,46229<br>(N=36) | M=59,3219<br>D.E.=6,86052<br>(N=35) | M=30,9730<br>D.E.=5,28355<br>(N=37) |

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA



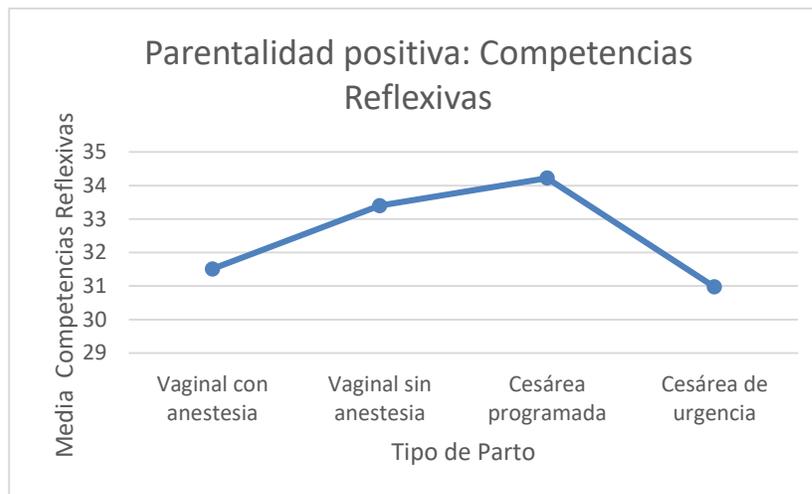
**Tipo de parto y Competencias Formativas.** Se realizó la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que sí se cumple ( $F_{3,139} = 4,870; p = ,003$ ). Se observó que sí existen diferencias significativas en las mujeres con diferentes tipos de parto y el desarrollo de sus competencias formativa ( $F_{3,139} = 3,155; p = ,027$ ). Específicamente, las diferencias se encuentran entre las mujeres que tuvieron cesárea programada ( $M = 41,8500; DE = 5,17662$ ) y las mujeres que tuvieron parto vaginal sin anestesia ( $M = 37,1944; DE = 9,35588$ ) ( $p = ,013$ ) (Ver Tabla 2).



## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

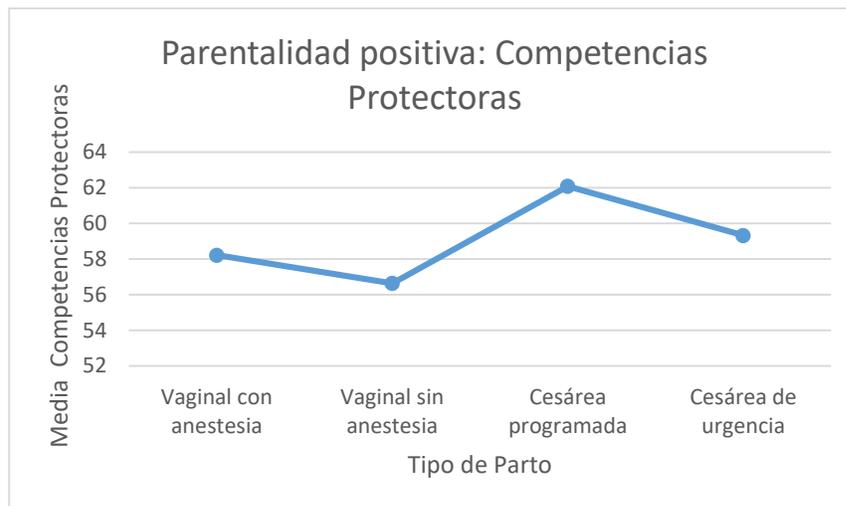
**Tipo de parto y Competencias Vinculares.** Se realizó la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas, y éste se cumple ( $F_{3,136}=2,010;p=,116$ ). Se observa que no se presentan diferencias significativas entre las mujeres con diferentes tipos de parto y el desarrollo de sus competencias vinculares ( $F_{1,136}=1,139; p =,336$ )

**Tipo de parto y Competencias Reflexivas.** Se realizó la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas observándose que sí se cumple ( $F_{3,138}=1,536;p=,208$ ). Existiendo diferencias significativas en las mujeres con distintos tipos de parto y el desarrollo de sus competencias reflexivas ( $F_{3,138}=3,050;p=,031$ ). Específicamente, las diferencias se encuentran entre las mujeres que tuvieron cesárea programada ( $M= 34,2162; DE=5,07245$ ) con las que tuvieron parto cesárea de urgencia. ( $M= 30,9730; DE=5,28355$ ) ( $p=,045$ ). (Ver Tabla 2).



## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

**Tipo de parto y Competencias Protectoras.** Se realizó la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que sí se cumple ( $F_{3,130}=5,924;p=,001$ ). Observando que sí existen diferencias significativas en las mujeres con diferentes tipos de parto y el desarrollo de sus competencias protectoras ( $F_{3,130}=3,395;p=,020$ ). Específicamente, las diferencias se encuentran entre las mujeres que tuvieron cesárea programada ( $M= 34,2162$ ;  $DE=5,07245$ ) con las que tuvieron parto cesárea de urgencia. ( $M= 30,9730$ ;  $DE=5,28355$ ) ( $p=,045$ ) (ver Tabla 2).



### Análisis comparativo lugar de parto

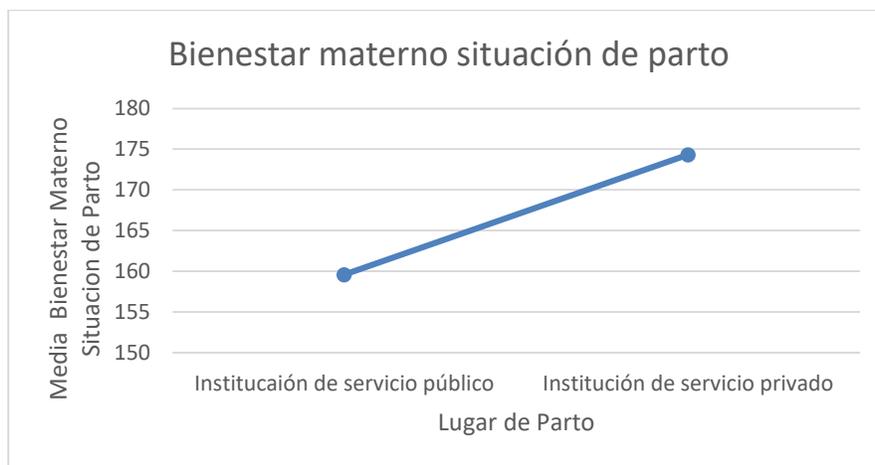
Se realizaron ANOVAs para evaluar el efecto del lugar de parto (institución del servicio público, institución del servicio privado) en las variables de interés, específicamente bienestar materno durante la experiencia de parto, parentalidad positiva y autoeficacia parental.

**Lugar de parto con el bienestar materno en situación de parto.** Se realiza la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que sí se cumple ( $F_{1,131}=2,295;p=,132$ ). Se observa que se presentan diferencias significativas entre las mujeres con diferentes lugares de parto en relación al bienestar materno en situación de parto ( $F_{1,131}= 5975$ ;  $p= ,016$ ). Específicamente, las diferencias se encuentran entre las mujeres que su parto en una institución de servicio público ( $M=159,5714$ ;  $DE=36,65168$ ) con las mujeres que tuvieron su parto en institución de servicio privado ( $M= 174,3286$ ;  $DE=32,97813$ ) (ver Tabla 3).

**BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO,  
AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA**

*Tabla 3*

| Lugar parto                     | BMSP                                  |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| Institución de servicio público | M=159,5714<br>D.E.=36,65168<br>(N=63) |
| Institución de servicio privado | M=174,3286<br>D.E.=32,97813<br>(N=70) |



**Lugar de parto y Parentalidad positiva total:** Se realiza la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que sí se cumple ( $F_{1,117}=,200;p=,655$ ). Luego, se observa que no se presentan diferencias significativas entre las mujeres con diferentes lugar de parto y parentalidad positiva total ( $F_{1,117}=1,198; p =,276$ ).

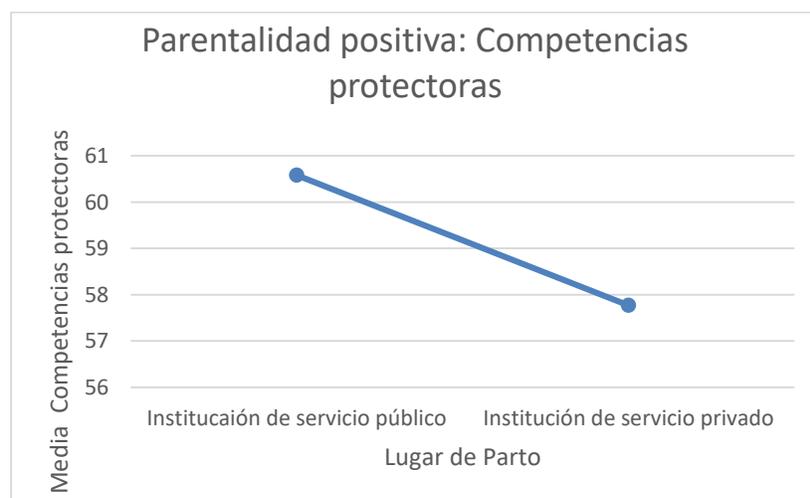
**Lugar de parto y subescala Competencias Formativas.** Se realiza la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que sí se cumple ( $F_{1,141}=1,314;p=,254$ ). Se observa que no se presentan diferencias significativas entre las mujeres con diferentes lugares de parto y sus competencias formativas ( $F_{1,141}=,009;p =,924$ ).

**BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO,  
AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA**

**Lugar de parto y subescala Competencias Protectoras.** Se realiza la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que sí se cumple ( $F_{1,132}=1,983;p=,161$ ). Se observa que se presentan diferencias significativas entre las mujeres con diferentes lugares de parto en relación a las competencias protectoras ( $F_{1,132}=4,835; p =,030$ ). Específicamente, las diferencias se encuentran entre las mujeres que parieron en una institución de servicio público ( $M=60,5818; DE=6,55190$ ) con las mujeres que tuvieron su parto en institución de servicio privado ( $M= 57,7667; DE=8,15608$ ) (ver Tabla 4)

*Tabla 4*

| Lugar parto                     | Parentalidad Positiva                 |                                     |                                     |                                     |                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                                 | Escala Global                         | Competencias Vinculares             | Competencias Formativas             | Competencias Protectoras            | Competencias Reflexivas             |
| Institución de servicio publico | M=181,3713<br>D.E.=18,00906<br>(N=58) | M=50,1324<br>D.E.=4,37737<br>(N=68) | M= 38,9571<br>DE=7,10263<br>(N=70)  | M=60,5818<br>D.E.=6,55190<br>(N=66) | M=32,7143<br>D.E.=5,56163<br>(N=70) |
| Institución de servicio privado | M=177,5322<br>D.E.=20,13371<br>(N=61) | M=49,7639<br>D.E.=3,94502<br>(N=72) | M=38,8356<br>D.E.=8,03121<br>(N=73) | M=57,7667<br>D.E.=8,15608<br>(N=68) | M=32,3750<br>D.E.=5,26599<br>(N=72) |



## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

**Lugar de parto y Competencias Vinculares.** Se realiza la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que sí se cumple ( $F_{1,138}=,710;p=,401$ ). Luego, se observa que no se presentan diferencias significativas entre las mujeres con diferentes lugares de parto y sus competencias vinculares ( $F_{1,138}=,274; p =,601$ ).

**Lugar de parto y Competencias Reflexivas.** Se realiza la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que se cumple ( $F_{1,140}=,091;p=,764$ ). Se observa que no se presentan diferencias significativas entre las mujeres con diferentes lugares de parto y sus competencias reflexivas ( $F_{1,140}=,139; p =,709$ ).

**Lugar de parto y Autoeficacia.** Se realiza la prueba de Levene para evaluar si se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y se observó que sí se cumple ( $F_{1,44}=,051 ;p=,821$ ). Luego, se observa que no se presentan diferencias significativas entre las mujeres con diferentes lugar de parto en relación a su autoeficacia materna ( $F_{1,144}=,001; p =,970$ ).

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

### Discusión

Si bien las variables bienestar materno en situación de parto, autoeficacia materna y competencias parentales no arrojaron relación significativa entre ellas, se habría esperado que sí existiera relación a partir de la bibliografía expuesta, en donde se señala que las mujeres bien tratadas en su experiencia de parto, podrían trasladar aquellos aspectos positivos a la futura relación que establecerán con sus hijos (Pascali-Bonaro y Kroeger, 2004; Valdés y Morlans 2005), se evidencia además, el impacto que tendría a largo plazo los cuidados recibidos durante el proceso de parto, en cómo esa madre cuidará a su hijo (Klaus Kennel y Klaus, 2002). No obstante, no se encontró lo esperado, y una de las maneras posibles para entender esto, radica en la baja variabilidad que presenta la muestra, considerando que se excluyeron todos aquellos casos de partos y embarazos atípicos, lo cual permitió que las mujeres que participaron de la investigación, en la escala de bienestar materno en situación de parto, arrojaran en promedio 163 puntos siendo el máximo 200, lo que da cuenta, que la gran mayoría vivenció el parto como una experiencia positiva. Dado lo anterior, una posibilidad para nuevas investigaciones sería intencionar la muestra, de modo tal de poder acceder a mujeres con experiencias de parto diversas y de mayores complejidades, como es el caso de del uso de fórceps durante el parto, nacimientos prematuros, embarazos adolescentes (mujeres de 19 o menos años), embarazos de riesgo (35 o más años), entre otros, dando así mayor heterogeneidad a la muestra.

Donde sí se observaron diferencias significativas, es en la parentalidad positiva de aquellas madres que tuvieron cesáreas programadas. Éste tipo de parto reporta en las madres habilidades de desplegar de modo flexible sus capacidades de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas (Gómez & Muñoz, 2014). Las cesáreas programadas registran también diferencias significativas en el desarrollo de sus competencias formativas, o sea en la capacidad de contar con conocimientos, habilidades dirigidas a favorecer el desarrollo, aprendizaje y socialización de los niños y niñas (Aguirre, 2010; Barudy & Dantagnan, 2005, 2010). Este tipo de parto relaciona además con las competencias protectoras, en la provisión de cuidados cotidianos que permitan la satisfacción de las necesidades básicas del niño (a), el logro de garantías de seguridad física, emocional y psicosexual y en la organización de la vida cotidiana de tal forma que aporte con ciertos ámbitos de predictibilidad y rutina en sus vidas (Barudy & Dantagnan, 2005; 2010).

Por su parte, entre aquellas mujeres que tuvieron cesárea de urgencia y cesárea programada, también se observaron diferencias significativas, específicamente en la sub escala de competencias reflexivas, relacionadas con las prácticas cotidianas de crianza que permiten

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

pensar acerca de las influencias y trayectorias de la propia parentalidad (Gómez & Muñoz, 2014).

Entre las variables autoeficacia materna y competencias parentales no se encontraron diferencias significativas, opuesto a lo que refiere la bibliografía en cuanto a la relevancia de cómo sentirse capaz en las propias competencias, finalmente impacta positivamente en ser más idónea al momento de relacionarse en la crianza con los hijos, lo que podría estar reflejado por la adquisición demostrada –y posterior desarrollo- de capacidades y conocimientos para conducir el propio comportamiento parental en diversas situaciones de vida familiar y crianza (Gómez & Muñoz, 2014).

Por último el estudio indica que sí existe relación significativa entre lugar de parto y bienestar materno durante situación de parto, por tanto se puede inferir que el lugar en donde vivió la experiencia, incide en la satisfacción de las madres. En Chile, según la encuesta de la Superintendencia de Salud (2011), la gran mayoría de sus habitantes pertenece al sistema de salud público alrededor de 80% de la población- mientras que únicamente 20% cuenta con un sistema privado de salud (Pezoa, 2011).

En relación a resultados antes descritos, se puede concluir que por sobre el tipo de parto que se viva, es más significativo en términos de bienestar materno, el lugar de parto. Esto brinda la posibilidad de reconocer al lugar de parto como un factor que se relaciona con el bienestar materno, aspecto que podría mejorarse mediante programas gubernamentales de salud, junto con la proyección de futuras investigaciones que incluyan a los profesionales de la salud y en su percepción de cómo despliegan sus propias habilidades de cuidado y protección hacia sus pacientes.

Sería relevante en la experiencia de parto, complementar con un estudio de tipo exploratorio, con instrumentos de índole cualitativos, junto con sumar una mirada externa al fenómeno, ya que la aplicación de instrumentos de auto reporte implicó una limitante para la investigación considerando que los análisis se centraron en las medidas basadas solo en la percepción de las madres.

Otra limitante se basa en la decisión metodológica de restringir la muestra, ya que si bien tiene sentido contar con menos variables, para no aumentar el número muestral, esto impacta en las conclusiones del estudio, en cuanto a la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos.

Sería beneficioso como posibles proyecciones de la investigación incorporar la evaluación de un tercero a través de la utilización de instrumentos como Índice Experimental de Relación Niño-

## **BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA**

Adulto: CARE-Index, método de evaluación de la interacción infante adulto en condiciones no amenazantes, basado en la teoría del apego y desarrollado por Patricia Crittenden en 1997 , pero dado los costos que implican las capacitaciones internacionales de dichos instrumentos, o algún símil, se decidió la utilización de cuestionarios de auto reporte.

Otra proyección posible es poder incorporar la visión del padre, su vivencia y experiencia dentro de la sala parto, considerando que en Chile el 89% de los padres asiste a los partos tanto en instituciones públicas como privadas (MINSAL, 2014), de modo tal, de poder relacionar dicha experiencia con el desarrollo de su parentalidad y autoeficacia y/o otras variables. A partir de lo anterior se estaría potenciando la visión actual entorno a la crianza en donde la visión triádica es fundamental para abordar la crianza de los hijos.

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

### Referencias

- Aramburú, P., Arellano, R., Jáuregui, S., Pari, L., Salazar, P., & Sierra, O. (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Rev Peru Epidemiol*, 12(3), 1-5.
- Ardelt, M., Eccles, J., (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22, 944-972. Recuperado de <http://users.clas.ufl.edu/ardelt/Effects%20of%20parental%20efficacy%20beliefs.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/8%20REVISI%C3%93N%20HIST%C3%93RICO-CONCEPTUAL%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20AUTOEFICACIA.pdf>
- Bardales, L., Díaz, P., Jiménez, M., Terreros, M., & Valencia, L., (2006). Teoría del aprendizaje social y/o teoría cognitivo social de Bandura. Ed. *Psicología Social: Pasado, Presente y Futuro*. Universidad del Valle: Instituto de Psicología.
- Barudy, J., (2009). Manual de Apoyo para las Competencias Parentales, Programa "Abriendo caminos". Recuperado de [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/manual\\_formac.compet.parentales.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/manual_formac.compet.parentales.pdf)
- Barudy, J.; Dantagnana, M. (2010), *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa. Barcelona.
- Belsky, J., Jaffee, S., (2006). The multiple determinants of parenting. En Cicchetti, D., y Cohen, D. J. (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed.) (pp.38-85). Hoboken, N. J, US: John Wiley y Sons.
- Bravo, P., Uribe, Claudia., Contreras, A., (2008). *El Cuidado percibido durante el Proceso de Parto: Una mirada desde las madres*. Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Cáceres, G., (2006). *Diseño de espacios y objetos para el parto integral*. Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/02-Disenos-para-el-parto-integral.pdf>

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial CEDEP, (2013). Estudio Cualitativo Implementación NEP. Informe Final. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/21-Informe-final-Estudio-cualitativo-implementacion-Nadie-es-perfecto.pdf>

Chile Crece Contigo, (2006). Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de Políticas de Infancia. Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de Políticas de Infancia. Recuperado de [http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/Informe\\_del\\_Consejo\\_Asesor\\_Presidencial\\_de\\_Infancia-\\_El\\_Futuro.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/Informe_del_Consejo_Asesor_Presidencial_de_Infancia-_El_Futuro.pdf)

Consejo de Europa, (2006). Recomendaciones REC (2006) 19 del Comité de Ministros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva. Estrasburgo: Consejo de Europa.

Cruz, S., Juárez, P., Ruiz, C., Leiva, I., Troncoso, P., (2015). El discurso de la violencia obstétrica en Chile. Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología Metodologías Cualitativas Innovadoras en Investigación Psicosocial. Universidad de Chile.

Cuadra, H., & Florenzano, R., (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), Pág-83. Recuperado en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17380/18144>

Dekovic, M., Gerris, J., (1992). Parental reasoning complexity social class, and child-rearing behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 523-541.

Díaz, A., Pérez, J., Martínez, T., Brito, A., y Herrera, E. (2001). El vínculo de apego en bebés prematuros: incubadora y método canguro. *Revista de Atención Temprana*, 4 (1), 11-19.

Diener, E., (2000). Subjective well – being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 55; 34 – 43. Recuperado de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:m6mZlMjIoQgJ:https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html%3Fid%3D5182c62dd3df3ef22a000008%26assetKey%3DAS%253A272113947086850%25401441888429092+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl>

Donoso, S., y Carvajal, J., (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del Milenio. *Revista médica de Chile*, 140(10), 1253-1262. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001000003>

Farkas, Ch., (2008). Escala de evaluación parental (EEP): Desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universitas Psychologica*, 7(2), 457-467

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

Gálvez, E., Chia, N., & Valdez, J., (2005). Género, ansiedad social, autoeficacia general y autoeficacia en situaciones sociales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6 (1): 43 – 54

García-Viniegras, V., González, I., (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n6/mgi10600.pdf>

González, R., (2014). Chile, un buen lugar donde nacer: Morbimortalidad Materna e Infantil a nivel global y nacional. División de Obstetricia y Ginecología, Centro de Bioética, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de [http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/05-gonzalez.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/05-gonzalez.pdf)

Gómez, E., Cifuentes, B., & Ortún, C., (2012). Padres competentes, hijos protegidos: evaluación de resultados del programa " Viviendo en Familia". *Psychosocial Intervention*, 21(3), 259-271

Gómez, E., Muñoz, M., (2014). Manual de Escala de Parentalidad Positiva. Fundación Ideas para la Infancia: Santiago de Chile.

Goodman, P., Mackey, M., Tavakoli, A., (2004). Factors related to childbirth satisfaction: issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* ,46(2):212-219.

Gveanu, S., (2012). Parent Education Programs. A Training for the Development of Parental Competence. Bucharest: University Publishing House.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2000-2009). Anuarios de estadísticas vitales de Chile 200-2009. Recuperado de [http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio\\_estadistico/compendio\\_estadistico2009.php](http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/compendio_estadistico2009.php)

Jackson, J.L., Chamberlin, J., Kroenke, K., (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52(4): 609-620.

Klaus MH, Kennel JH, Klaus, PH. (2002) *The Doula Book*. Perseus Publishing. ISBN 0-7389-0609-1

Levy-Shiff, R., Dimitrovsky, L., Shulman, S. y Har-Even, D., (1998). Cognitive appraisals, coping strategies, and support resources as correlates of parenting and infant development. *Developmental Psychology*, 34, 1417-1427.

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

López, S., Calvo, J., & Pérez, O., (2015). Parentalidad Positiva y Formación Experiencial: Análisis de los Procesos de Cambio Familiar. *REMIE: Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 5(3), 296-315.

Lvoff, N., Lvoff, V., Klaus, M., (2000) Effect of the babyfriendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(5):474-7

Machida, S., Taylor, A., Kim, J., (2002)The role of maternal beliefs in predicting home learning activities in head start families. *Fam Relat*, 51:176-184.

Marshall, K., y Kennel, J., (1986). *Maternal- Infant Bonding: Impact of early separation or Loss on Family Development*. St. Louis. CV. Mosby. Co.

Ministerios de Salud, MINSAL, (2007). *Manual de Atención Personalizada con enfoque familiar en el proceso reproductivo*. Recuperado de:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001>Moreno, E., (2010). Políticas de Infancia y Parentalidad Positiva. *Papeles Salmantinos de Educación* Núm. 14, 2010Facultad de CC. de la Educación, Universidad Pontificia de Salamanca.

Muñoz, A., (2005). “La familia como contexto de desarrollo Infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social”. *Portularia*, 2, 147-163. Recuperado de:[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31591884/LA\\_FAMILIA\\_COMO\\_CONTEXTO\\_DE\\_DESARROLLO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1471670088&Signature=NN0XScW3HgSlmF%2FRvMHIN0tqAZ4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLA\\_FAMILIA\\_COMO\\_CONTEXTO\\_DE\\_DESARROLLO.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31591884/LA_FAMILIA_COMO_CONTEXTO_DE_DESARROLLO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1471670088&Signature=NN0XScW3HgSlmF%2FRvMHIN0tqAZ4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLA_FAMILIA_COMO_CONTEXTO_DE_DESARROLLO.pdf)

Navarro, C., Navarrete, L., & Lara, M., (2011). Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud mental*, 34(1), 37-43. Recuperado en 19 de agosto de 2016, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100005&lng=es&tlng=es).

O´Conner, S., Vietze P., Sherrod, K., (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-inn. *Pediatrics* 1980; 66: 176-92.

Olivari, C., Urra, E., (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13 (1): 9 - 15.

Organización Mundial de la Salud, (OMS) (2015). *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la*

## BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO, AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA

División de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO\\_RHR\\_15.23\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.

Papagni, K., Buckner, E., (2006). Doula support and attitudes of intrapartum, nurses: a qualitative study from the patient's perspective. *Journal of Perinatal Education*, 15(1): 11-18. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595283/>

Pascali-Bonaro, D., Kroeger, M., (2004). Continuous female companionship during childbirth. A crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 19-27.

Pezoa M. (2011). Estudio Opinión Usuarios del Sistema de Salud Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma 2011. Superintendencia de Salud y Adimark. Disponible en:  
[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-6953\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-6953_recurso_1.pdf)

Quintana, J., Rodríguez, M., (2013). Promover a Parentalidade Positiva. *Revista Educação, Ciência e Cultura (ISSN 2236-6377) Canoas*, v. 18, n.1. Recuperado de <http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Educacao>

Rodrigo, M., Martín J., Cabrera E., Máiquez M., (2009). La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la Parentalidad Positiva. FEMP: Madrid.

Romero, M., Bedregal, P. & Bastías, G., (1994). Situación de la Salud Materno Infantil en Chile. *Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*.

Salinas, H., Naranjo, B., Pastén, J., Retamales, B., (2006). Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Recuperado de [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/estado\\_cesarea\\_en\\_chile.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/estado_cesarea_en_chile.pdf)

Sadler, M., Leiva, G., (2015). Cesáreas en Chile (I): ¿Es efectivo que las mujeres chilenas prefieren la cesárea al parto vaginal?. Recuperado de <http://ciperchile.cl/2015/03/13/cesareas-en-chile-i-es-efectivo-que-las-mujeres-chilenas-prefieren-la-cesarea-al-parto-vaginal>

**BIENESTAR MATERNO DURANTE LA EXPERIENCIA DE PARTO,  
AUTOEFICACIA Y PARENTALIDAD POSITIVA**

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 7-66.

Simkin, P., Ancheta, R., (2000). *Labor Progress Handbook*. Blackwell, Malden MA 2000.

Simón, I., Correa, N., Rodrigo, J., y Rodríguez, A., (1998). Desarrollo y educación familiar en niños con cursos evolutivos diferentes. *Familia y Desarrollo humano* (445-464). Madrid: Alianza Editorial.

Takehara, K., Noguchi, M., Shimane, T., & Misago, Ch., (2014). A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/221>

Uribe, C., Rivera, M. S., Contreras, A., Bravo, P., & Cornejo, M. (2006). Significado del bienestar materno en la experiencia de parto. *Horizontes de Enfermería*, 18(1), 89-100.

Valdés, V., Morlans, X., (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 108-112.

Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Maingi G, Serwanga J, et al. (2012) Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. Dec 31;13:21–1.

Winberg, J., (1995). Examining breast-feeding performance: forgotten influencing factors. *Acta Paediatrica* 1995;84:46