



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**PARTO HUMANIZADO: PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES
DE LA SALUD SOBRE FACILITADORES Y BARRERAS AL
ACOMPañAMIENTO DE LAS GESTANTES DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO**

**Yuri Paola Gómez Ángel
Marijeimy Alejandra Ortiz Ferro**

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología
Bogotá
2020

**PARTO HUMANIZADO: PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES
DE LA SALUD SOBRE FACILITADORES Y BARRERAS AL
ACOMPañAMIENTO DE LAS GESTANTES DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO**

**Yuri Paola Gómez Ángel
Marijeimy Alejandra Ortiz Ferro**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Obstetricia y Ginecología

Director: Jorge Andrés Rubio Romero
Profesor titular, Universidad Nacional de Colombia
Médico especialista en ginecología y obstetricia
Magíster en epidemiología clínica

Codirector: Edgar Alfredo Acero Díaz
Psicólogo clínico y de la salud, especialista.
Universidad Nacional de Colombia - Universidad Católica de Colombia.
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Bogotá
2020

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá (27/11/2020)

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a todas nuestras pacientes que día a día con su esfuerzo y dedicación, nos han mostrado la verdadera importancia de la vida, la calidez de una madre, la valentía ante lo adverso e inesperado y el valor que tenemos los profesionales de la salud en sus vidas.

Declaración de obra original

Los autores declaran lo siguiente:

El proyecto de investigación está enmarcado dentro del acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional “**Reglamento sobre propiedad intelectual**”, por este motivo, los derechos de autor, propiedad intelectual y derechos patrimoniales se reconocerán según el contenido de este acuerdo. Se reconocerán como autores de la misma a las personas involucradas en su realización como directores del proyecto, reconociendo siempre el crédito a la Universidad Nacional de Colombia.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Marijeimy Ortiz Ferro

Residentes Obstetricia y Ginecología

Universidad Nacional de Colombia

Investigadoras Responsables

Yuri Paola Gómez Ángel

27/11/2020

Fecha

Agradecimientos

A Dios, por permitirnos ir por el hermoso y difícil sendero de la medicina y por ayudarnos a ser residentes de Obstetricia y Ginecología en esta maravillosa universidad. A nuestras familias, por guiarnos y apoyarnos por este camino y darnos fortaleza para cumplir nuestras metas. A la Universidad Nacional de Colombia y sus profesores por darnos la oportunidad de ser parte de su historia.

“Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer”

Michel Odent

CONTENIDO

	pág
RESUMEN	X
ABSTRACT	XII
LISTA DE TABLAS	XIV
LISTA DE FIGURAS	XV
LISTA DE ABREVIATURAS	XVI
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1.1. Propósito	
1.2. OBJETIVOS	
1.2.1. Objetivo general	
1.2.2. Objetivos específicos	
1.3. METODOLOGÍA	
1.4. COMPONENTE ÉTICO	
2. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
2.1. Análisis demográfico	
2.2. Análisis cualitativo	
2.2.1. Análisis de las categorías y su relación con barreras y facilitadores al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto	
2.2.2. Análisis de facilitadores y barreras	
3. DISCUSIÓN	
4. CONCLUSIONES	
5. RECOMENDACIONES	

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. Consentimiento informado
2. Entrevista semiestructurada
3. Cronograma de actividades para el periodo 2019- 2020
4. Presupuesto

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción acerca de los facilitadores y las barreras de la implementación del parto humanizado en lo referente al acompañamiento a las mujeres durante el trabajo de parto, de acuerdo con las experiencias de profesionales de la salud (ginecólogos y enfermeras profesionales), en la sala de partos de la UMHES Engativá Calle 80.

Metodología: se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico hermenéutico, descriptivo, por medio de la participación de ginecólogos y enfermeras profesionales que trabajan en sala de partos de la UMHES Engativá Calle 80 de la ciudad de Bogotá. Se realizó un muestreo intencional con un total de 16 profesionales de la salud (13 ginecólogos, 3 enfermeras profesionales). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes acerca de la percepción del acompañamiento a las gestantes desde el mes de Mayo hasta el mes de Julio del año 2020, las cuales se grabaron, transcribieron y analizaron.

Resultados: Desde la percepción de los participantes, se identificaron facilitadores y barreras según las 4 categorías definidas a priori y 7 categorías emergentes. Se resalta la promoción por parte de la directiva de la institución para su implementación, el respeto a la cultura y la importancia de la figura paterna dentro del proceso de parto. Los beneficios reportados por los participantes son similares a los mencionados en la literatura. De las barreras identificadas la infraestructura, actitud, falta de capacitación, escaso personal, y acompañamiento por horarios fueron de las más importantes para la oposición de la implementación al acompañamiento durante el trabajo de parto.

Conclusiones: Según las percepciones de los ginecólogos y enfermeras profesionales existen barreras para el acompañamiento de la gestante tanto del sistema de salud como de los profesionales, sin embargo la promoción del acompañamiento en la institución marca un punto de partida para la implementación de estrategias como capacitación, cambio en el pensamiento, actitud y mejora en la infraestructura, para optimizar la implementación del acompañamiento durante el trabajo de parto.

Palabras claves: Parto humanizado, acompañamiento, humanización de la atención, trabajo de parto.

ABSTRACT

Objective: To identify the perception about the facilitators and barriers to the implementation of humanized delivery in relation to the accompaniment of women during labor, according to experiences of health professionals (gynecologists and professional nurses), in the delivery room of the UMHES Engativá Calle 80.

Methodology: A qualitative, descriptive hermeneutic phenomenological study was carried out, through the participation of gynecologists and professional nurses who work in the delivery room of the UMHES Engativá Calle 80 in Bogotá. An intentional sampling was carried out with a total of 16 health professionals (13 gynecologists, 3 professional nurses). Semi-structured interviews were conducted with the participants about the perception of the accompaniment of pregnant women from the month of May to July 2020, which were recorded, transcribed and analyzed.

Results: Facilitators and barriers were identified according to the 4 categories defined a priori and 7 emerging categories, from the perception of the participants. The promotion by the institution's directive for its implementation, the respect for culture and the importance of the father figure within the birth process is highlighted. The benefits reported by the participants are similar to those mentioned in the literature. About the barriers identified, infrastructure, attitude, lack of training, lack of staff, and accompaniment by schedule, were among the most important barriers for the opposition of the implementation to accompaniment during labor.

Conclusions: According to the perceptions of gynecologists and professional nurses, there are barriers for the accompaniment of the pregnant woman from the health system and the professionals, however the promotion of accompaniment in the institution marks a starting point for the implementation of strategies such as training, change in thinking, attitude and improvement in infrastructure, to optimize the implementation of accompaniment during labor.

Keywords: Humanized delivery, accompaniment, humanization of care, labor.

LISTA DE TABLAS

pág

Tabla 1. Preguntas y categorías en el estudio: Percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto

Tabla 2. Variables demográficas de los participantes

Tabla 3. Facilitadores y barreras para la implementación del acompañamiento en la gestante

LISTA DE FIGURAS

pág

Figura 1. Correlación gráfica de los diversos facilitadores y barreras del acompañamiento a la gestante durante el trabajo de parto

Figura 2. Palabras más frecuentemente utilizadas por los especialistas en Obstetricia

Figura 3. Palabras más frecuentemente utilizadas por los profesionales de enfermería

LISTA DE ABREVIATURAS

<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>UMHES</i>	Unidad Médica Hospitalaria Especializada
<i>MD</i>	Médico
<i>EF</i>	Enfermera
<i>RR</i>	Riesgo relativo
<i>IC</i>	Intervalo de Confianza
<i>COREQ</i>	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

INTRODUCCIÓN

El “parto humanizado” o “parto respetado” constituye una de las maneras más importantes de reintegrar, por parte de la medicina actual, de manera holística, el proceso de atención integral y enfoque del bienestar de la mujer gestante durante la atención del trabajo de parto, parto y puerperio. La humanización se vincula a diversos componentes con los cuales se busca una mejoría en la calidad de la prestación de los servicios de salud, la relación entre médico - paciente y sobre todo la mejor experiencia para la paciente, lográndose afianzar los procesos fisiológicos secundarios al evento del nacimiento, implicando una experiencia más placentera (1).

Se ha visto que, pese a la demostración epidemiológica del impacto positivo sobre desenlaces maternos, la implementación de la estrategia del parto humanizado no ha logrado abrirse paso en múltiples instituciones, a pesar de la diversa cantidad de componentes aplicables que hacen parte de éste. Se considera que uno de los más importantes es el acompañamiento a la mujer gestante durante su trabajo de parto, parto y puerperio (2).

Sin embargo, en un país como Colombia, donde la violencia de género y el maltrato contra la mujer es frecuente, se evidencia cotidianamente que el grado de implementación del acompañamiento durante todo el trabajo de parto no es el deseado para la práctica clínica, pese a estar respaldado por la evidencia científica, las recomendaciones de práctica clínica, la reglamentación local y ser altamente beneficioso, según la evidencia empírica disponible (3).

A pesar de que uno de los limitantes más importantes es la infraestructura de salas de partos, en algunas ocasiones no es el mayor obstáculo a la puesta en práctica de esta medida. ¿Qué pasa cuando la infraestructura no es el límite?, ¿cuándo el común denominador del pensamiento global puede evitar la

implementación de medidas facilitadoras de una experiencia positiva al momento del nacimiento de un nuevo ser humano?

El término humanizar, según la Real Academia Española consiste en “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”, “hacerlo benigno” (4) y de este término surge el ideal para las mujeres en estado de embarazo de estar rodeadas de seres queridos en un momento tan importante como lo es el nacimiento del nuevo integrante de la familia.

Se eligió el análisis específico de uno de los principales componentes de la humanización en obstetricia: el acompañamiento durante el trabajo de parto. Para ello se desarrolló un estudio de tipo cualitativo, en el que se evidenciaron las experiencias y creencias relacionadas con esta práctica, con el fin de identificar facilitadores y barreras a la implementación de la misma, entrevistando a los principales actores responsables de la dinámica en sala de partos de la UMHES Engativá Calle 80 de la Subred Norte de Bogotá: ginecólogos y enfermeras profesionales.

1. MARCO TEÓRICO

El nacimiento de un nuevo ser humano es un evento que trasciende la vida de todas las personas que lo rodean, no sólo de la mujer que lo acuna en su vientre y que se encuentra a la espera de conocerlo, sino también del profesional de la salud, encargado de aportar atención de alta calidad a todas las personas involucradas en la gestación y parto, procurando que se desvanezca el miedo construido por la cultura popular y las prácticas de atención médica a lo largo de muchos años.

La Organización Mundial de la Salud OMS, indica en el año 1996 que *"El objetivo de la atención es lograr una madre e hijo sanos con el menor nivel posible de intervención que sea compatible con la seguridad. Este enfoque implica que en el parto normal debería haber una razón válida para interferir con el proceso natural"*.

A mediados del siglo XX más del 90 % de los partos fueron atendidos intrahospitalariamente para disminuir la morbilidad materna y fetal (5). Ello correspondió con el auge de las nuevas tecnologías y la subsecuente estandarización y medicalización de los servicios de salud (6), incluyendo la atención de parto, lo que aumentó la productividad y las ganancias en los sistemas e instituciones de atención en salud, es decir, a menor tiempo, un mayor número de intervenciones y una mayor rentabilidad económica. Una expresión clara ha sido el alza de la tasa de cesáreas en todo el mundo, lo que generó un debilitamiento de la relación médico-paciente en la que la parturienta y su familia resultan frecuentemente ignorados para la toma de decisiones, lo que representa la despersonalización de la mujer en su propio trabajo de parto (5).

Así pues, se generó un constructo social en el que el parto se convirtió en un evento traumático y doloroso, evidenciando un impacto negativo sobre la experiencia del nacimiento (5,6). Durante el siglo XX surgieron distintas

tendencias en el mundo médico acerca de cómo debería ser la atención del parto, y es en la década de los 50, que Grantly Dick-Read, Frédérick Leboyer, entre otros precursores, atribuyen el dolor del trabajo de parto a las perspectivas, miedos y tensiones con las que se presentan las mujeres, las cuales son infundidas por las demás mujeres a su alrededor. La generación de estas sensaciones y emociones ante un evento desconocido promueven al desarrollo de dolor y sufrimiento en las pacientes. Es por ello que dichos obstetras promueven una atención del parto evitando intervenciones médicas innecesarias e incluyendo estímulos y ambientes que promuevan el bienestar del binomio madre hijo (7).

Aparecen entonces dos corrientes de pensamiento respecto a la desmedicalización del parto: el “parto natural”, en el cual se tienen en cuenta todos los posibles efectos adversos derivados de la atención médica y en el que se quiere un proceso sin intervenciones y el “parto humanizado”; en el cual se combinan los aportes positivos de la atención médica, evitando sus potenciales efectos adversos regulando dicha intervención (8).

Con el paso del tiempo se fueron estructurando conceptos e ideologías respecto a cómo debería ser llevada la gestación, el trabajo de parto y la atención de éste, tanto intra como extra institucionalmente. El concepto de humanización fue construyéndose a partir de la premisa de que el bienestar físico de la mujer gestante y de la nueva vida no eran los únicos eslabones en la cadena, sino que, además, la esfera mental y social jugarían un papel importante para lograr un mejor desenlace (6).

Es así como surge el enfoque holístico que empieza planteando que el parto, además de ser un proceso biológico, depende del contexto social, cultural y espiritual al cual pertenece la paciente, y que debe permitir la preservación de los derechos sociales, reproductivos y sexuales, brindando la información necesaria para que la mujer y su familia obtengan el conocimiento, empoderamiento y autonomía en la toma de decisiones, tratando de establecer al profesional de la

salud y las instituciones como acompañantes y, así mismo, cultivando el derecho “a estar libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes” (5), logrando el desarrollo de un proceso ético, comprometido y responsable por el bienestar de la paciente.

El parto humanizado o parto respetado (9), consiste en la reducción de procedimientos excesivos o innecesarios por parte del grupo médico, permitiendo que se restablezca el proceso natural, devolviendo a la madre el control sobre su cuerpo e interviniendo solamente si es necesario, dejando de lado el concepto del embarazo y el trabajo de parto como *patologías* que requieren de monitoreo o intervenciones extensas (10,11) y, más bien, atendiendo a sus necesidades con prácticas basadas en la evidencia que permitan un desarrollo adecuado de dicho proceso. En la actualidad como parte del enfoque biomédico, se implementan prácticas que impiden el desarrollo de dicho enfoque holístico y que suelen aumentar el dolor asociado al parto, producto de la inmovilización, el uso no indicado de agentes oxicíticos, la maniobra de Kristeller y la episiotomía sistemática, entre otros (10)

De tal forma, la denominada “*violencia obstétrica*” se constituye en la posición antagónica del “parto humanizado”. En esta se puede identificar negligencia, abuso (verbal, físico o psicológico) y patologización de los procesos inherentes al parto (12). En contraste, puede ser disminuida o evitada mediante el uso del diálogo entre profesional y paciente para construir, propiciar y obtener una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el recién nacido, logrando altos estándares de calidad y logrando que los servicios de salud prestados por la institución impacten positivamente en su calidad de vida (5,10,12).

Una vez establecida la definición de trabajo de parto humanizado, es necesario evaluar las medidas actuales facilitadoras para el mismo, independientemente de por quien sea atendido (por una partera, médico general o especialista en obstetricia), ya que éstas son necesarias dentro de todos los niveles de atención.

En todas las fases del trabajo de parto(6), incluyendo el cuidado inmediato del recién nacido y el posparto, el cuidado debe basarse en el respeto de los tiempos fisiológicos y la preservación de la seguridad para evitar complicaciones mayores, individualizando cada caso y permitiendo un trato comprensivo y seguro para lograr una buena relación médico paciente, promoviendo un adecuado trato de forma bidireccional (9)

Diferentes estudios reconocen los beneficios de algunos componentes importantes del parto humanizado:

Elección de posición durante el trabajo de parto

Según la OMS se recomienda que la paciente pueda elegir la posición que le resulte más cómoda durante su trabajo de parto y no se limite, como ocurre en la mayoría de las instituciones al parto en decúbito supino. Además, se debería posibilitar la deambulación en el primer estadio del parto. Según la literatura el parto vertical aumenta la expansión torácica y por lo tanto mejora la capacidad respiratoria, favorece la acomodación, encajamiento y descenso fetales evitando el efecto Poseiro (o compresión aortocava, la cual es ejercida por el útero grávido sobre los grandes vasos) y permitiendo la reducción de episiotomías (13). Una revisión sistemática publicada en Cochrane en 2017, con evidencia de baja a moderada calidad, reportó menor duración del segundo estadio del trabajo de parto y los beneficios antes mencionados. Sin embargo, se reporta un incremento del sangrado obstétrico mayor a 500 ml (RR 1.48, 95% IC 1.10 a 1.98) y la presencia de desgarros perineales de segundo grado (RR 1.20, 95% IC 1.00 a 1.44) (13,14).

Analgesia obstétrica

A pesar de ser un tema ampliamente estudiado y con legislación al respecto, actualmente se sigue imponiendo muchas barreras para la disminución del dolor durante el trabajo de parto tanto por parte del sistema de salud, que con ello desfavorece a la población de los estratos sociales más humildes (15), hasta la concepción errónea del especialista en anestesia y obstetricia.

La analgesia obstétrica se considera como un evento que genera un aumento del costo sin créditos económicos por lo que en muchos hospitales no existe siquiera la posibilidad de analgesia epidural. Existe además un concepto arraigado y erróneo, tanto del anestesiólogo como del obstetra, del aumento de la tasa de cesáreas por detención del parto o necesidad de instrumentación si la analgesia es iniciada en fase latente (15), sin tener en cuenta que diferentes organizaciones incluyendo la OMS recomienda iniciarla tan pronto como la madre lo solicite, así como un vasto conocimiento por las diferentes técnicas para disminuir el dolor (6)

Acompañamiento

Hace mucho tiempo atrás el parto se desarrollaba en compañía de familiares, en la intimidad del hogar, permitiendo el suficiente apoyo emocional en la mayoría de los casos (11). Sin embargo, con el paso a la atención institucionalizada del parto se pierden tales beneficios. La posibilidad del acompañamiento a la madre por parte de la persona que ella desee resulta una de las principales intervenciones para la mejoría de la calidad de la experiencia y desenlaces en el parto respetado (10), creando y reforzando el vínculo familiar en este proceso vital.

Una revisión sistemática Cochrane de 2017 (evidencia de baja calidad según estudios dentro de la revisión) arrojó que la presencia permanente de un acompañante durante el trabajo de parto podría ser beneficiosa dado que aumentó la satisfacción durante la experiencia, llegando a un parto vaginal en menor tiempo, con menor probabilidad de parto por cesárea (RR 0, 75 95% IC 0, 64 a 0,

88), parto instrumentado (RR 0, 90; IC del 95%: 0, 85 a 0, 96), y sin evidenciar resultados adversos como el APGAR bajo en los primeros 5 minutos (RR 0, 62; IC del 95%: 0, 46 a 0, 8) (1,8).

Así exista la compañía compasiva permanente del personal de salud, la experiencia en diferentes estudios varía y no es tan satisfactoria como la de aquella mujer que tiene apoyo familiar. Los beneficios obtenidos incluyen: disminución de niveles de estrés, disminución del sentimiento de baja autoestima, de soledad y episodios de ansiedad cuando se encuentra en un ambiente familiar o con el apoyo emocional por la persona deseada y no por un desconocido (5,10)

El acompañante durante el proceso fisiológico del parto actúa de diferentes maneras y una de las más importantes es participar como puente de comunicación entre la mujer y el personal de salud tratante, manifestando los deseos de la paciente sin temor, o como apoyo en el alivio del dolor. Sin embargo, hay diferentes limitantes para lograr este vínculo como la ausencia de conocimiento del rol específico, el bajo estrato socioeconómico y la dificultad del desplazamiento y tiempos de visita (12), sin dejar de lado el factor de infraestructura y la posibilidad de incomodidad por parte de la paciente frente a la presencia del acompañante de sexo masculino en la sala (1).

Existe legislación vigente en el ámbito latinoamericano que avala dicho acompañamiento. Por ejemplo, la ley 11,108 de 2005 en Brasil que establece que *“se debe permitir la presencia, junto a la mujer, de un acompañante durante todo el período de trabajo, parto y posparto inmediato. Además, se debe garantizar que este acompañante sea elegido por la mujer parturienta”* (10), certificando que se cumplan los estándares de salubridad por parte del familiar presente en la sala de partos así como el entrenamiento del personal médico y de enfermería para manejar una sala de partos con la presencia de acompañantes y el entendimiento del bien necesario para la madre (6).

Ahora bien, además del acompañamiento, el espacio cerrado y la privacidad juegan un papel importante en el desarrollo de la humanización; tal aspecto, valorado comparativamente en hospitales de cuarto y primer nivel (11,16), muestra que el espacio compartido con otras mujeres parturientas afecta negativamente la experiencia y tranquilidad con la que una mujer puede llevar a cabo la finalización de su embarazo.

Otras intervenciones

Algunas herramientas de introducción de la humanización en servicios de ginecología y obstetricia incluyen el uso de métodos naturales para aliviar el dolor como masajes, musicoterapia y aromaterapia. Sin embargo, aunque se desee su aplicación y sea avalado, muchas instituciones no cuentan con el personal requerido ni con la inversión económica necesaria para llevarlo a cabo (11)

Todo lo mencionado, debe ser desarrollado con la infraestructura y herramientas necesarias, que brinden un espacio de comodidad y privacidad, sin sobrecarga de trabajo, con los insumos adecuados y adecuada organización institucional para poder abarcar las necesidades de todas las pacientes. Por todo lo anterior, este aspecto es uno de las mayores limitantes en nuestro país para el desarrollo del parto humanizado (12).

Barreras de implementación y facilitadores

Dentro de los factores facilitadores reconocidos de la atención humanizada en diferentes estudios se encontró que la filosofía o el propósito institucional establecido en pro de la mujer y su bienestar de una manera *integral*, se hacía mucho más “prominente” según la percepción de bienestar por parte de la gestante, al momento de la permisión del acompañamiento por parte de un familiar cercano, especialmente durante intervenciones médicas o quirúrgicas, incluyendo

eventos como la colocación de analgesia epidural (17,18). Otros factores facilitadores identificados y no menos importantes fueron los de proporcionar capacitación a profesionales de salud acerca del parto humanizado y sus diferentes componentes, aplicabilidad y la continuidad en la atención materna desde el primer momento de llegada hasta la vigilancia y apoyo en el periodo postnatal (17).

Con relación al acompañamiento, no solo se vieron beneficios durante la atención médica; también se encontraron beneficios en la esfera social, en la que se argumentaba que la estancia por parte de la pareja durante todo el proceso del trabajo de parto instauraba mayor nivel de concientización, mejorando la comprensión y ayuda por parte de las parejas hacia la madre y el soporte con sus bebés en casa.

Un estudio cualitativo japonés describe como “factores de contingencia” o barreras, que corresponden al trabajo de parto en instituciones universitarias, la falta de autoridad dentro de los hospitales de parteras o *doulas* y la demanda de personal (lo cual corresponde a que el personal dispuesto a la atención de cierto número de pacientes no da abasto). Dentro de este mismo estudio se encontraron como factores facilitadores la restricción de intervenciones médicas innecesarias, la presencia de *doulas* (mujeres acompañantes durante el proceso de parto con apoyo físico y emocional), y el respeto hacia las creencias y cultura de las pacientes (11).

En Colombia, pese a la recomendación del parto humanizado en la guía de práctica clínica nacional (3) se han identificado diferentes factores que condicionan su introducción:

Edad materna: las adolescentes son las más afectadas dada su menor oportunidad de toma de decisiones que una paciente adulta, así como falta de servicios de salud adecuados por desconocimiento del sistema (2,5).

Nivel socioeconómico que determina el sitio de atención. Un ejemplo de esto es la accesibilidad de analgesia obstétrica, supeditada a la disponibilidad de analgesia epidural, tanto dentro como fuera del distrito capital, en donde, aunque se considera punto de referencia, con la mayor disponibilidad de recursos y personal de salud, su cobertura no es la adecuada generando una inequidad en su atención (2,5).

Complejidad de patología: por lo que pacientes consideradas de alto riesgo son más vulnerables a la pérdida de su autonomía por ansiedad y fragilidad frente al diagnóstico descrito (2,5).

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En estudios basados en las experiencias y percepciones del personal de salud calificado en parto humanizado, se identifican cuatro barreras importantes para la limitación de su implementación, las cuales son: 1) espacio físico y limitaciones en instalaciones; 2) reglas institucionales y prácticas que limitan la integración familiar; 3) creencias del personal respecto a la limitación de la autonomía de la paciente; y, 4) la falta de respeto hacia las creencias, cultura y tradiciones de la mujer gestante (17,18). Basados en lo anterior, el presente estudio abordó el problema de la implementación del acompañamiento durante el trabajo de parto y el nacimiento para identificar reglas institucionales y prácticas que limitan la integración familiar y las creencias del personal respecto al acompañamiento de la gestante durante el nacimiento para responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de médicos especialistas en ginecología y obstetricia y profesionales de enfermería sobre facilitadores y barreras al

acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto en la UMHES Engativá Calle 80 de la ciudad de Bogotá?

1.1.1. PROPÓSITO

El propósito fue promover la reflexión en la sala de partos y en los participantes de una institución pública de servicios de salud y generar conciencia sobre las barreras y facilitadores para la implementación del acompañamiento por parte de los familiares a las gestantes en su trabajo de parto y el nacimiento.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

Identificar la percepción acerca de los facilitadores y las barreras de la implementación del parto humanizado en lo referente al acompañamiento a las mujeres durante el trabajo de parto, de acuerdo con las experiencias de profesionales de la salud (ginecólogos y enfermeras profesionales).

1.2.2. Objetivos específicos

- Establecer similitudes y diferencias en la percepción por parte de ginecólogos y enfermeras respecto al acompañamiento a la gestante como estrategia de parto humanizado, incluyendo características demográficas básicas de los participantes.
- Identificar categorías a priori y emergentes y compararlas con la información obtenida con resultados de otros estudios pertinentes.

- Ofrecer retroalimentación a los participantes y directivas institucionales acerca de facilitadores y barreras de la implementación del acompañamiento por parte de familiares a gestantes en su trabajo de parto y parto, con el fin de que estos resultados sean tenidos en cuenta para el desarrollo de las rutas de atención materno- perinatal.

1.3. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio cualitativo, fenomenológico hermenéutico, descriptivo realizado en la UHMES Engativá Calle 80 de la Subred Norte de Servicios de Salud de la ciudad de Bogotá.

● Participantes

De acuerdo con un muestreo intencional, no probabilístico (19), y según información por el área de talento humano, se convocó y logró la participación de profesionales de ginecología y enfermería profesional que prestaron sus servicios en el área de sala de partos de la UMHES Engativá Calle 80 de la ciudad de Bogotá, institución hospitalaria pública de mediana complejidad donde se atiende población general afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el período comprendido entre febrero 1 de 2020 y el 31 de julio de 2020.

● Criterios de Inclusión

Se incluyeron a todos los médicos especialistas en ginecología y obstetricia y enfermeras profesionales que trabajaron en la sala de partos durante el período de estudio quienes manifestaron su voluntad de participar y dieron su consentimiento de manera escrita.

- **Criterios de exclusión**

Dentro del estudio, no se contó con criterios de exclusión, debido a que la modalidad de muestreo fue de tipo intencional para captar la percepción de los actores sobre el fenómeno en estudio.

Procedimiento de recolección de información

Se realizaron entrevistas semiestructuradas acerca de los facilitadores y barreras para la implementación por parte de los profesionales de la salud para el acompañamiento a las gestantes durante el trabajo de parto, teniendo en cuenta la literatura consultada de la cual se obtuvieron las categorías a priori descritas a continuación:

1. **Infraestructura:** Espacio físico y limitaciones en instalaciones que favorecen o limitan la integración del acompañante.
2. **Experiencias:** vivencias de los profesionales a cerca del acompañamiento a gestantes por parte de la persona deseada que favorecen o limitan la integración del acompañante.
3. **Normatividad:** Reglas institucionales formales e informales que favorecen o limitan la integración del acompañante.
4. **Cultura:** conocimiento y respeto hacia las creencias y tradiciones de la mujer gestante y de los profesionales de la salud que favorecen o limitan la integración del acompañante.

Se realizaron algunas preguntas de opción cerrada de respuesta, como caracterización sociodemográfica básica de los entrevistados, y preguntas de respuesta abierta (**Anexo 2**); estas fueron realizadas de manera presencial, por parte de las dos investigadoras a cargo (mujeres, médicas, estudiantes de último año de la especialidad en Obstetricia y ginecología de la Universidad Nacional de Colombia), las cuales durante su práctica tuvieron la oportunidad de estar en diferentes salas de parto de la ciudad, incluyendo la sala de partos en la cual se desarrolló este estudio. Dichas entrevistas se grabaron y transcribieron literalmente conforme a lo dicho por los participantes.

Se desarrolló la primera de las entrevistas con uno de los ginecólogos a manera de *entrevista piloto*, donde se estableció el tiempo aproximado de realización de las mismas y se acordó el lenguaje corporal y tono de realización de las preguntas para estandarizarse y desarrollarse por parte de cada una de las investigadoras. Luego de esta prueba, se desplegaron las demás entrevistas sin contratiempos y sin requerimiento de ninguna repetición.

Se realizó hincapié antes de la realización de cada una de las entrevistas, que las preguntas y respuestas a desarrollar, se debían responder según las prácticas, experiencias y acogimiento del parto humanizado y del acompañamiento a gestantes que se tenía antes de ocurrida la pandemia por el SARS- COV2 (lo que modificó las políticas nacionales relacionadas con el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto) y todas las entrevistas se realizaron haciendo uso de todos los elementos de protección personal.

A medida que avanzaron las entrevistas y su transcripción con el objetivo de categorizar sus percepciones, se evidenció que al llegar al número de profesionales de la salud mencionado, se consiguió la saturación de datos gracias a los conceptos en común respecto a las preguntas sobre el acompañamiento a la gestante. Igualmente las conclusiones y respuestas denotaban la información manejada por ambas ramas (ginecólogos y enfermeras profesionales), obteniendo puntos de vista y comportamientos similares, por tal motivo se consideró que la muestra enmarcada era la suficiente.

- **Control de calidad de los datos**

Como garantía de la presente investigación, se mantuvo la auditabilidad, transferibilidad y credibilidad de cada uno de los datos adquiridos (20,21).

La auditabilidad o confirmabilidad se garantizó mediante la grabación de las entrevistas manteniendo la privacidad y confidencialidad de la información sensible para los participantes. No se hicieron notas a parte de las grabaciones durante las entrevistas.

La credibilidad se verificó mediante la revisión por parte de los participantes de las transcripciones y análisis realizados para que estos expresaran su opinión, grado de acuerdo y conformidad con los hallazgos e interpretación de los mismos por parte de los responsables de la investigación, haciéndolos creíbles y precisos.

- **Análisis**

El análisis consistió en la recolección, descripción y análisis de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los participantes (ginecólogos y enfermeras profesionales) acerca del acompañamiento, por parte de familiares o allegados seleccionados, a la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio, considerando sus propias reflexiones acerca de sus actuaciones diarias y

experiencia profesional al respecto. A partir de las respuestas de cada uno de los participantes y sus caracteres en común, triangulando la información, por método manual, se adicionaron a las anteriores categorías, otros conceptos importantes para el actuar médico y de enfermería respecto al tema estudiado, es decir las *categorías emergentes*.

Para llevar a cabo la categorización se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Transcripción de las entrevistas.
2. Se comparó la información obtenida con cada uno de los entrevistados.
3. Se organizó la información mediante las categorías a priori y se identificaron las categorías emergentes las cuales se definieron según cada pregunta de la entrevista y su significancia en la mayoría de los entrevistados como puntos en común.
4. Se realizó el análisis e interpretación, con las ideas varias y frases en común que orientaban hacia el por qué del actuar médico y se compararon estos desenlaces con la literatura universal.

El presente reporte se realizó siguiendo los estándares del COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) para informe de estudios cualitativos (22).

Tabla 1. Preguntas y categorías en el estudio: Percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto

Categorías a priori	Tema relacionado	Pregunta	Categorías emergentes
----------------------------	-------------------------	-----------------	------------------------------

Cultura Experiencias Normatividad	Parto humanizado	<p>- ¿Para usted, qué significa parto humanizado?</p> <p>- ¿Conoce estrategias para la aplicación del parto humanizado? ¿Cuáles?</p>	Actitud Educación
Cultura Experiencias Normatividad	Acompañamiento a la gestante	<p>- ¿Dentro de las estrategias de parto humanizado conoce usted en qué consiste el acompañamiento a la gestante? Explique.</p> <p>- ¿Conoce acerca de los beneficios en las gestantes del acompañamiento por familiares, amigos, o conocidos durante su trabajo de parto? Explique.</p> <p>- ¿En qué momento del trabajo de parto parto o puerperio considera usted que es beneficioso el acompañamiento a las pacientes?</p> <p>- ¿Sabe de experiencias negativas acerca del acompañamiento por un familiar dentro de la sala de partos? ¿Cuáles?</p> <p>- ¿Tales experiencias negativas han influido en la adopción del mismo dentro de su práctica clínica en algún momento?</p>	Educación Actitud Beneficios teóricos Recompensa intrínseca Vulnerabilidad Personal y recursos idóneos Situación socioeconómica
Infraestructura Normatividad Cultura Experiencias	Facilitadores y práctica	<p>- En su concepto, ¿dentro de la atención en esta institución se incluye, promueve o facilita el acompañamiento a las gestantes en trabajo de parto? (SÍ/NO). Explique, por favor, las razones.</p> <p>- ¿Qué elementos de la planta física pueden influir negativamente en la implementación del acompañamiento durante el trabajo de parto?</p> <p>- ¿Qué herramientas (materiales o no)</p>	Beneficios teóricos Situación socioeconómica Personal y recursos idóneos Educación Actitud

		<p>quisiera tener disponibles para implementar el acompañamiento a gestantes por parte de familiares/amigos en su sala de partos?</p> <p>- ¿Qué estrategias de mejora debería o podría implementar su institución para promover la práctica del parto humanizado?</p>	
<p>Normatividad</p> <p>Cultura</p> <p>Experiencias</p>	<p>Curso psicoprofiláctico</p> <p>Normatividad</p>	<p>- ¿Conoce usted en qué consisten los cursos psicoprofilácticos de preparación para el parto y la maternidad? Explique.</p> <p>- ¿Exigiría usted a todos los acompañantes la aprobación de un curso psicoprofiláctico previo a su estancia con las gestantes? Explique.</p> <p>- ¿Conoce normas o leyes que respalden las estrategias de parto humanizado mencionadas anteriormente u otras que conozca? ¿Cuáles?</p>	<p>Educación</p> <p>Beneficios teóricos</p> <p>Actitud</p> <p>Situación socioeconómica</p>
<p>Normatividad</p> <p>Experiencias</p> <p>Cultura</p>	<p>Varios</p>	<p>- ¿Ha estado en la posición de acompañante/gestante alguna vez?. Cuéntenos su vivencia.</p> <p>- ¿Qué cambiaría respecto a la atención del parto en su servicio, si su paciente fuera esposa/hija/hermana/madre?</p>	<p>Educación</p> <p>Beneficios teóricos</p> <p>Vulnerabilidad</p> <p>Situación socioeconómica</p> <p>Personal y recursos idóneos</p>

1.4. COMPONENTE ÉTICO

El presente estudio se consideró investigación de *riesgo mínimo* y está enmarcado dentro de los requerimientos de la resolución número 008430 del Ministerio de Salud de Colombia y la declaración de Helsinki, por lo que fue sometido a evaluación por el comité de ética de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, por medio de acta de evaluación N° 003-029 del 28 de febrero de 2020 y se solicitó autorización por parte del comité de investigaciones y ética de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E. para su aprobación mediante acta N° 33 del 18 de mayo de 2020 con código del proyecto SNCI-087-CEI. Los participantes firmaron el consentimiento informado previamente avalado y sellado (**Anexo 1**) para ingresar al estudio y se garantizó y guardó confidencialidad completa de los datos provistos durante el mismo.

El consentimiento informado contenía el objetivo y propósito de la investigación de manera clara e indicó la totalidad de los riesgos, actividades y beneficios a los cuales estaría sometido el sujeto durante la conducción de la investigación. Este documento fue leído y explicado en su totalidad por el investigador o su delegado para que la información fuese comprendida y el posible participante estuviera en la capacidad de elegir libremente, sin coacción alguna y con la libertad de retirar el mismo y los datos derivados de su participación en cualquier momento del estudio. La identidad del participante se suprimió en cumplimiento con las regulaciones colombianas de Habeas Data, según se determina por la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 del 26 de junio de 2013 y las regulaciones que los modifiquen o reemplacen. La única persona que tuvo acceso a datos personales que permitían la identificación del participante fue el grupo investigador del estudio, que a su vez es el propietario de la base de datos vinculada con el nombre e identificación de los participantes.

2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron entre el periodo comprendido entre mayo y julio del año 2020, de la totalidad de la población susceptible a estudio por medio de muestreo intencional, 7 ginecólogos y 1 persona del area de enfermería rechazaron ser parte del estudio por no disposición de tiempo, con la obtención final de 16 entrevistas.

La duración de cada entrevista en promedio fue de 18,4 minutos, siendo el mínimo de duración 12 minutos y el máximo de 40 minutos, todas se realizaron previa firma de consentimiento informado, en un ambiente tranquilo, amenos acordado por los profesionales y las entrevistadoras, el cual fue dentro de las instalaciones de la UMHES calle 80 en la zona de descanso de especialistas, por fuera de su horario de trabajo, donde sólo estuvieron presentes el entrevistado y una de las dos investigadoras a cargo.

2.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

Del total de participantes, 13 fueron especialistas en obstetricia y ginecología y 3 fueron del personal de enfermería profesional que desarrollaban su práctica laboral dentro de la sala de partos de la UMHES Engativá Calle 80. Se evidenció que la mayoría de los participantes eran mujeres (56%), con hijos (75%), casados (75%) y en el borde superior de su vida reproductiva (o mayores a 40 años), por lo que la gran mayoría presentaba algún tipo de experiencia ya fuese de tipo personal o indirecta (de alguno de sus familiares o amigos) acerca del acompañamiento durante el trabajo de parto en otras instituciones.

Respecto a los años de experiencia laboral, el 81% refirió más de 5 años de labor profesional, y un porcentaje similar había tenido la oportunidad de trabajar en otras

instituciones diferentes al sitio de desarrollo de este proyecto; por lo que se considera que también las experiencias a este nivel eran definitorias para tomar decisiones durante el desarrollo de su práctica actual (**Tabla 1**).

Tabla 2. Variables demográficas de los participantes.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES	Tipo	No.	%
Género	Femenino	9	56,2
	Masculino	7	44,8
Estado Civil	Casado	12	75
	Soltero	4	25
Edad (Años)	20 - 30	1	6,2
	31- 40	4	25
	> 40	11	68,7
Número De Hijos	0	4	25
	1	2	12,5
	2	7	43,7
	3	3	18,7
Turno	Día	3	18,7
	Noche	3	18,7
	Ambos	10	62,5
Experiencia (Años)	1 - 5	3	18,7
	> 5	13	81,2
Trabaja En Otra Institución	Si	11	68,7
	No	5	31,2
Participantes	Ginecólogos	13	81,3

	Enfermeras profesionales	3	18,3
Total de participantes		16	

2.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

2.2.1. Análisis de las categorías y su relación con barreras y facilitadores al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto

El conocimiento y principalmente las vivencias han sido los determinantes fundamentales de las conductas en el actuar de los profesionales ginecólogos y de enfermería superior, respecto a la inclusión del acompañamiento en la sala de partos desde un contexto social y personal difundido hacia la institución donde prestan sus servicios. Es por ello que en la literatura universal, se encuentran diversos estudios de tipo cualitativo, donde se enmarcan las principales variables influyentes sobre el actuar del profesional de salud y por lo que se permitió para las investigadoras el identificar las principales categorías descritas para la implementación o no del acompañamiento a la gestante, tal como se describen a continuación:

Categorías a priori

Infraestructura

Dentro de esta categoría la percepción común entre médicos y enfermeras fue que *“Engativá no está en consonancia con lo que dice la norma” (Mujer, 31 años, MD)*, dado que no se cuenta con espacios que favorezcan la privacidad de la paciente. La sala de partos no cuenta con cortinas suficientes o divisiones adecuadas entre

cama y cama que permitan la estancia del familiar durante todo el trabajo de parto. Dentro del área de recuperación, tampoco es suficiente el espacio, no hay modo de otorgarles privacidad y por tanto el acompañamiento en esta zona es prácticamente nulo.

“¿Que no tenemos?, por las condiciones del espacio, no podemos permitir la presencia del familiar durante el trabajo de parto, porque no hay espacio para ellos...” (Mujer, 30 años, MD)

“No están dadas las condiciones físicas de la institución como para permitir una privacidad de las pacientes, con relación a los otros acompañantes que pueda haber en la sala...” (Hombre, 53 años, MD).

Normatividad

Dentro del grupo de participantes de enfermería, se evidenció la falta de conocimiento de normas que apoyan y promueven el parto humanizado ya que algunos reconocían saber la existencia de las mismas pero no tenían claridad del decreto o guía donde se encontraba, identificándose por frase como “ se que existen normas” , llegando a considerar que actividades como la *“certificación en lavado de manos”*, son un requisito para avalar el acompañamiento. Así mismo se evidencio conocimiento parcial de las estrategias de humanización del parto pudiendo nombrar algunas pero no la manera de realización y su óptima implementación.

Respecto a en qué momento se debería permitir el ingreso a familiares, este fue descrito en su mayoría que debería ser durante la *fase de expulsivo o fase activa*, pensamiento que puede estar arraigado más que todo a la práctica convencional que se desarrolla en la institución, más que a lo descrito en guías nacionales e internacionales.

“Ya en la etapa expulsiva, que es cuando la paciente se vuelve más vulnerable, además pues es donde ella necesita más acompañamiento, generalmente porque el familiar es un apoyo para ella y ya lo que te decía, antes ellas se sienten más acompañadas y pueden expresar sus sentimientos” (Mujer, 49 años, EF).

Igualmente es una característica común de los médicos especialistas la ausencia de conocimiento sobre las normas (Resolución 3280, Secretaria Distrital de Salud, Lineamiento de nacimiento humanizado en Bogotá, Guía de Práctica Clínica, OMS), que respaldan el parto humanizado y la estrategia de acompañamiento a la gestante, sin embargo son conscientes y expresan, que pese a las limitaciones o barreras, el acompañamiento idealmente debería ser durante todo el trabajo de parto, algunos incluso piensan que debería ser durante todo el proceso de la gestación, lo cual incluye acompañamiento desde sus controles prenatales, pasando por el trabajo de parto, parto y puerperio.

“...Si, el acompañamiento no solamente debe ser en el trabajo de parto y en el parto, debe ser durante toda la gestación, en lo posible debe estar presente en el control prenatal y también debe recibir la información que se le da a la gestante acerca de todo el proceso sobre embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, así como el conocimiento del núcleo familiar y del apoyo, por que no siempre el apoyo es la pareja, puede ser la mamá, la abuela; es la paciente quien decide quien va hacer su acompañante en el proceso del trabajo de parto...” (Hombre, 38 años, MD).

“Se propende durante trabajo de parto fase activa más que todo, pero debería ser durante todo el trabajo de parto” (Hombre, 59 años, MD).

Cultura

Hubo conceptos positivos de algunos de los profesionales en términos de empatía respecto a la creencias y tradiciones de la mujer gestante y de su acompañante. Algunos compartieron o expresaron que el hecho de aplicar las estrategias de parto humanizado representa el hecho de “...visibilizar necesidades de una mujer en estado de vulnerabilidad...” (Mujer, 31 años, MD) y que el proceso de parto “...Es un proceso natural, no una enfermedad...” (Mujer, 39 años, MD), por lo tanto el que la paciente desease un acompañante o varios, o inclusive su deseo de estar sola durante su proceso institucional debía ser respetado.

Sin embargo, en algunos momentos se evidenciaron percepciones negativas hacia la presencia de familiares, ya que se piensa que generan cambios comportamentales en las pacientes que hacen que el profesional exprese frases como que las pacientes puedan llegar a “...hacerse las sufridas delante del esposo...” (Mujer, 50 años, MD) y generar un mal vínculo entre ellos y el personal de salud, por la creencia equívoca del paciente o familiar de que el médico que toma las conductas, pueda llegar a querer generar sufrimiento, dolor, o malas experiencias a las pacientes, si no se tiene una información o educación adecuada.

Dentro del grupo de profesionales de enfermería, llama la atención que al ser todas del género femenino, destacan mucho la importancia de la figura masculina en el acompañamiento a la gestante, como participante durante el cuidado prenatal, intraparto y postparto, y lo expresan como que “...la maternidad también está a cargo del hombre...” (Mujer, 49 años, EF), idea que podría ser beneficiosa para la inclusión de las parejas en la etapa del nacimiento, lo cual fortalecería el núcleo familiar..

Experiencias

Bastantes experiencias positivas, incluso mucho más que las negativas, algunas reconfortantes hacia el profesional, otras que generaban miedo, angustia y negatividad hacia el acompañamiento a la gestante, sin embargo al final de todas ellas, el profesional comentaba que no habían generado cambio en su conducta respecto al permitir o no el ingreso a familiares.

“Las mujeres son sujetas de ese derecho, es decir, usted tiene derecho a que la acompañen, a que la respalden. El que yo no esté de acuerdo, o que yo no esté de acuerdo con la concepción actual de acompañamiento de las instituciones, ya es un problema mío; yo no estoy de acuerdo con que un familiar -no entrenado- entre a la atención de parto, ni a la inducción de trabajo de parto... permitiendo la entrada libre a familiares, sin ningún vínculo con las gestantes y con el embarazo, sino que fortuitamente llegaron ahí” (Mujer, 31 años, MD).

Unas de las experiencias negativas al respecto están relacionadas con la categoría emergente de la educación. La mayoría de ginecólogos refieren que el éxito en la relación médico paciente- familiar se ve sujeta a la claridad de la información que se les otorga previo al ingreso de sala de partos y la comprensión que tengan ellos de que en cualquier momento, pueda surgir algún desenlace inesperado, negativo o complicación.

“Si, la mayoría de las experiencias negativas se presentan básicamente porque el paciente desconoce lo que va suceder o desconoce cómo van a ser los procesos que va a sobrellevar con su familiar. Cuando el paciente desconoce ciertas cosas y ve que están haciendo algo puede tornarse agresivo... por qué le hacen eso a mi paciente, por qué le hacen eso a mi bebé; pero básicamente muchas de esas experiencias negativas son por desconocimiento y falta de información, por eso es importante en los

cursos psicoprofilácticos, no tanto que se les exija que tenga el curso, pero sí que tenga un acompañamiento donde se brinda información, que es lo normal y lo anormal, y la información solo se logra si se le permite el acompañamiento en todos los procesos” (Hombre, 38 años, MD).

Y es de esperarse que en la UMHES calle 80, siendo una institución de la red pública, y por tanto desarrollándose la atención de población principalmente de estratos bajos o migrantes, se haya percibido por parte de los médicos profesionales el escaso acceso de controles prenatales. Sin embargo, a pesar de ello, es llamativa la afirmación de diferentes profesionales que trabajan en otras instituciones públicas. quienes indican que sin importar el adecuado acceso a servicios de salud, esto no se ve reflejado en el ingreso a familiares y se esté de acuerdo y a gusto por parte del personal de salud con esta conducta.

“muchas instituciones en condiciones menores que las que uno tiene acá, brindan toda la experiencia de parto humanizado con toda la calidad y calidez que requiere la paciente y el familiar””(Hombre, 38 años, MD)

Categorías emergentes del estudio cualitativo

Se evidenciaron dentro del análisis de las preguntas, y dentro de cada sección de las mismas definida previamente, múltiples categorías emergentes que se mostrarán a continuación:

Educación

Ésta se refiere a la dificultad o ausencia de información y/o capacitación verídica y suficiente acerca del tema de parto humanizado y de acompañamiento a la gestante tanto para el profesional de la salud, como para el acompañante.

Los profesionales entrevistados manifestaron falta de capacitación, respecto a las prácticas de parto humanizado en contexto propio de su sala de partos en particular, y la baja presencia de familiares durante controles prenatales y escasa realización de cursos psicoprofilácticos, por lo cual este tema constituye un eslabón en la cadena de barreras que se enfrenta al acompañamiento a la gestante.

“Yo creería que sí deberíamos afianzar más en los conocimientos para las auxiliares, para nosotras las enfermeras, con las innovaciones que hay para el parto humanizado. Sí, porque muchas sabemos que hay que hacer la respiración, que hay que hacer la relajación, pero pues no nos han dicho como tal: Mira esto se hace así, la paciente se maneja así, ¿sí? Entonces ¿cómo?, ¿cómo?, no sé; cómo un curso adecuado para entrenar a las personas para que hagan eso” (Mujer, 49 años, EF).

La mayoría de profesionales argumenta que los acompañantes desconocen qué comportamiento o actitudes tomar frente a la paciente embarazada, en trabajo de parto o durante su estancia en sala de partos, y mucho menos frente a manejos médicos y conductas que se desprenden de las posibles complicaciones secundarias a la gestación. Es por ello que se refleja la necesidad por ambas partes de una capacitación o por lo menos la presencia de información previo ingreso a sala de partos.

“Podrían ser varias personas, las cuales también deben estar incluidas en el proceso del embarazo; o sea, que no solamente lleguen a ese momento y ya si no que ellas también estén metidas en todo el proceso del embarazo del control prenatal para que todas entiendan cuál es la idea del trabajo de parto, del plan de parto, a que se están ateniendo y que es lo que la paciente quiere que los acompañantes hagan por ella” (Mujer, 39 años, MD).

Una adecuada capacitación para explicar las posibles complicaciones que se pueden dar durante el trabajo de parto y el parto, y sobretodo la realización de cursos psicoprofilácticos es el *ideal común* de los profesionales, sin embargo la mayoría de los profesionales, no se valen de la realización del mismo como una exigencia para el ingreso a familiares durante el trabajo de parto, así expresen su importancia y estén de acuerdo con que se haga, ya que la exigencia en sí de este aspecto *-se convertiría en una barrera-* en la atención en salud.

“El acompañamiento a la embarazada se incluye en la institución, pero para el médico es muy importante el curso. Yo no lo exijo. Pero si no hay curso, hay que explicarle a la madre y a la pareja cosas como el parto instrumentado, las posibles complicaciones” (Hombre, 66 años, MD).

Beneficios teóricos

Describe aquellos resultados positivos que se desprenden de la implementación del acompañamiento a la gestante en su proceso de parto.

Los beneficios identificados por los profesionales fueron muchos: disminución del nivel de estrés y requerimiento de analgesia por parte de la gestante, sensación de seguridad, tranquilidad, menor nivel de ansiedad, mayor concesión de autonomía a la gestante, mayor tasa de parto vaginal; incluso se argumentó acortamiento del trabajo de parto, fortalecimiento del vínculo familiar (madre, hijo y acompañante) y fortalecimiento del vínculo médico, varios de estos encontrados dentro de la literatura con evidencia que los soporta.

Recompensa intrínseca

Se refiere a la sensación de plenitud o agradecimiento por parte de los profesionales de la salud, que se desprende de la empatía con los pacientes y acompañantes, además el que es generado secundariamente a la aplicación de buenas prácticas en salud.

También es cierto que la sensación de gratitud por parte de las gestantes y familiares es más que todo expresada por el personal de enfermería, quienes indican frases positivas como la de que este tipo de experiencias “*nos recargan de buena energía*” o el hecho de que “*nos llena de buena emoción*” (Mujer, 48 años, EF); o por ejemplo:

“Es indescriptible, es realmente muy, muy bonito es algo que le llena a uno de mucha emoción, de mucha satisfacción y ojalá pudiéramos tener nuestras puertas abiertas todo el tiempo para el acompañamiento” (Mujer, 48 años, EF).

Generando así una nueva motivación por lo que se evidencia lo que podría ser una mayor empatía por parte estos profesionales, sin demeritar el hecho de que los comentarios de los especialistas estaban mucho más encaminados a disminuir desenlaces negativos propios del proceso de trabajo de parto.

Situación socioeconómica

Constituye el análisis por parte del profesional de salud acerca de las barreras de acceso a servicios de salud y categorización de la paciente y familiares dentro de los respectivos regímenes de salud, además de tratar sobre la problemática de la población migrante y la dificultad económica de las pacientes.

La atención de población de escasos recursos, pacientes migrantes o en estado de indefensión por edad u otros factores asociados es más difícil tanto en el acceso a los servicios de salud como para adherencia a las indicaciones dadas. Y justamente por ello, el tipo de población que se maneja en la red hospitalaria pública hace que se presente una menor posibilidad de seguimiento adecuado de la gestación y por tanto no sea posible crear en muchos casos esa aprehensión que se quiere del embarazo por parte de los padres, y mucho menos de otros familiares.

Finalmente, otro aspecto caracterizado dentro de esta categoría es que, ya que los escasos recursos económicos de algunas de las familias atendidas, y el requerimiento por parte de la institución de que el acompañante que ingresa debe traer consigo sus elementos de protección personal, se constituye otro factor en contra del acompañamiento, puesto que algunos prefieren no hacerlo por falta de dinero para poder comprarlos.

Personal y recursos idóneos

Surge del concepto que tiene el profesional acerca de la disposición de personal humano apto y suficiente para desarrollar prácticas referentes al parto humanizado, además de la facultad propia de la institución de otorgar materiales como elementos de protección personal, sillas, y demás herramientas, para permitir el ingreso al acompañante a cada uno de los trabajos de parto y partos respectivamente.

Respecto a personal idóneo, es un concepto que se ve principalmente reflejado hacia el personal de enfermería, expresando que el volumen de pacientes atendidas llega a ser tan grande, que las enfermeras y auxiliares (e incluso los médicos) que se encuentran de turno, no dan abasto. Para el desarrollo idóneo del

parto humanizado, debe tenerse el tiempo suficiente para afianzar el vínculo médico/enfermera- paciente, y así conseguir una mejor oportunidad de información y de atención hospitalaria, vínculo que en ocasiones no es posible establecerlo por carga laboral y pasa a segundo plano.

Hablando de recursos tangibles, técnicos y tecnológicos, se explica por parte de los profesionales que no se cuenta con la cantidad de insumos necesarios, por ejemplo monitores fetales, elementos de protección personal para familiares, sillas o muebles cómodos, lockers, entre otros, motivo por el cual se dificulta la atención de acompañantes de manera continua en el trabajo de parto y puerperio, lo que hace que la mayoría de visitas sean de pie; además de obstaculizar otras herramientas como la administración de analgesia epidural.

“Sería muy bueno que de pronto nos dieran esos implementos y que nos dieran una persona exclusiva para hacer eso; una auxiliar, por ejemplo una jefe; bueno no sé; yo sé que el personal aquí es, muy difícil de conseguir, pero sería bueno una persona que estuviera pendiente de eso porque aquí tenemos muchas actividades, entonces si uno se dedica a eso de ahí, no hace otras actividades” (Mujer, 49 años, EF).

Vulnerabilidad

Agrupación de rasgos de miedo o angustia expresados por parte del profesional acerca de posibles actuaciones legales o negativas que puedan presentar los acompañantes frente a las conductas médicas tomadas.

Categoría que también está asociada a la de educación. Se percibe principalmente por parte de especialistas el hecho de que el familiar, al ver al actuar médico, crea que se *“está obrando mal”* dada la escasa comprensión de la información otorgada ante ciertas conductas médicas, poniendo en riesgo el

bienestar del profesional, y generando miedo, predisposición y discomfort ante la presencia de personas ajenas al área de la salud.

Una experiencia relatada por nuestros participantes, impactante y muy común fue la siguiente:

“Una vez tuvimos una señora en expulsivo prolongado, y la pasamos a la sala de partos. Llegando a la sala de partos, estando en posición de litotomía ingresa el familiar, y la señora había sido una señora que había tenido durante toda la atención del parto, vigilancia clínica; había sido perfecta... posteriormente la señora, nace el bebe y arranca a convulsionar... ¡eclampsia en el puerperio!... entonces, pues todo lo angustiante que puede ser tener una paciente eclámptica y todo lo que uno puede hacer con una paciente eclámptica: hay que manejar la vía aérea, suministrar sulfato... en fin. El familiar dijo que la ginecóloga había - dejado morir a la señora- , que había sido un mal manejo, que todo lo que la había pasado había sido culpa de nosotros, que ella como era posible que hubiera convulsionado, porque el tipo presencié las convulsiones; todo iba bien... estaba perfecto, la señora convulsionó. Tuve que contestar una queja formal de ese familiar. Una queja que, o sea, que le puedo contestar a una persona que convulsiona y todo el mundo revisó los registros y perfecto, ¿sí me entiendes?... entonces fue de las peores experiencias que me han pasado” (Mujer, 30 años, MD).

Actitud

Se describe como la disposición que demuestra el profesional de salud frente al desarrollo de actividades de parto humanizado y con mayor especificidad al deseo o rechazo del acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.

Este concepto fue referido de manera **impersonal** por muchos de los participantes, es decir, se expresó por la persona entrevistada que falta *“actitud de validación y respeto del profesional de salud ante la paciente y sus necesidades”* (Hombre, 57 años, MD) o *“falta de actitud positiva frente al evento del parto humanizado por parte de los profesionales de salud -sensación de que los familiares nos estorban-”* (Mujer, 39 años, MD), o inclusive *“sentirse cansados y no querer responder preguntas”* (Hombre, 54 años, MD)... son cosas que describen los profesionales, pero que en sí, no se busca la introspección de las mismas por el pensamiento de ser un problema ajeno... un problema del colega o del otro y por tanto no se logra mejorar de manera individual, creando una de las mayores barreras encontradas y que posteriormente se analizará: **“... La barrera es más la actitud del profesional...”** (Mujer, 48 años, EF).

“El concepto de parto humanizado no se adquiere de la noche a la mañana, ni se adquiere mediante leyes ni mediante cursos, el concepto de parto humanizado forma parte de un todo que se adquiere desde la educación de la familia, desde la actitud que se tenga en la facultad de medicina, desde la actitud que se vea que tienen sus maestros y docentes, quizás son los más responsables de que el estudiante residente adquiera las habilidades de un parto humanizado, tener en cuenta las facultades de medicina no es solo para sacar doctores sino para sacar gente, señores, damas humanizadas, eso no se enseña con palabras sino con actitud que se tenga por parte del docente” (Hombre, 57 años, MD).

“... Los médicos más antiguos, tenemos ciertos paradigmas que nos han impedido, un poco, aceptar bien el acompañamiento y prácticamente el acompañamiento se está dando solo en el parto y por algunos momentos, pero no como debería ser durante todo el trabajo de parto” (Hombre, 53 años, MD).

2.2.2. Análisis de facilitadores y barreras

En la **Tabla 3**, se puede evidenciar los principales facilitadores y barreras que se pudieron identificar mediante las categorías expuestas anteriormente, los cuales fueron comunes a la mayoría de entrevistas.

Tabla 3. Facilitadores y barreras para la implementación del acompañamiento en la gestante

FACILITADORES
<ul style="list-style-type: none">• <i>Percepción general de los profesionales de que si hay promoción por parte de la institución del acompañamiento a la gestante</i>• <i>Normatividad - El acompañamiento a la gestante es permitido por la institución</i>• <i>Seguimiento a partos humanizados por medio de bitácora de enfermería</i>• <i>Respeto a creencias y cultura de la mujer embarazada</i>• <i>Experiencias positivas de los profesionales</i>• <i>Conocimiento de profesionales a cerca de beneficios del acompañamiento</i>
BARRERAS
<ul style="list-style-type: none">• <i>Ausencia o baja capacitación e información a acompañantes</i>• <i>Baja capacitación a personal de salud</i>• <i>Falta de infraestructura adecuada</i>• <i>Falta de personal y recursos idóneos</i>• <i>Ausencia de analgesia</i>• <i>Tipo de aseguramiento. Estrato socioeconómico bajo</i>• <i>Falla de comunicación profesional de salud- paciente/acompañante</i>• <i>Acompañamiento durante el parto y visitas durante el trabajo de parto por horario y según disponibilidad</i>• <i>Ausencia de acompañamiento durante puerperio inmediato</i>• <i>No posibilidad de privacidad</i>• <i>Actitud de profesionales, no disposición y paradigmas establecidos</i>

Se evidencia que hay una diferencia marcada entre la cantidad de barreras y facilitadores siendo significativamente mayor el de las barreras encontradas entre las percepciones de todos los profesionales en salud para la implementación del acompañamiento, concorde a las categorías a priori expuestas y lo hallado en la literatura.

3. DISCUSIÓN

El presente estudio, buscó identificar los principales facilitadores y barreras para la implementación del acompañamiento a la gestante dentro de la intervención de parto humanizado, lo que condujo a realizar una entrevista a los directamente involucrados en este proceso: Ginecólogos y enfermeras profesionales quienes mediante su percepción y explorando desde sus experiencias, brindaron respuesta a los interrogantes en el estudio y así mismo la explicación en la toma de decisiones dentro de la sala de partos en la UHMES Engativá calle 80.

Es reconocido por los profesionales, que dentro del desarrollo de la normativa de la institución, se promueve el acompañamiento a las gestantes; sin embargo, durante la práctica, y como se evidenció dentro de las categorías anteriormente definidas, factores como la infraestructura y la falta de recursos y personal

capacitado son unos de los principales factores determinantes para su pobre implementación.

Infraestructura, recursos y personal idóneo

- *Barreras*

La totalidad de los profesionales manifiesta la falta de infraestructura pertinente para este tipo de actividad, razón principal por la que se permite el ingreso al familiar únicamente en el período expulsivo así como las visitas en horarios específicos. Comentarios como falta de espacio entre paciente y paciente, ausencia de privacidad, no tener un lugar confortable donde ubicar al familiar y sus pertenencias personales fueron un hallazgo común en cada una de las entrevistas.

Así mismo la falta de monitores y la posibilidad de analgesia adecuada, fueron barreras indirectas que los profesionales identificaron ante la negativa del acompañamiento continuo. Se expresaron diferentes opciones factibles en la institución para solucionar estos inconvenientes, como lo es la implementación de cortinas o divisiones delgadas, aporte de sillas y lockers dentro de la sala de partos, que implican un impacto económico menor, además de personal de enfermería específico encargado para el manejo exclusivo de las estrategias de parto humanizado y así poder solventar la sobrecarga asistencial de auxiliares y médicos.

Hallazgos similares fueron resultados del estudio realizado por Roxana Behruzi en el 2010 con hospitales de primer y cuarto nivel en Japón (11) y en Tanzania (17) donde al compartir la sala de parto con 4 o 6 mujeres las pacientes y acompañantes no tenían el espacio ni la privacidad adecuada y se declaró como una limitación importante para sus profesionales en la aceptación del

acompañamiento en el parto humanizado versus instituciones que tenían habitaciones privadas donde se brindaba comodidad a la paciente y acompañante.

La presencia de doulas, fue tema tratado por uno de los entrevistados, mencionando que su figura dentro de las salas de parto institucionales, puede contribuir con el cumplimiento al acompañamiento a gestantes, ya se que se cree que éste podría darse por medio de esta figura o por medio de familiares, lo cual nos parece un aspecto a estudio muy importante, encontrándose en estudios relacionados (11, 17) la necesidad de dichas doulas para suplir adecuadamente la demanda en la sala de partos, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico de la UMHES Engativá calle 80.

Educación y normatividad

- *Facilitadores*

La mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo en que el acompañamiento a la gestante es cumplido dentro de la institución, argumentando que la opción del mismo se da al momento del ingreso de la paciente, es llevado a cabo si la paciente así lo desea, únicamente durante el período expulsivo.

- *Barreras*

Éste pensamiento común es el infundado a partir del ajuste secundario a las barreras propias de la sala de partos en mención, lo cual se refleja en un sesgo de interpretación a la norma donde el acompañamiento debe ser idealmente durante todo el trabajo de parto; y cubre la probable falta de información suficiente y veraz, acerca de estrategias de parto humanizado y principalmente de acompañamiento a la gestante.

No solamente se trata del personal de salud cuando de la capacitación hacemos referencia, para un adecuado acompañamiento también es necesario la educación al familiar y a la paciente frente al comportamiento durante el trabajo de parto y en una sala de partos. Reflexiones como “...*Fortalecer el respeto al paciente, no solo educar al familiar si no al personal y dejar de crear barreras propias y tratar de buscar soluciones para que se brinde la atención del parto humanizado...*” (Hombre, 38 años, MD) son unas de las frases más llamativas de nuestros participantes, ya que refleja uno de los problemas más grandes relacionados con la implementación formal del acompañamiento que asocia algunas de las categorías emergentes durante nuestro estudio: educación, vulnerabilidad y actitud.

La educación es un punto vital en este estudio ya que no solo se ve reflejado en lo hallado en esta institución, un artículo publicado en la revista colombiana de Obstetricia y ginecología en el 2017 (12), enfatiza en la falta de capacitación sobre humanización en los profesionales de salud lo que conduce a una mala comunicación, interpretación y actuación dentro de la sala de partos en lo que al acompañamiento concierne.

Vulnerabilidad

- *Barreras*

La actitud de discomfort que demuestran algunos de los participantes respecto a la presencia de familiares durante todo el desarrollo de su ejercicio médico, además de los riesgos ante los que se ven expuestos debido a la falta de comprensión de las patologías posibles durante el trabajo de parto por parte del acompañante;, pueden llegar a ser barreras mayores dentro de el desarrollo de las estrategias de parto humanizado en países de escasos recursos y menor desarrollo económico, como lo es Colombia, concordante con la reflexión que realiza Flor de María

Cáceres en el 2017 (12) ante la afectación de conductas del profesional ante posibles demandas legales en caso de una desenlace no deseado.

- *Facilitadores*

La mayoría de los entrevistados indica que se debería buscar un mejor seguimiento a la población gestante del hospital generando diferentes herramientas para que tengan un conocimiento más amplio de su estado de gestación y así mismo lo transmitan a todos sus familiares, orientando acerca de posibles complicaciones y evitando conflictos en el quehacer médico, incluso, sin ser obligatorio la realización de un curso psicoprofiláctico, sino haciendo de cualquier momento de consulta de la gestante, un momento facilitador de información; considerándose así, la educación como un facilitador para la adecuada implementación.

Situación socioeconómica

- *Barreras*

Se realiza hincapié en la relación entre el tipo de aseguramiento de la población de pacientes manejadas en la institución, con la educación que reciben durante todo el embarazo, generando negativa ante el ingreso del familiar por no tener formación adecuada o capacidad económica para conseguir elementos de protección personal.

Los profesionales que trabajan en otras instituciones públicas realizan un paralelo entre el acompañamiento de una paciente que ha cumplido su control al igual que su pareja, versus las pacientes migrantes que llegan sin ningún tipo de información; e incluso no solo nuestros participantes sino diferentes estudios

nacionales (12) e internacionales (6) describen cómo el nivel socioeconómico marca inequidad en la atención de la mujer gestante por limitaciones económicas.

Argumentos como que los familiares “...obstaculizan el trabajo de personal de salud dado que no saben cómo comportarse o actuar” (Mujer, 41 años, MD), y la creencia de que se pueden generar conflictos y tensión con personal de salud debido a que pueden pensar que se “está obrando mal” (Mujer, 41 años, MD); son ideas resonantes dentro de algunos relatos de los profesionales.

Actitud

- *Facilitadores*

La actitud de entrega, de interés y de empatía del personal de salud hacia los acompañantes también fue un factor determinante. Se evidenció durante las entrevistas que los profesionales egresados recientemente presentaban una mayor interés en el tema; incluso algunos hacen uso de herramientas de tecnología como instagram o facebook, donde se logran enriquecer de posibles nuevas estrategias para el desarrollo de un parto humanizado.

- *Barreras*

Algunos de los profesionales refieren que entre mayor experiencia, mayor resistencia al cambio, y esta ha sido una de las mayores barreras identificadas por los participantes. El no deseo de resolver dudas de las pacientes frente a los acompañantes, o el sentirse vigilados mientras realizan sus labores, fueron comentarios muy importantes para entender la no implementación del acompañamiento.

“... El uniforme tiene solución, las polainas tienen solución, el lavado de manos tiene solución... pero a veces somos nosotros mismos los mayores obstáculos frente a la humanización...” (Mujer, 48 años, EF).

“Cuando uno lee el tema de parto humanizado, se da cuenta muchas veces los límites los pone uno, el personal como tal, y uno se crea los contras en vez de los pro” (Hombre, 38 años, MD).

Cultura

- *Facilitadores*

El trasfondo cultural y social de cada paciente es igual de importante que el diagnóstico y tratamiento de una patología, para lograr una adecuada atención en salud. Como vimos anteriormente, el hecho de que los profesionales reconozcan que el embarazo y el nacimiento no son enfermedades sino procesos fisiológicos, ayuda a la implementación de herramientas sociales en sala de partos. En el estudio realizado en el 2010 incluidos hospitales de primer y cuarto nivel (11), se evidenció como facilitador las creencias, costumbres y valores de cada mujer embarazada para llevar a cabo el nacimiento con la menor medicalización posible incluyendo su familiar como acompañante.

El valor de la pareja o de la figura masculina fue rescatada por nuestros participantes, destacando la importancia de una mayor inclusión de éste en el proceso institucional del parto.

- *Barreras*

Se reconoce el valor social que implica el dolor de parto, y por ello la negativa de acompañamiento ante la dificultad de la analgesia óptima. El pensamiento de algunos profesionales, es que hay una creencia en general de que asistir a un hospital genera sufrimiento y dolor, y el hecho de que el médico dirija un trabajo de

parto, aliente al parto vaginal y no a la cesárea y haga pasar a la paciente por ese dolor (sin posibilidad de analgesia óptima), refuerza esta creencia.

Experiencias

- **Facilitadores**

Fueron más las experiencias positivas tanto personales como en el ambiente laboral, todos se mostraron receptivos y la gran mayoría tuvo experiencias personales que describen al acompañamiento como un estimulador del vínculo con el nuevo integrante de la familia y también con el trabajador de la salud.

- *Barreras*

Una de las experiencias negativas y sobresalientes presentado en nuestro texto, narra una complicación propia de la gestación, que no es desencadenada por factores que se pudieran prevenir, y que al parecer podría traducirse en comportamientos exagerados por parte de familiares que ante la poca comprensión de la información, la visita corta a la gestante, el ingreso simplemente al periodo expulsivo, no tienen la oportunidad de observar todo el seguimiento y manejo que se realiza a la gestante, lo cual promueve a que lleguen desubicados, desinformados, y demandantes a un periodo del proceso de parto verdaderamente crítico y con alto riesgo de complicaciones imprevisibles; por lo que se rescata nuevamente la importancia del acompañamiento permanente.

Beneficios y recompensa intrínseca

- *Facilitadores*

El beneficio de la información, del vínculo médico- paciente/familiar, junto con los otros muchos que son soportados por la evidencia, fueron referidos por nuestros

participantes. Incluso fue reconocido el hecho de permitir la retroalimentación positiva para nuestros profesionales cuando se logra un vínculo adecuado.

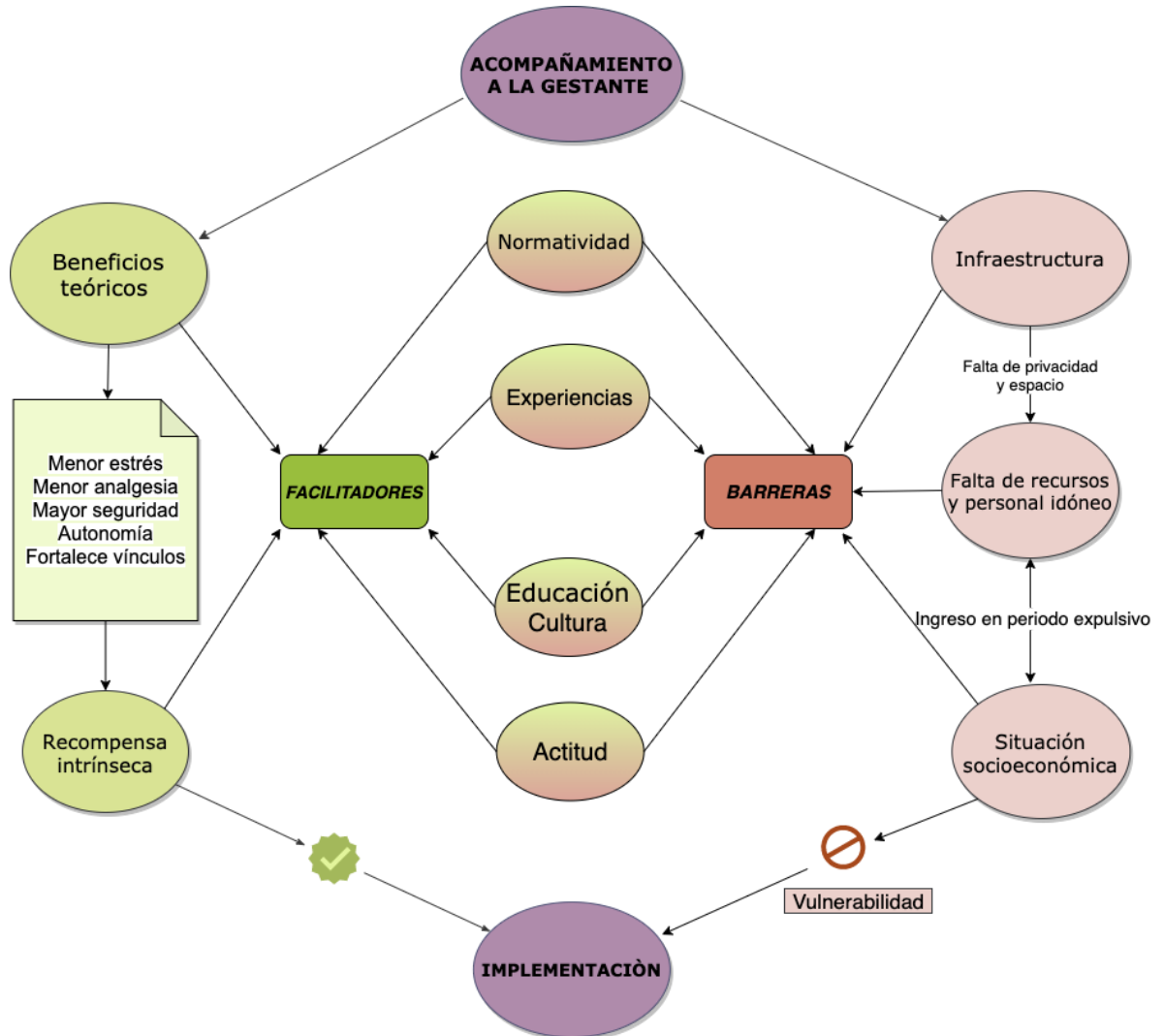
Así exista la compañía compasiva permanente del personal de salud, la experiencia en diferentes estudios varía y no es tan satisfactoria como la de aquella mujer que tiene apoyo familiar, por el que los beneficios obtenidos incluirían: disminución de niveles de estrés, disminución del sentimiento de baja autoestima, soledad y episodios de ansiedad cuando se encuentra en un ambiente familiar o con el apoyo emocional por la persona deseada y no por un desconocido (16).

El enfoque del personal de enfermería favoreció una mayor interacción con los pacientes, además tiene amplia información en otros procesos como humanización, seguridad del paciente entre otros, muy probablemente debido a que pasan mayor tiempo con ellos.

Y a pesar de que el acompañamiento en el momento, no se encuentre suficientemente implementado en esta sala de partos, durante la realización de las entrevistas, se evidenció bastante gratitud por parte de los acompañantes, los cuales por medio de una bitácora escrita llevada por el personal de enfermería, expresaban libremente la felicidad que representa el haber sido tenidos en cuenta en este proceso.

Así pues, a partir de las categorías explicadas anteriormente y de los hallazgos adicionales dentro del análisis consecuentemente en todos los especialistas se identificó que hay tópicos que se pueden comportar tanto como facilitadores o como barreras y que tienen estrecha relación unos con otros para optar por la implementación o no del acompañamiento como se evidencia en la **Figura 1**.

Figura 1. Correlación gráfica de los diversos facilitadores y barreras del acompañamiento a la gestante durante el trabajo de parto.



Adicionalmente las siguientes figuras evidencian las palabras que se repitieron con mayor frecuencia entre los entrevistados. Por un lado en el **Figura 2** se evidencia aquellas palabras llamativas en las respuestas de los obstetras y en la **Figura 3**, aquellas rescatadas de discursos de profesionales de enfermería, todas ellas enmarcan las emociones y conceptos que se construyen alrededor del acompañamiento, por ejemplo la empatía como punto fundamental en el servicio

de enfermería, respaldado con frases como *“Somos humanos, yo te felicito, yo te acojo, yo me relaciono contigo; porque estás teniendo un bebe y te apoyo en este momento que puede ser difícil para ti...”* interacción directa y transformación de un momento difícil en algo ameno y memorable.

Por otro lado los ginecólogos hablan de respeto frente a la paciente dando el paso a su autonomía y a su participación activa en este proceso fisiológico del parto admitiendo que la paciencia y la aceptación de los tiempos en cada momento del trabajo de parto son fundamentales para llevar un proceso adecuado, surgiendo el acompañamiento como una línea de comunicación directa entre la paciente y el médico, disminuyendo el sentimiento de angustia dentro de la sala de partos. En un estudio realizado por Lilian T. Mselle en el 2018 (17), recalcan como facilitador al acompañamiento durante del parto: la autonomía y toma de decisiones por parte de la materna, siempre y cuando sean pertinentes iniciando por definir si desean acompañante o no, identificándose como parte del equipo de atención médica y no como un objeto más en el hospital.

Figura 2. Palabras más frecuentemente utilizadas por los especialistas en Obstetricia.



Figura 3. Palabras más frecuentemente utilizadas por los profesionales de enfermería.



CONCLUSIONES

En este estudio se obtuvo información sobre las percepciones de los ginecólogos y enfermeras profesionales referente al acompañamiento de la gestante durante el trabajo de parto, identificándose los facilitadores y barreras de su implementación en la sala de partos de la UMHES Engativá calle 80.

Se identificaron múltiples barreras dentro de la mayoría de categorías estudiadas: infraestructura, normatividad, cultura, experiencias, educación, tipo de aseguramiento, personal y recursos idóneos, sensación de vulnerabilidad y actitud; mientras que dentro de los facilitadores, se reconoce que la institución promueve y permite el acompañamiento a la gestante dentro de su plan de atención del parto, y son conocidos sus múltiples beneficios, lo que ha permitido que los profesionales, aunque han tenido experiencias negativas, éstas no influyan en la implementación al acompañamiento, expresando sensación de gratitud por parte de los acompañantes.

Tanto las categorías a priori como las emergentes reflejan algunas barreras que una vez identificadas se pueden cambiar y modificar para generar facilitadores y lograr una adecuada implementación del acompañamiento incluido en la atención humanizada del parto, tal cual se reflejó en literatura citada a lo largo del presente estudio.

Se encontraron diferencias entre los discursos de los dos tipos de profesionales entrevistados: por parte de las enfermeras, mayor demostración de empatía hacia las gestantes y acompañantes, mayor acercamiento debido a su interacción en todas las fases de parto, parto y durante el postparto con la puerpera y el recién nacido; y por parte de ginecólogos mayor declaración de respeto y deseo de aplicabilidad de la norma.

Se evidencia que la mayoría de participantes tanto ginecólogos como enfermeras profesionales no tenían claro el concepto de acompañamiento o sus características, de lo cual son conscientes e indicaron la necesidad de una capacitación adecuada del tema para poderlo implementar.

Detalles como la mejor interacción paciente - acompañante - médico, donde se priorice la comunicación y la educación a cada una de las partes, aceptando la autonomía de la paciente y entendiendo el actuar médico en cada decisión, cambios mínimos en la infraestructura sin un costo adicional, generar una adaptación ante la cultura de la paciente y el tipo de población, son factores fundamentales para poder lograr la implementación del acompañamiento.

En la actualidad no se debería enfocar solamente la formación de médicos y enfermeras para responder a un determinado volumen de pacientes, ni tampoco de ver a cada persona como un número más, se debería hacer mayor enfoque en ver las pacientes como madres, hermanas, hijas, que hacen parte de una esfera con un alto valor social, demostrando así que la parte social de los procesos médicos sigue siendo pilar de la atención en salud y nos define como seres humanos compasivos por el prójimo.

RECOMENDACIONES

- Adecuar la sala de partos por medio de recursos físicos que permitan una mejor privacidad de las pacientes (mejorar disposición y estado de cortinas, uso de divisiones delgadas fijas o biombos entre camillas).
- Permitir el ingreso de algunos elementos personales que permitan la personalización del sitio de trabajo de parto con el fin de continuar la conexión sentimental con familiares.
- Permitir el desarrollo de trabajo de parto de fase latente en las habitaciones de hospitalización, además de la observación de pacientes no obstétricas en esta zona, con el fin de destacar la capacidad de sala de partos y poder permitir ingreso permanente a familiares.

- Realizar capacitaciones periódicas de profesionales de salud y de todo el personal que labora dentro de la sala de partos, para permitir el desarrollo de estrategias de parto humanizado. Incluir personas especializadas en el Parto humanizado, con énfasis en acompañamiento a la gestante, con el fin de obtener más ideas para su implementación y adecuarlas según el contexto de la UMHES Engativá.
- Abogar por el ingreso permanente de acompañantes, sin horario de visita estricto.
- Implementar en la UMHES Engativá calle 80 de Plan de parto, con el fin de involucrar a familiares, dar educación a ambos durante control prenatal, y establecer herramientas posibles a realizar dentro del trabajo de parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ma B, Bo B, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. 2019;(3).
2. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(2):97.
3. Secretaria Distrital de Salud. Lineamiento de nacimiento humanizado en Bogotá, D.C. 2015;1–24.
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. 23.ª ed. 2020.
5. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico TT - Humanizing childbirth care: brief theoretical framework TT - Humanización en la atención a nacimientos y partos:

breve referencial teórico. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2009;13:595–602. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/en_a11v13s1.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf

6. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
7. Cardús i Font L. Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. Dilemata. 2015;(18):129–45.
8. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, de Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. The evolution of birth medicalisation: A systematic review. Midwifery [Internet]. 2018;66:161–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
9. Damas LB, Machado RS, Hernández RD, Pérez AS. Revista Cubana de Obstetricia y El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer Humanized Childbirth: Vital Need for Comprehensive Care of Women. 2019;3(2018):1–15.
10. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN do, Mesquita NS de. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2014;18(2):262–9.
11. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, li M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. BMC

Pregnancy Childbirth. 2010;10.

12. de Maria Caceres-Manrique F, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017;68(2):128–34.
13. Botell ML, Bermúdez MR. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2012;38(1):134–45.
14. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labor for women without epidural analgesia (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(5):5–8.
15. Herrera Gómez PJ, Medina PA. Los problemas de la analgesia obstétrica. *Rev Colomb Anesthesiol.* 2014;42(1):37–9.
16. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(7).
17. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: Findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians Prof. Suellen Miller. *Reprod Health.* 2018;15(1):1–10.
18. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Womens Health* [Internet]. 2011;11(1):53. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/53>
19. Guerrero-Castañeda RF, Lenise Do Prado M, Silveira Kempfer S, Ojeda Vargas MG. Momentos del proyecto de investigación

fenomenológica en enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2017;26(1):67–71. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100015

20. Denzin N, Lincoln Y. *The SAGE handbook of qualitative research*. Los Angeles: SAGE. 2018
21. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2014 (6).
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349–57.