

La importancia del acompañamiento durante el parto

Natalia Barrio Forné

Segundo premio de Investigación Enfermera
"D. Ángel Andía Leza"2024
del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza

RESUMEN

Introducción: El embarazo es un momento de especial vulnerabilidad donde se experimentan sentimientos de miedo e incertidumbre. El acompañamiento es un elemento clave para la satisfacción del parto y vivencia positiva.

Objetivo: Analizar la influencia de la edad, nacionalidad, etnia, lugar de residencia, paridad, edad gestacional y duración de la dilatación y expulsivo con la presencia de acompañamiento y la figura que lo ejerce.

Metodología: Se realizó un estudio observacional analítico correlacional en gestantes de bajo riesgo de entre 28 y 41 semanas, que estuvieran ingresadas y dieran su consentimiento para participar en la investigación.

Resultados: La edad, nacionalidad, etnia, edad gestacional, paridad y duración de las fase activa y expulsivo se asociaron significativamente con la presencia de acompañamiento. La persona que ejerció dicha función estaba relacionada con el lugar de residencia de la gestante.

Discusión: Las gestantes eligen con mayor frecuencia a la pareja como acompañante durante el parto. El desconocimiento puede potenciarse en aquellas que viven en un entorno rural y son de nacionalidad y etnia diferente al país local, lo que puede suponer una falta de apoyo social durante el parto. Las primíparas solicitaban más frecuentemente acompañamiento debido al miedo al parto.

Conclusiones: La inseguridad e incertidumbre del parto pueden paliarse a través del acompañamiento. La edad avanzada, la nacionalidad y etnia africanas, y la primiparidad son factores relacionados con la solicitud de este apoyo, siendo el cónyuge la persona elegida con mayor frecuencia para ejercer este papel. Es necesario captar precozmente a estas gestantes en los grupos de educación maternal para que logren una vivencia positiva del parto.

Palabras clave: Soporte social, Embarazo, Trabajo de parto, Parto humanizado, Educación prenatal.

■ INTRODUCCIÓN

El embarazo supone un momento vital de especial vulnerabilidad dados los cambios físicos, psicológicos y emocionales a los cuales está asociado (Arisukwu et al., 2021). Durante el parto se experimentan sentimientos de incertidumbre y miedo a lo desconocido, llegando a observar que el incremento de los mismos puede dar lugar a ansiedad (Hunie Asratie et al., 2021; Silesh et al., 2025) y, en consecuencia, resultados negativos en la evolución del trabajo de parto (Silesh et al., 2025).

Antiguamente, cuando los partos acontecían mayoritariamente en los domicilios, con el ambiente familiar y la cercanía que ofrece el hogar, conseguían que la gestante se sintiera más relajada durante el parto (Aguilar Cordero et al., 2013). Con el paso a los centros sanitarios y la incorporación de aspectos tecnológicos como la monitorización cardiotocográfica, la aten-

ción médica cobra más importancia y deja el apoyo materno en un segundo plano (Hunie Asratie et al., 2021).

Es por ello que los estudios más recientes han comprobado que mantener el acompañamiento en el hospital aumenta la seguridad en la paciente (Aguilar Cordero et al., 2013).

Asimismo, se ha descrito el acompañamiento como un factor importante en la calidad asistencial del parto (Gudeta et al., 2024). Muchas investigaciones lo incluyen como una atención de bajo coste y eficaz que favorece una atención al parto basada en la evidencia (Gudeta et al., 2024).

También se ha señalado el acompañamiento como un elemento clave en la satisfacción del parto de la futura madre (Aguilar Cordero et al., 2013; Gudeta et al., 2024; Silesh et al., 2025), favoreciendo así la vivencia como una experiencia positiva (Bohren et al., 2019; Hunie Asratie et al., 2021); como una herramienta para fortalecer la autonomía y toma de decisiones; e incluso como un factor protector para el desarrollo del parto

y, por lo tanto, para la consecución de resultados óptimos para la madre como para el recién nacido (Silesh et al., 2025).

Todo esto ha llevado a destacar el soporte social en el periodo de dilatación como un derecho y como un indicador imprescindible de la maternidad respetuosa (Dubey et al., 2023; Silesh et al., 2025).

Este soporte puede ejercerse tanto por un familiar como por la pareja (Aguilar Cordero et al., 2013; Arisukwu et al., 2021; Gudeta et al., 2024; Hunie Asratie et al., 2021; Silesh et al., 2025), doula u otra persona de confianza para la gestante (Gudeta et al., 2024; Silesh et al., 2025), siendo el cónyuge la figura más destacada y preferente para este papel (Arisukwu et al., 2021; Hunie Asratie et al., 2021; Silesh et al., 2025). Aunque se ha observado que el bienestar percibido por la embarazada se basará en la comodidad y libre elección por su parte (Gudeta et al., 2024).

Las funciones de la compañía durante el parto son diversas: ofrecen consuelo mediante el contacto, estimulan la movilidad, dan masajes, informan sobre la evolución del parto (Bohren et al., 2019; Gudeta et al., 2024; Hunie Asratie et al., 2021) y colaboran en la confrontación del dolor cuando sobreviene con las contracciones (Arisukwu et al., 2021; Gudeta et al., 2024; Hunie Asratie et al., 2021).

Estas actividades pueden variar en función de las costumbres culturales de la gestante. Se ha objetivado en las mujeres africanas, según el país de procedencia, la creencia de que la pareja es la persona que debe ejercer este papel y quién debe suprimir los dolores para realizar los rituales religiosos oportunos. En otras culturas de este continente opinan que deben dejar que las gestantes expresen libremente sus sentimientos o incluso, en algunos casos, no desean estar acompañadas durante el parto (Arisukwu et al., 2021).

También se debe tener en cuenta que este factor puede ir ligado a la barrera idiomática (O'Brien et al., 2024), lo que puede dar lugar a una falta de entendimiento entre la gestante y los profesionales, derivando en algunas ocasiones en una ausencia de acompañamiento durante el trabajo de parto (O'Brien et al., 2024).

El lugar de residencia puede condicionar también la solicitud de acompañamiento durante la evolución del parto. Se ha comprobado que las embarazadas que habitan en medios urbanos tienen más probabilidades de estar acompañadas, debido fundamentalmente a la facilidad de acceso en la educación y atención médica, lo que incrementa la concienciación sobre las ventajas de tener soporte social en este momento (Silesh et al., 2025).

Otras investigaciones han observado que la paridad influye en la decisión de pedir compañía durante el parto. Aquellas mujeres que daban a luz por primera vez están acompañadas

con mayor frecuencia que las gestantes que ya han tenido un hijo anteriormente (Silesh et al., 2025).

Se cree que la ansiedad e incertidumbre propia del parto aumenta en las mujeres primíparas, con lo que el acompañante ejercería un apoyo psicológico y emocional en este caso, ayudando a disminuir esta sintomatología (Silesh et al., 2025).

Además, la evidencia sugiere que la duración del trabajo de parto es menor en aquellas embarazadas que están acompañadas (Hunie Asratie et al., 2021), por lo que el tiempo de dilatación se reduce respecto a las mujeres que están solas en este periodo (Dubey et al., 2023); que incrementa las tasas de parto vaginal; existe una menor necesidad de anestesia intraparto y un mejor inicio de la lactancia materna durante las primeras 24 horas de vida del recién nacido (Dubey et al., 2023; Hunie Asratie et al., 2021).

A pesar de los beneficios que aporta, el acompañamiento ha sido infravalorado en muchas ocasiones, dejando solas a las gestantes en los momentos más difíciles del parto (Gudeta et al., 2024; Hunie Asratie et al., 2021) e investigando en muy pocas ocasiones sobre sus ventajas en la evolución de la dilatación y expulsivo (Gudeta et al., 2024).

Es por ello que es necesario conocer el alcance del acompañamiento durante la hospitalización, enmarcando este hecho en las costumbres sociales que puede tener la gestante debido a su nacionalidad, etnia y edad, así como otras variables sociodemográficas y obstétricas, y como puede influir dicho acompañamiento en la evolución de la dilatación en el proceso del parto.

■ OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de variables como la edad, nacionalidad, la etnia y el lugar de residencia en la prevalencia del acompañamiento durante el parto por parte del soporte social de la gestante, así como la asociación existente entre este acompañamiento y la edad gestacional, paridad y el tiempo de dilatación y expulsivo durante el parto.

■ METODOLOGÍA

Diseño del Estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional analítico correlacional.

Población

Se escogieron a aquellas embarazadas de entre 28 y 41 semanas que estuvieran hospitalizadas en la planta de obstetricia.

Criterios de selección

Para incluirles en el estudio, se seleccionaron los siguientes criterios de inclusión: embarazo de bajo riesgo; ausencia de

patologías fetales diagnosticadas y ausencia de antecedentes de adicciones a drogas legales e ilegales ni consumo de las mismas durante la gestación. Estos datos se obtuvieron a través de la historia clínica de la participante.

Los criterios de exclusión englobaron a las embarazadas que no cumplieran los criterios de inclusión y rechazaran su participación en el estudio.

Recolección de Datos

Se estableció un periodo de 20 meses para agrupar a la población a estudio. En primera instancia, se informó a las gestantes ingresadas en la planta de obstetricia sobre el objetivo de la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado para poder acceder a su historia clínica y poder complementar el cuestionario autoadministrado. Tras la obtención del consentimiento informado firmado, se corroboró que cumplieran los criterios de selección.

A continuación, se les entrevistó acerca del acompañamiento mediante una encuesta autoadministrada creada para este estudio.

Los datos fueron transcritos a una tabla ad hoc diseñada para esta investigación, cuyo acceso y análisis estadístico estaba limitado exclusivamente al investigador principal. Además, la información fue codificada para que no pudiera relacionarse con ninguna de las participantes.

Análisis y tratamiento de los datos

El acompañamiento fue la variable principal. Dicha variable se obtuvo a través de la entrevista realizada a las puérperas tras el parto. En ella se valoraba tanto la presencia de acompañamiento como quien lo ejercía, clasificándolo en pareja, familia, doula u otras personas.

Las variables que se relacionaron con el acompañamiento fueron: la edad materna, la nacionalidad, la etnia, el lugar de residencia, las semanas de gestación, la paridad, la duración de la dilatación y la duración del expulsivo.

Dentro de las variables sociodemográficas, la nacionalidad fue agrupada en los subtipos: España, Centro Europa, Sudamérica, Centro América, Europa Oriental, África del Norte, Italia y Reino Unido; la etnia se estableció en los subgrupos: caucásica, latinoamericana, gitana, magrebí y asiática; y el lugar de residencia se catalogó dicotómicamente en rural o urbano.

Como variables obstétricas se escogieron las semanas de gestación, las cuales se clasificaron en semanas completas como embarazo pretérmino para aquellas mujeres que estuvieran entre las 28 y 34 semanas, embarazo pretérmino tardío entre las 35 y 36 semanas, y embarazo a término entre las 37 a 41 semanas; la paridad se subdividió en primíparas y múltiparas; y el tiempo de la dilatación, agrupado en fase latente y fase activa, y el tiempo del expulsivo se establecieron en intervalos

los agrupados respecto a las horas invertidas en cada uno de ellos.

Toda esta información se recabó a través de la historia clínica y de la entrevista realizada mediante un cuestionario autoadministrado.

Para llevar a cabo los cálculos estadísticos se escogió el programa SPSS v.30, mediante el cual se comprobó la normalidad de la distribución a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov. Después, se realizó un estudio descriptivo, calculando frecuencias y porcentajes y el cálculo de medidas de tendencia central como la media y medidas de dispersión (rango y desviación típica).

Para el estudio analítico, se relacionaron las variables sociodemográficas y obstétricas con el acompañamiento a través del cálculo de la T de Student (t), Anova de un factor (F) y Odd Ratio (OR).

Consideraciones éticas

La presente investigación consiguió el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación, organización a la que se les dio a conocer los objetivos de la investigación y los procedimientos a seguir. También se obtuvo el beneplácito del Jefe de Servicio de Obstetricia y de la Dirección Médica del Hospital.

En la primera fase de la recolección de los datos, se informó a las gestantes sobre el estudio, solventando las dudas; y solicitándoles su consentimiento. Se destacó el carácter confidencial de los datos, asegurando que los datos personales solo serán utilizados por la investigadora de esta investigación y nunca serán reflejados ni asociados a ninguna de las participantes.

■ RESULTADOS

Tras la firma del consentimiento informado y la aplicación de los criterios de selección, se incluyeron en la investigación 250 gestantes. La edad media fue de 34 años (DS:29- 39), el 82,2% vivía en zonas urbanas, el 75,6% eran de nacionalidad española y se identificaron como etnia caucásica el 84,8%. Se vio además que el 97,2% estuvo acompañada durante el parto, siendo la pareja la figura más destacada con un 86,4%.

Cuando se subdividieron las variables sociodemográficas según la presencia de acompañamiento, estos datos variaban, objetivando un ligero incremento del porcentaje de mujeres que vivían en zonas urbanas a 85,5% y de nacionalidad española (Tabla 1).

Se objetivó también que 163 embarazadas de las 250 eran primíparas y la media de la edad gestacional fue de 38 semanas. En cuanto a la duración de la fase latente, se observó que la media era de 20 horas, siendo el rango entre 0 y 25 horas

el más frecuente con un 70,5% de la población; y la duración de la fase activa alcanzó una media de 4,46 horas, con un porcentaje de 75,8% en el rango entre las 0 y 6 horas. En relación al tiempo de permanencia en la fase de expulsivo, se objetivó una media de 1,43 horas.

Ante la presencia de acompañamiento, los datos se modificaron sutilmente, objetivando una mayor duración de la fase latente en las gestantes acompañadas, reduciéndose el porcentaje de la población en el intervalo horario de entre 0 y 22 horas a un 57,9% (Tabla 1).

Asociación estadística del acompañamiento con las variables sociodemográficas y obstétricas

Se efectuó un análisis inferencial del acompañamiento con las variables sociodemográficas y obstétricas señaladas, observando que existía asociación significativa entre ellas. En concreto, en las variables sociodemográficas se objetivó que la edad estaba relacionada con el acompañamiento, existiendo mayor probabilidad de que dispusieran del mismo cuanto mayor era la edad de la gestante. También presentó asociación con la nacionalidad y la etnia de la gestante, cuyas pruebas post-hoc reflejaron relación entre España y África del Norte, y entre la etnia caucásica y magrebí (Tabla 2). La relación estadística del acompañamiento fue significativa con la paridad y edad gestacional, corroborando que había más probabilidad de acompañamiento cuando la fecha probable de parto estaba más próxima. La duración de la fase activa y del expulsivo también se relacionaron estadísticamente con el acompañamiento, comprobando que el soporte social aumentaba el tiempo de permanencia en las dos fases (Tabla 2).

Cuando se especificó por el tipo de acompañamiento, se observó que estaba asociado con el lugar de residencia y, mediante una prueba post-hoc, con quien había elegido a una doula para llevar a cabo esta función (Tabla 2).

DISCUSIÓN

El parto es un momento que puede darse en la vida fértil de una mujer de gran importancia, lo que puede acarrear en muchas de ellas inseguridad por lo desconocido, miedo por las situaciones negativas que puedan suceder e incluso clasificar el nacimiento de su hijo como un evento traumático. La presencia de acompañamiento durante este proceso puede mitigar estos sentimientos y, en consecuencia, conseguir que la vivencia del parto se convierta una experiencia positiva para la futura madre. La libre elección de ese soporte social también es crucial, ayuda a satisfacer las necesidades de la gestante y, además, logra que se sienta partícipe de su parto. Es por ello que entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que las gestantes estén continuamente acompañadas tanto en la dilatación como en el expulsivo (Dubey et al., 2023). En cambio, existen pocos estudios que

Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas y obstétricas en relación al acompañamiento.

	Con acompañamiento	Sin acompañamiento
Edad	$\chi^2 = 34,23$	$\chi^2 = 31,88$
18-28	28 (11,57%)	-
29-39	187 (77,27%)	8 (100%)
40-50	27 (11,16%)	-
Lugar de residencia		
Urbana	207 (85,5%)	5 (62,5%)
Rural	35 (14,5%)	3 (37,5%)
Nacionalidad		
España	187 (77,3%)	2 (25%)
Italia	3 (1,2%)	-
Reino Unido	2 (0,8%)	-
Centro Europa	7 (2,9%)	-
Sudamérica	10 (4,1%)	2 (25%)
Centro América	9 (3,7%)	-
Europa Oriental	20 (8,3%)	2 (25%)
África del Norte	4 (1,7%)	2 (25%)
Etnia		
Caucásica	202 (83,5%)	3 (37,5%)
Magrebí	4 (1,7%)	2 (25%)
Asiática	5 (2,1%)	1 (12,5%)
Gitana	7 (2,9%)	-
Latinoamericana	24 (9,9%)	2 (25%)
Edad gestacional	$\chi^2 = 38,12$	$\chi^2 = 35$
28-34	24 (9,92%)	4 (50%)
35-36	26 (10,74%)	1 (12,5%)
37-41	192 (79,34%)	3 (37,5%)
Paridad		
Primíparas	161 (66,5%)	2 (25%)
Múltiparas	81 (33,5%)	6 (75%)
Horas de dilatación		
Fase latente	$\chi^2 = 28,27$	$\chi^2 = 20,75$
0-22	140 (57,9%)	5 (62,5%)

46-68	21 (8,68%)	-
69-91	8 (3,31%)	1 (0,41%)
Fase activa	χ = 4,49	χ = 1,75
0-6	183 (75,6%)	8 (100%)
7-13	51 (21,07%)	-
14-20	8 (3,31%)	-
Horas de expulsivo	χ = 1,46	χ = 0,5
0-2	174 (71,9%)	8 (100%)
3-4	68 (28,1%)	-

han analizado las características maternas que llevan a la solicitud de acompañamiento durante el proceso del parto.

En esta investigación se objetivó que una gran mayoría de las embarazadas solicitaron estar acompañadas durante el parto, especialmente por su pareja, lo que va en consonancia con otros estudios publicados anteriormente (Mohammed et al., 2020).

Aunque no se analizó si la pareja era masculina o femenina, algunos autores han hecho referencia a la pareja masculina como un pilar fundamental (Bohren et al., 2019; Mohammed

et al., 2020), aseverando que su presencia durante el parto estaba asociada a menores tasas de depresión y ansiedad (Mohammed et al., 2020).

Como segunda opción, se escogió a un familiar como acompañante. Esto es muy común en mujeres de origen africano, quienes eligen a un familiar, mayoritariamente femenino, para este acompañamiento puesto que entienden el parto como un "asunto de mujeres" (Balde et al., 2020). Algunos estudios afirman que la compañía por parte de mujeres familiares aumenta la satisfacción de las gestantes en el parto ya que consideran que están en consonancia con sus necesidades (Kabakian-Khasholian & Portela, 2017); sin embargo, en una investigación posterior, se comentó que el motivo principal era el rechazo de la pareja por miedo a que perdiera el deseo sexual durante el nacimiento del bebé (Afulani et al., 2018).

Solo en dos casos se eligió a una doula como figura de apoyo en el trabajo del parto. Según Bohren et al en 2019, estas personas pueden desarrollar vínculos emocionales con las gestantes, siendo las mujeres de origen extranjero las que tienen más posibilidades de solicitar este apoyo social (Bohren et al., 2019). Además, se ha señalado el binomio doula- pareja como una sinergia útil para cubrir las necesidades informacionales y emocionales respectivamente (Bohren et al., 2017).

Dado la importancia del soporte social durante el proceso del parto, se analizaron las asociaciones de algunas variables so-

Tabla 2. Relación estadística entre el acompañamiento y las variables sociodemográficas y obstétricas.

p= valor de significación, t= t de Student, OR= Odd Ratio, F = Anova de un factor, *p<0,05.

	Acompañamiento		Según el tipo de acompañamiento	
	Valor	p	Valor	p
Edad	t= 108,098	<0,001*	F = 1,282	0,281
Lugar de residencia	OR= 3,188	0,074	F = 4,208	0,006*
Nacionalidad	F = 15,310	<0,001*	F = 2,162	0,093
Etnia	F = 5,657	0,018*	F = 1,027	0,394
Edad gestacional	t= 92,527	<0,001*	F = 1,848	0,139
Paridad	OR= 5,886	0,015*	F = 1,611	0,187
Horas de dilatación				
Fase latente	t= -0,122	0,452	F = 0,253	0,859
Fase activa	t= 3,766	0,002*	F = 0,071	0,976
Horas de expulsivo	t= 2,824	0,011*	F = 0,142	0,935

ciodemográficas y obstétricas con la presencia de acompañamiento y con la figura señalada para ese cometido.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observó que la edad estaba relacionada con el acompañamiento, siendo más probable conforme aumentaba la edad de la gestante.

Este resultado es contrario a un estudio anterior en el que se exponía que las mujeres mayores tenían más probabilidades de no tener acompañante durante el parto (Essex & Pickett, 2008). Una investigación más reciente coincide parcialmente con esta afirmación, donde se detallaba que las gestantes de edad temprana y más mayores presentan más estrés durante la gestación derivada de un menor apoyo social (Bedaso et al., 2023).

El lugar de residencia no se asoció con el acompañamiento, aunque sí que se demostró asociación estadística con la figura elegida, en concreto entre las mujeres que habitaban en el medio rural y la selección de una doula para este cometido. Si bien estos datos deben tomarse con precaución ya que solo hubo 2 casos en los que se escogieron a doulas.

Actualmente, se ha objetivado que las mujeres que viven en un entorno rural tienen menos probabilidades de estar acompañadas durante el parto, debido al desconocimiento de esta posibilidad (Senanayake et al., 2017). Estos datos se han demostrado claramente en un estudio llevado a cabo en una población africana, donde el porcentaje de acompañamiento era mayor entre las gestantes de zonas urbanas (Beyene Getahun et al., 2020).

Estas afirmaciones reflejan la necesidad de captar precozmente a estas embarazadas en los grupos de educación prenatal o informarles adecuadamente en los controles individuales.

La nacionalidad se relacionó estadísticamente con la presencia de acompañamiento, viendo que las españolas presentaban mayoritariamente soporte social y las embarazadas cuyo origen era África del Norte tenían menos probabilidades de tener apoyo en este momento vital.

Estas afirmaciones confluyen con Essex et y con Dejin-Karlsson et al, quienes demostraron que las mujeres africanas no suelen disponer de acompañamiento durante el parto (Dejin-Karlsson & Ostergren, 2004; Essex & Pickett, 2008). Este hecho puede deberse a una cuestión cultural o a una falta de entendimiento del idioma del país local.

El estudio de Kc et al en 2020 especificó por etnia, confirmando que los grupos étnicos migrantes presentaban una baja tasa de acompañamiento (Kc et al., 2020). Este dato concuerda con

la información recogida en esta investigación donde se reflejó que las embarazadas de etnia caucásica tenían acompañante más frecuentemente, en contraposición con las gestantes magrebíes quienes tenían menos posibilidad de soporte social.

En relación a las variables obstétricas, se comprobó que la edad gestacional estaba relacionada con el acompañamiento cuya probabilidad aumentaba conforme se incrementaba la edad gestacional. Aunque la evidencia actual ha tenido en cuenta este binomio en pocas ocasiones, se ha objetivado que la edad gestacional está asociada a determinantes sociales como el bajo apoyo social durante la gestación, por lo que son necesarias más investigaciones para conocer el alcance de la falta de soporte en la evolución del parto (Reno et al., 2021).

Se comprobó que la paridad estaba asociada con el acompañamiento, siendo las primíparas las más proclives. Según Beyene Getahun et al en 2020 y Gudeta et al en 2024, las primíparas están más frecuentemente acompañadas puesto que el miedo al parto y la prevalencia de la ansiedad es mayor en ellas y necesitan más apoyo informativo y emocional (Beyene Getahun et al., 2020; Gudeta et al., 2024).

No obstante, en 2023 se corroboró que la primiparidad es un factor potencial para percibir el parto como una mala experiencia pero referenció la multiparidad como una variable que predispone al miedo durante el parto originado por una vivencia traumática anterior (Hosaini et al., 2023). Es prioritario por parte de los profesionales de la salud disminuir el miedo al parto para facilitar la percepción del mismo como un aspecto vital positivo.

Y, por último, se estimó la relación con la duración de la dilatación. En este estudio se dividió en fase latente, activa y expulsivo, objetivando que el tiempo invertido en la fase activa y en el expulsivo estaba asociadas al acompañamiento; en concreto se observó un alargamiento de estas dos etapas. Existe controversia con la influencia del acompañamiento en la evolución del parto puesto que algunos estudios publicados afirman que la primera fase del parto es más corta en aquellas gestantes que disponen de acompañamiento (Dubey et al., 2023; Morhason-Bello et al., 2009) y que el tiempo invertido en el expulsivo no se ve modificado ante la presencia de apoyo social (Dubey et al., 2023). Otras investigaciones, en cambio, no han podido comprobar la asociación del acompañamiento con la duración de las etapas de dilatación y expulsivo (Ahmadpour et al., 2022). Por lo tanto, es necesario seguir investigando para averiguar la influencia real del acompañamiento en la duración del parto.

■ CONCLUSIONES

El acompañamiento es una función vital e importante para la gestante en el momento del parto. El miedo y la incertidumbre derivadas del desconocimiento y de la inseguridad de este proceso pueden dar lugar a ansiedad y depresión, entidades diagnósticas que pueden paliarse con el apoyo emocional de la persona seleccionada por la embarazada para ello. Las personas embarazadas con edades mayores ven incrementadas estas sensaciones por lo que la presencia de una figura conocida y de confianza ayuda a que experimenten el parto de una forma positiva.

El desconocimiento, en algunas ocasiones, se incrementa por el lugar de procedencia de la gestante. Es por ello que las mujeres que habitan en un medio rural o cuya procedencia sea diferente a la española, como es el caso en este estudio de las mujeres de África del Norte y de etnia magrebí, carecen con mayor frecuencia de acompañamiento durante el parto. La información a través de la educación prenatal y la interpretación idiomática de esta posibilidad pueden facilitar su instauración.

Según se acerca la fecha probable de parto, la ansiedad y la inseguridad pueden aumentar, en consecuencia el apoyo familiar y social es más necesario. Estos sentimientos pueden

acrecentarse cuando el parto acaece por primera vez, como es en el caso de las primíparas, es por ello que el acompañamiento se produce con más frecuencia en ellas.

La duración de la fase activa de la dilatación y del expulsivo fueron mayores con la presencia de acompañamiento, por lo que puede relacionarse con la relajación que produce este hecho que ralentiza las contracciones y, por lo tanto, la evolución de la dilatación.

La figura principal para desempeñar fue la pareja. Con menos frecuencia, fueron un familiar o una doula quien participaron como soporte. Esto implica que la persona de más confianza para este momento vital es el cónyuge, por lo que recae en esta figura la responsabilidad de ejercer las funciones que la embarazada espera. Entre estos representantes, en ningún caso, se señaló a los profesionales sanitarios, lo que sugiere la necesidad de implementar programas de atención al parto hospitalario en el que el número de empleados sea el suficiente y adecuado para poder acompañar, dar seguridad y disminuir los sentimientos negativos que puedan darse.

Por tanto, es importante que la atención sanitaria se dirija hacia la cercanía, hospitalidad y acogida que ofrece un hogar, permitiendo así la reducción de la incertidumbre, el desconocimiento y el miedo, y favoreciendo la vivencia del parto como una experiencia positiva.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Afulani, P., Kusi, C., Kirumbi, L., & Walker, D. (2018). Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1806-1>
2. Aguilar Cordero, M., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., Hervás Pérez, A., & González Mendoza, J. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia [Satisfaction rating in a group of women from Granada on birthing care, support and breastfeeding length]. *Nutr Hosp.*, 28(3), 920-926. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6395>
3. Ahmadpour, P., Moosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 862. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5>
4. Arisukwu, O., Igbolekwu, C., Oyekola, I., Oyeyipo, E., Asamu, F., & Osueke, O. (2021). Spousal support during pregnancy in the Nigerian rural context: a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 772. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04135-3>
5. Balde, M., Nasiri, K., Mehrdash, H., Soumah, A., Bohren, M., Diallo, B.,...Tunçalp, Ö. (2020). Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: results from a multi-country community-based survey. *BMJ Glob Health*, 5, e003564. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003564>
6. Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2023). The direct and mediating effect of social support on health-related quality of life during pregnancy among Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(1), 372. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05708-0>
7. Beyene Getahun, K., Ukke, G., & Alemu, B. (2020). Utilization of companionship during delivery and associated factors among women who gave birth at Arba Minch town public health facilities, southern Ethiopia. *PLoS One*, 15(10), e0240239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240239>
8. Bohren, M., Berger, B., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
9. Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766>
10. Dejin-Karlsson, E., & Ostergren, P. (2004). Country of origin, social support and the risk of small for gestational age birth. *Scand J Public Health*, 32(6), 442-449. <https://doi.org/10.1080/14034940410028172>
11. Dubey, K., Sharma, N., Chawla, D., Khatuja, R., & Jain, S. (2023). Impact of Birth Companionship on Maternal and Fetal Outcomes in Primigravida Women in a Government Tertiary Care Center. *Cureus*, 15(5), e38497. <https://doi.org/10.7759/cureus.38497>
12. Essex, H., & Pickett, K. (2008). Mothers without companionship during childbirth: an analysis within the Millennium Cohort Study. *Birth*, 35(4), 266-276. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00253.x>
13. Gudeta, M., Alejandra, N., Bacha, Y., Médico Gebremedhin Tekle, M., FM, H., Alemayehu, A.,...Nigusie, K. (2024). Utilization of birth companionship and its associated factors among laboring mothers during facilities birth in sub-Saharan Africa. Systematic review and meta-analysis. *SAGE*

