

*Dora Isabel Giraldo-Montoya¹
Hsirley Calderón-Bejarano²
Cristian Felipe Rivera-Cardona³
Sandra Milena Velásquez-Vergara⁴
Heidy Mesa-Ballesteros⁵*

Vivencias de familiares en sala de espera de trabajo de parto

RESUMEN

Objetivo: describir las vivencias de los familiares en sala de espera de trabajo de parto. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo etnográfico. Se entrevistaron diez participantes y cuatro grupos focales; la saturación se logró cuando los investigadores no encontraron más explicación, interpretación o descripción de la experiencia. Para el análisis, se usó el método de Spradley, se construyeron categorías y dominios, y se realizó análisis taxonómico. Se desarrollaron notas de campo y observación participante. Se utilizó el *software* Atlas ti. **Resultados:** los familiares experimentan necesidades de información oportuna y eficiente. El lenguaje verbal y no verbal y el contenido de la información les produjo ansiedad e incertidumbre. Los familiares sienten la necesidad de acompañar a la gestante durante el trabajo de parto para brindarle apoyo. El ambiente en la sala de espera depende de los factores internos del familiar y los factores externos de la sala. La educación en la sala de espera representó una excelente oportunidad para aprovechar el tiempo. Emergieron los dominios: comunicación terapéutica, acompañamiento, ambiente y educación. **Conclusión:** el significado cultural de esperar es un acontecimiento de la vida altamente significativo, atravesado por cuatro circunstancias: la comunicación, el acompañamiento, el ambiente de la sala y la educación, situaciones que cambiaron la experiencia del nacimiento.

PALABRAS CLAVE

Trabajo de parto, relaciones profesional-familia, investigación cualitativa, información, educación en salud (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Giraldo-Montoya DI, Calderón-Bejarano H, Rivera-Cardona CF, Velásquez-Vergara SM, Mesa-Ballesteros H. Vivencias de familiares en sala de espera de trabajo de parto. *Aquichan*. 2016; 16(2): 205-218. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.8

- 1 Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. dora.giraldo@upb.edu.co
- 2 Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia. hsirley.calderon@upb.edu.co
- 3 Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia. cristian.rivera@upb.edu.co
- 4 Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia. samivelasquez@hotmail.es
- 5 Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia. Hei.mesa@hotmail.com

Recibido: 02 de febrero de 2015
Enviado a pares: 14 de marzo de 2015
Aceptado por pares: 11 de diciembre de 2015
Aprobado: 16 de diciembre de 2015

Experiences of Family Members in the Labor Room

ABSTRACT

Objective: Describe the experiences of family members in the labor room. **Materials and Methods:** This is a qualitative ethnographic study in which ten participants and four focus groups were interviewed; Saturation was achieved when the researchers found no further explanation, interpretation or description of the experience. Spradley's method was used for the analysis. Categories and domains were constructed and a taxonomic analysis was done. Field notes and participant observation were developed. Atlas ti software was used. **Results:** Family members want and feel they need timely and efficient information. Verbal and non-verbal language and the content of the information provided can cause them anxiety and uncertainty. Family members want to accompany and support the expectant mother during labor prior to childbirth. The atmosphere in the labor room depends on the internal factors of the family member and the external factors of the room. Education in the waiting room proved to be an excellent opportunity to take advantage of the time. Several domains emerged; namely, therapeutic communication, accompaniment, environment and education. **Conclusion:** The cultural significance of waiting for birth to occur is a highly meaningful event in life and is marked by four factors: communication, accompaniment, the environment in the room and education. These are situations that changed the birth experience.

KEYWORDS

Birth labor, nurse -family relations, qualitative research, information, health education (Source: DeCS, BIREME)

Vivências de familiares na sala do parto

RESUMO

Objetivo: descrever as vivências dos familiares na sala de espera de trabalho de parto. **Materiais e métodos:** estudo qualitativo etnográfico. Foram entrevistados dez participantes e quatro grupos focais. A saturação foi atingida quando os pesquisadores não encontraram mais explicação, interpretação ou descrição da experiência. Para a análise, usou-se o método de Spradley e foram construídos categorias e domínios, além de realizada análise taxonômica. Desenvolveram-se anotações de campo e observação participante. Utilizou-se o software Atlas ti. **Resultados:** os familiares experimentaram necessidades de informação oportuna e eficiente. A linguagem verbal e não verbal, e o conteúdo da informação lhes produziram ansiedade e incerteza. Os familiares sentem a necessidade de acompanhar a gestante durante o trabalho de parto para oferecer-lhe apoio. O ambiente na sala de espera depende dos fatores internos do familiar e dos fatores externos da sala. A educação na sala de espera representou uma excelente oportunidade para aproveitar o tempo. Emergiram os domínios: comunicação terapêutica, acompanhamento, ambiente e educação. **Conclusão:** o significado cultural de esperar é um acontecimento da vida altamente significativo, permeado por quatro circunstâncias: a comunicação, o acompanhamento, o ambiente da sala e a educação, situações que mudaram a experiência do nascimento.

PALAVRAS-CHAVE

Trabalho de parto, relação profissional-família, pesquisa qualitativa, informação, educação em saúde (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

Durante la espera, los familiares perciben condiciones concretas de atención, influidas por un conjunto de mediaciones culturales y sociales. Es más evidente en situaciones que tienen que ver con intervenciones de salud relacionadas con problemas que comprometen la vida o acciones médicas de alta valoración, como la atención del nacimiento (1).

Los familiares de gestantes en trabajo de parto perciben los procesos con otros ojos, especialmente cuando tienen que esperar para recibir información sobre el estado de salud de su familiar y del hijo por nacer (1). Durante su estancia en la sala, expresan ansiedad y temores, que van a depender del estado de salud de la gestante.

El estudio de Semczuk *et al.* (2) mostró que durante la espera de un parto de madres de alto riesgo, los niveles de ansiedad de las parejas son altos y el mayor nivel de estrés se produce en aquellas parejas en las que las gestantes sufren de una enfermedad crónica como la hipertensión arterial y la diabetes. Dichas situaciones generan tensión e incertidumbre frente a una condición clínica que puede ser grave para la madre y el feto.

La literatura tiene poca evidencia sobre las vivencias de los familiares en salas de trabajo de parto, sin embargo, hay estudios realizados en los servicios de urgencias y de cuidado intensivo que reportan las experiencias de los acompañantes.

El estudio de Lopera, García, Madrigal y Forero (3) sobre la espera de acompañantes en el servicio de urgencias refiere que los familiares expresan que deben pasar por varias situaciones tensionantes, entre ellas, la espera larga en el servicio de admisiones, la pérdida de tiempo, la falta de información, el miedo, estar cautivos y los obstáculos para lograr compañía y ayuda.

El estudio de Frizon, Nascimento, Bertocello y Martins (4) refiere que los familiares que esperan a sus pacientes en la UCI de adultos revelan sentimientos como dolor, angustia, tristeza, impotencia, miedo, desesperación, ansiedad y expectativa infinita.

La investigación de Colenci, Abdala y Braga (5) reporta que los acompañantes expresan ansiedad, incertidumbre, confianza en Dios y en el equipo médico, y preocupación por el paciente cuando se somete a procedimientos anestésicos o quirúrgicos.

En cuanto a la satisfacción de los familiares en la sala de espera, el estudio de Vicuña (1) encontró que la insatisfacción más frecuente fue la demora en la atención, el maltrato, la falta de información, deficiencias en el confort, la falta de privacidad y la falta de confianza que inspira el personal de salud. De la misma manera, los familiares o acompañantes expresan que existen obstáculos relacionados con la obtención de información oportuna y eficiente sobre el estado de salud del familiar. Dicha situación la relacionan con las actitudes del personal de salud en cuanto al lenguaje verbal y no verbal, y el contenido de la información (3).

El estudio de Vicuña (1) identificó que los familiares tienen necesidades de información sobre los procedimientos que se van a realizar: de qué manera, por qué y para qué. Así, ellos comprenderán las medidas terapéuticas y no asistirán como simples espectadores a las decisiones tomadas por el personal de salud.

Otro aspecto que se manifiesta en los familiares es la necesidad de acompañamiento, tanto para ellos como para la gestante. Cantero muestra que la gran mayoría de las mujeres en trabajo de parto deseaban estar acompañadas por su marido, pareja, madre o algún familiar que le otorgara la posibilidad de no sentirse sola y poder tener a un referente de su entorno para apoyarla emocional y psicológicamente (6).

Desde la interacción social, el estudio de Gómez (7) concluye que la sala de espera fue reconocida por los acompañantes como un espacio de intercambio de conversación y para compartir con otras personas.

Para enriquecer el cuidado de enfermería desde la experiencia del familiar, surge la necesidad de conocer las vivencias de los familiares en las salas de espera de trabajo de parto; en este sentido, los profesionales de la salud que laboran en trabajo de parto y parto, en una institución de salud de la ciudad de Medellín (Colombia), se motivaron a indagar más al respecto. La institución en mención (8) tiene un flujo mensual aproximado de 400 pacientes obstétricas. Por cada materna hay un acompañante autorizado para entrar a la institución, lo que representa aproximadamente 400 acompañantes mensuales, sin contar aquellos que ingresan sin permiso. El espacio es pequeño, no tiene aire acondicionado, cuenta con 36 sillas que permanecen ocupadas y, por ello, algunos se sientan en las escaleras. Cuenta con dispensadores de comestibles, dos televisores y una zona administrativa para la recepción de documentos. Las encuestas de satisfacción de estas

salas muestran que la principal necesidad de los acompañantes es recibir información oportuna y clara de sus familiares y del hijo por nacer. Por lo anterior, el presente estudio tuvo por objetivo describir las vivencias de los familiares de gestantes en trabajo de parto en las sala de espera, en una institución de salud de la ciudad de Medellín (Colombia) durante al año 2014.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo de tipo etnográfico, que buscó identificar desde la metodología de James Spradley, las vivencias de los familiares en la sala de espera. El estudio se desarrolló desde la etnografía focalizada (9, 10), ya que se concentró en una población muy definida, en este caso, familiares en sala de espera de trabajo de parto. Su orientación fue particularista o focalizada, consistió en aplicar el método etnográfico a cualquier unidad social o grupo humano aislable y permitió saber que los datos obtenidos representaron la realidad vivida en la sala de espera de trabajo de parto. La población estuvo conformada por los acompañantes (esposo, compañero u otro familiar), en sala de espera de las mujeres en trabajo de parto.

El total de los participantes fue de diez, con entrevista individual, y cuatro grupos focales con cuatro y cinco participantes en cada uno; la selección no se hizo en cantidad, sino en la calidad de la información que los participantes suministraron, y se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- a. Criterios de inclusión: procedentes de zona urbana, mayores de 18 años de edad y familiares con madres en trabajo de parto normal, de 37 y más semanas de gestación.
- b. Criterios de exclusión: familiares de madres con trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional, síndrome de parto pretérmino, fetos con malformaciones o anomalías, abortos previos, mortinatos o feto valioso.

El término etnografía focalizada se aplicó a un grupo localizado de personas que compartieron características sociales y culturales en sala de espera (9), con una habitualidad cultural propia. La estancia en sala de espera osciló entre 10 a 12 horas, tiempo en el cual un familiar asume los comportamientos comunes de esperar y convive de forma habitual en este espacio. Los miembros de este grupo se caracterizaron porque tuvieron un gran sentido de solidaridad mutua, basada en factores comunes de lenguaje, re-

sidencia, económicos, relaciones sociales, creencias y prácticas sobre el parto y la expectativa del nacimiento (9).

El trabajo de campo, por lo regular, implica estar con la gente por largos periodos de tiempo en su ambiente natural, y la observación participante es central para un trabajo de campo efectivo; sin embargo, en algunos ambientes particulares, la técnica de observación participante suele no ser continua y consiste en cortos periodos de observación intensa, repartidos durante un periodo de tiempo largo (9). En este sentido, para obtener una mayor comprensión de la experiencia, desde la perspectiva del participante, el trabajo de campo se desarrolló durante once meses y la observación participante fue de seis horas diarias, donde se advirtió de manera consciente lo que estaba pasando y se plasmó en las notas de campo, con el fin de identificar los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizaron, sus costumbres y sus valores, los cuales fueron revisados durante el análisis para identificar significados y confrontar los hallazgos del estudio.

Se utilizó la entrevista etnográfica de Spradley (11), la cual partió de una sola pregunta: ¿cuál es su experiencia en esta sala de espera?, que permitió posteriormente desarrollar otra serie de cuestiones de tipo descriptivo, estructural o de contraste. Las entrevistas permitieron distinguir lo normal de lo insólito, la norma de la excepción y describirlo. El análisis renglón por renglón de la transcripción de una entrevista, fue uno de los mecanismos por el cual se logró hallar significados implícitos, valores culturales y vínculos con otros conceptos o contextos.

La saturación se logró cuando se conoció de manera amplia, y lo más profundamente posible, la experiencia de los familiares, es decir, cuando los investigadores no encontraron de parte de los familiares más explicación, interpretación o descripción de la experiencia (9).

Para poder entrar en el campo y evitar el choque que se produce entre la cultura de los otros (emic) y la cultura de los investigadores (etic), estos últimos utilizaron ropa informal y se dispusieron sentados en la sala, así como permanecían los acompañantes en la sala de espera. Al reconocer la sala desde su dinámica (movimiento de las personas, congestión de la sala, estados de ánimo, temperatura y lo que se hace en la sala), el investigador comenzó a participar, integrándose como uno más, para pensar,

hablar y sentir como ellos. Esto se logró en la medida que los investigadores visitaban con más frecuencia la sala y permanecían más tiempo allí.

Al principio, cada vez que se llamaba a los acompañantes seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión, se presentaron momentos de máxima reactividad (12), por lo que se consideró, antes de las entrevistas, realizar una actividad introductoria relacionada con la educación sobre los cuidados del recién nacido y el posparto. Dicha actividad anticipatoria a la entrevista tuvo como propósito: "romper el hielo", generar confianza, establecer empatía, brindar seguridad al informante y aclarar dudas. Los investigadores se presentaron y se dieron las explicaciones oportunas respondiendo a la curiosidad de la gente, se presentó el objetivo de la investigación, pero sin llegar a profundizar demasiado. Fue muy importante mantener un clima de buenas relaciones y empatía con los familiares.

Después de la entrevista, los informantes recibieron educación sobre: las actividades que desarrolla el personal de salud que de modo directo o indirecto atendían a las gestantes, los procedimientos, los equipos utilizados y su propósito. Además, para ubicar al familiar sobre los lugares por donde pasa la gestante, se les mostraron fotografías del interior de la sala de trabajo de parto y parto; esto con el fin de aclarar las dudas que con frecuencia surgían cuando se realizaban las preguntas.

Se hizo la prueba piloto, aplicando la entrevista etnográfica de Spradley (11) a dos familiares, lo que permitió que el investigador incrementara la habilidad en formular preguntas descriptivas, estructurales y de contraste, para garantizar la validez y confiabilidad en el análisis de la información.

Para el análisis de la información, se utilizó el concepto etnográfico de Spradley (11); desde este punto, se identificaron y analizaron los patrones más característicos que existían en los datos y surgió un primer elemento que fue el dominio o los nombres para un conocimiento cultural; esta fase exploratoria surgió en el primer contacto con los datos recolectados, posteriormente aparecieron los términos incluidos que son aquellos que pertenecen al conocimiento cultural o el dominio. Dicho procedimiento se logró a través de la elaboración de una "matriz por atributos", así: se definieron tantas filas con situaciones culturales y tantas columnas con atributos de esas situaciones;

al inspeccionar las columnas, se pudo hallar cuáles atributos fueron críticos en diferentes situaciones. Posteriormente, se construyeron las relaciones semánticas que enlazaban los términos incluidos, de acuerdo con la guía de relaciones semánticas de Spradley (11). La relación semántica opera sobre el principio general de la inclusión y su función fue definir los términos incluidos para colocarlos dentro del dominio cultural. Este proceso se llevó a cabo a través de las fichas de análisis de dominios sistematizadas en el programa Word. En la medida que se avanzaba en el proceso de recolección de la información y en el propio proceso de análisis, surgió la conceptualización de los datos y, progresivamente, se fue desarrollando una depuración empírica y conceptual.

Se presentó a cada informante el análisis de las entrevistas a través de cuatro grupos focales. Los dominios fueron confrontados con los informantes, por medio de preguntas descriptivas, estructurales y de contraste. Esta técnica permitió garantizar la validez de los datos recolectados, en la medida que estos fueron reconocidos como ciertos por los informantes.

Durante las entrevistas hubo un informante que no respondió algunas preguntas porque presentaba dudas o expresó significados extraños; por tanto, se entrevistó a un informante general, quien se encontraba en la sala y aclaró los significados extraños expresados por el informante clave.

Para dar validez y confiabilidad a la información recolectada se realizaron cuatro fases simultáneas que incluyeron: a) verificación de los datos obtenidos con los informantes (*feedback*); b) análisis de las notas de campo; c) triangulación: entrevista a profundidad, grupos focales y observación participante; d) análisis de los dominios de manera permanente por los investigadores. Todo lo anterior estuvo sujeto a verificaciones con los informantes. El almacenamiento y la organización de los datos se elaboró en el *software* Atlas ti, y todas las entrevistas fueron transcritas en el programa Word por los investigadores.

El estudio contó con el consentimiento informado y por escrito del familiar, y se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización de los estamentos respectivos. Se protegió la privacidad del familiar y la entrevista no tuvo su identificación. Según la Resolución 008430 de 1993, fue una investigación de riesgo mínimo, teniendo en cuenta que se movilizaron respuestas emotivas.

Resultados

La edad promedio de los informantes fue de 34,4 años. La mayoría fueron los esposos, seguidos de la madre de la gestante. Surgió un tema central que identificó la esencia de las vivencias en la sala de espera de trabajo de parto y parto: “la sala de espera de trabajo de parto y parto: un espacio para vivirlo con satisfacción”.

Los siguientes fueron los dominios analíticos obtenidos durante el análisis:

1. Comunicación terapéutica.
2. Acompañamiento.
3. El ambiente en la sala de espera.
4. Educación.

Para cada dominio analítico se buscaron los términos incluidos que fueron considerados como los nombres para todas las categorías más pequeñas dentro del dominio (11).

Dominio 1. Comunicación terapéutica

1. Relacional: buen trato

A través de las relaciones semánticas “es una forma de”, se develan los significados sobre la relación entre enfermera-familiar en la sala de espera. El respeto, el ser prudente, el ser formal, es una forma o modo de experimentar relaciones de buen trato, el cual se caracterizó por ser respetuoso, prudente y formal de parte de las personas involucradas en los procesos de comunicación terapéutica en la sala de espera.

De mucho respeto, creo que de mi parte siempre trato de ser lo más respetuoso posible, igual el trato del personal, muy atentos, muy serviciales y muy respetuosos. Inf. 7

...Hay muchos que son muy mala clase y no lo saben atender a uno como se debe, pero él súper formalito. Inf. 5

2. Relacional: mal trato

Desde las relaciones semánticas “es una manera de”, se halló el mal trato en la relación terapéutica. Los informantes manifiestan que la manera como se dicen las cosas (despectivo, poco cla-

ro, muy preciso, poco personalizado o no responder al llamado), es una forma o modo de experimentar relaciones de mal trato.

Manifestaron que en algunas ocasiones encontraron un trato despectivo, poco claro, con uso de lenguaje técnico que coloca barreras en la comunicación, dificultando la comprensión del mensaje por parte de los acompañantes. También expresan que la información que les brindan es muy concisa y limitada, obstaculizando así la posibilidad de interactuar con el personal de salud y expresar los posibles interrogantes que surgen: “Un poco tortuosa en sí, porque la desinformación le causa a uno mucho agobio y uno preguntaba y no me daban mucha información”. Inf. 8

3. Oportunidad en la información

La oportunidad en la información está relacionada con el tiempo y la frecuencia, develados a través de las relaciones semánticas “es la razón para”. Los participantes refieren que el personal de salud acumula información para todos e informan cuando están desocupados, razón por la cual no ofrecen información oportuna. Esta situación limita el tiempo de interacción entre el personal de salud y la familia, se disminuye la frecuencia de los reportes de avances de sus familiares, y hay mayor espera para obtener información: “... pues yo me siento inconforme con eso, porque averigüé en varias ocasiones y siempre me dice “es que la enfermera salió a dar reporte a tales horas y ya no sale, por decir, hasta dentro de cuatro horas”. Inf. 1

Dominio 2. Acompañamiento

1. Acompañarla adentro

La relación semántica “es una razón para” describe que vivir el nacimiento, alentar a la mujer durante las contracciones y el parto, y vivenciar su valiente esfuerzo son razones para acompañar a la gestante durante el trabajo de parto. Para el compañero significa conectarse con la pareja para compartir el dolor y el agotamiento, respirar con ella y darle la bienvenida a su hijo.

Me imagino estar ahí al lado, darle la mano a mi esposa, estar ahí con ella, hablándole; yo sé que igual el personal estaba ahí con ella, dándole ánimo, pero si hubiera podido estar ahí, hubiera sido también bonito, por la conexión que uno tiene con la pareja, el compartir ese espacio, como tratar de compartir ese dolor y ese agotamiento, estar con ella, servirle de apoyo, cogerle la

mano, hablarle, respirar con ella, dejar que me apretara y ya finalmente ver a la bebé y si era posible, cortar el cordón umbilical y darle la bienvenida. Inf. 6

2. No acompañarla

La relación semántica que sobresale en este apartado “es una razón para”. Los obstáculos que se presentan desde la entrada de la institución, y aquellos que se encuentran en la misma sala de trabajo de parto, son las razones para no poder acompañarla. Los obstáculos más relevantes son la congestión en el número de maternas, las normas antisépticas y las normas institucionales.

Allá adentro están muy ocupados, yo sé que están para acá y para allá; me gustaría que fuera distinto, pero por normas de salud, no se puede y por seguridad sé que no se puede... porque allá tiene que entrar uno con pijamas y muy organizado, porque allá cualquier cosita que se entre puede infectar, entonces no se puede, desde ahí es entendible. Inf. 5

3. Acompañar al que espera afuera

El acompañamiento no solo debe pensarse para la gestante, también debe contemplarse para el familiar. La necesidad de ser acompañados en la sala significa un apoyo fundamental para cumplir con las labores que acarrea la espera. En este sentido, la relación semántica que se destaca es: “acompañar al que espera”, es una forma de apoyarlo. Cuando son dos los que esperan, la experiencia cambia.

Es importantísimo tener una compañía en un lugar donde estás prácticamente con una mente inquieta todo el tiempo, tener a alguien con quién compartir lo que estás sintiendo, a quién dejar en el momento en que tenés que bajar o hacer una llamada, que esté pendiente de esa persona que tienes ahí, ¡claro, es fundamental! Inf. 4

Dominio 3. El ambiente en sala de espera

1. Externo: lo propio de la sala

a. Lo que se hace en la sala de espera: las relaciones semánticas para el término, incluido lo externo o lo propio de la sala, muestran que se hacen actividades variadas, propias o características de una sala de espera. Ver televisión, hablar, caminar, co-

mer o dormir, son actividades propias de este entorno que ayudan a pasar el tiempo.

Uno trata de hacer lo que pueda, pues ver televisión, hablar con mi suegro, hablar con la gente, porque le ayudan a uno a liberar tensión; de pronto cuando uno no se hallaba de estar sentado, se paraba y estaba de aquí para allá y de allá para acá, el famoso caminar, el run run de aquí para allá para liberar tensiones, pero bien, uno se distrae con cualquier cosita. Inf. 6

b. Las comodidades de la sala de espera: hay otros factores que componen la escena cultural de la sala y son las incomodidades. La relación semántica identificada es: “las incomodidades son las causas para la insatisfacción de los acompañantes”. En este sentido, el espacio locativo, las sillas, la temperatura de la sala, los dispensadores de alimentos y hasta los precios ofrecidos en la cafetería, son aspectos que influyen en la satisfacción de los familiares. Sin embargo, es tan fuerte el deseo y la expectativa del nacimiento, que algunas incomodidades pasan a un segundo plano y son aceptadas con resignación por los participantes.

Desde las adecuaciones de los espacios como tal que presta la institución para uno esperar... no es mucho... pues se llena mucho, no hay sillas totalmente cómodas y después de un tiempo uno se cansa y para pasar la noche, ahí como a uno le dé, se trata de acostarse en las sillas, porque realmente el agotamiento es alto, pero el espacio se puede decir que es aceptable para lo que uno requiere, y uno no se fija tanto en eso. Inf. 6

c. La imagen de la institución: otro aspecto relacionado con lo propio de la sala, es la buena imagen de la institución de salud en la ciudad, como una razón para consultar o ir a tener el parto. Sin embargo, al momento de conocer y vivenciar las vicisitudes del espacio, los familiares opinaron de manera contraria, especialmente en el aspecto de la información. Este factor fue muy importante para evaluar como bueno o malo el servicio. Igualmente, los informantes ofrecieron sugerencias para mejorar el ambiente en la sala y poder afirmar en el futuro que el servicio sí es tan bueno como se dice.

Pero yo nunca me imaginé que me tuviera que tocar aquí solo y que no la pudiera ni ver, porque desde que entró no la he visto, ni he tenido ningún contacto con ella, no puedo hablar con ella ni nada, lógicamente influye el hecho de que tenga fama, de que es muy buena clínica y que atienden muy bien a la paciente, pero los que vinimos con la paciente no. Inf. 3

d. Sugerencias para la sala de espera: los participantes expresan la necesidad de cambiar la manera como se da la información y a través de sus propias experiencias, sugieren acciones para mejorar la sala. La relación semántica que se destaca son las “sugerencias de los acompañantes como una forma de mejorar el ambiente en la sala”. Como ejemplo sugieren: una sola persona que preste información permanente, monitores de pantalla visibles para describir cómo van y por dónde van las gestantes, y ofrecer charlas educativas durante la espera.

Que tengan una persona para dar la información, que lo orienten a uno o charlas que lo distraigan y uno no esté como enfocado en lo que hay allá adentro, cierto, como esa charla que dieron las alumnas ahora; eso es bueno porque hay muchos primíparos que no saben ni cómo bañar a un bebé. Inf. 3

2. Interno: lo propio del familiar

a. Las expectativas de ver al hijo: las expectativas de ver al hijo son parte de las sensaciones relacionadas con la espera. Se crean imaginarios relacionados con el futuro cercano y lejano. Estas expectativas son características propias que identifican al futuro padre o abuela. Experimentan alegría, pero también ansiedad sobre el futuro próximo.

La sensación a veces de ansiedad, nerviosismo al no saber cómo nos va a cambiar la vida, o de saber qué le depara el futuro a uno y para el niño todo eso, es como lo más notorio, porque aunque uno muchas veces diga yo ya estoy listo, pienso que nadie está preparado para ser padre, eso es una experiencia nueva que nos va a cambiar y hay que saberla afrontar. Inf. 7

b. La invocación divina o búsqueda de protección: es de especial interés en los informantes la invocación de un ser supremo como una forma de obtener protección en situaciones de grandes expectativas o en experiencias negativas como en el caso de una complicación. La invocación divina a través de rezos u oraciones son formas de obtener protección para la gestante y el bebé.

Cada persona o cada familia tiene sus creencias, en mi caso, nosotros creemos en Dios, nos gusta también orar para que las cosas salgan bien; yo no he preguntado, la verdad, no sé si hay un espacio para orar, si hay una capillita o una salita pequeña, no sé la verdad, no he preguntado, pero sí me siento a rezar, a hablar con Dios, que todas las cosas salgan bien y que la bebé salga bien de salud y que salga bien fuerte. Inf. 10

c. Experiencias ajenas que afectan: el ambiente de la sala está permeado por las experiencias ajenas, las cuales son las causas de emociones fuertes. La sala de espera se convierte en un espacio para conocer y compartir con otros, con los mismos objetivos y expectativas.

Aquí he conocido personas, he compartido con ellas sus experiencias y uno comparte las experiencias de uno con esas personas, entonces es algo positivo, siempre que uno no se aisle en un rincón, sino que uno, uno aprende a compartir y escucha a las otras personas, eso hace que también la espera sea menos difícil. Inf. 1

d. Manifestaciones psíquicas de la espera: el cuerpo expresa, a través de manifestaciones psíquicas o físicas, todas las emociones y expectativas. Las altas cargas de sensaciones vividas en la sala de espera producen síntomas psíquicos y físicos. Los informantes manifiestan ansiedad, estrés, angustia e incertidumbre, otros presentan taquicardia, sudoración y cefalea.

Bueno, la espera es, digámoslo así, como algo de ansiedad e intranquilidad, porque como igual a ellas las entran y uno no puede estar al lado ni nada, entonces uno se angustia un poquito, pero en general, la experiencia es de incertidumbre. Inf. 7

Dominio 4. Educación

1. Educación para la salud: aprender mientras se espera

El desconocimiento sobre lo que sucede alrededor del trabajo de parto y el parto les produjo intranquilidad. Se generó la relación semántica: “explicar qué pasa adentro y resolver dudas, son formas de tranquilizar al acompañante”. Preguntan sobre la dilatación, sin saber exactamente lo que significa, sobre los dolores, el monitoreo electrónico y para qué sirve, sobre las funciones de los estudiantes en formación que entran en contacto con la gestante, sobre las complicaciones tanto de la madre como del bebé y sobre los posibles errores médicos.

Entonces queda uno como ¿qué estará pasando adentro, en qué dilatación estará?, pues son muchas cositas que uno quisiera saber un poquito más, para uno estar mucho más tranquilo, porque detrás del compañero hay muchas personas que quieren saber cómo está ella... eso es entonces un poquito preocupante,

porque dirán que pasan muchas cosas, si va a ser cesárea, si va a ser un parto normal, como ese tipo de cositas que le preocupan a uno. Inf. 10

2. Información: saber qué pasa adentro

Los acompañantes se imaginan lo que "pasa allá adentro" y requieren que la información que se les proporcione tenga unas características especiales, entre ellas: cómo está la gestante desde lo físico y lo emocional, cómo va evolucionando y en cuál espacio físico de la sala se encuentra. "Me gustaría saber cómo es el procedimiento que ellas siguen cuando llegan, como desde que llegó ella; me imagino que tienen un protocolo con ella, que primero le hacen un monitoreo, qué reporte tiene el monitoreo". Inf. 8

Discusión

1. Dominio: comunicación terapéutica

La comunicación terapéutica tiene que ver con la relación enfermera-persona, situación que es ampliamente abordada por la teoría enfermera y que forma parte de los conceptos fundamentales de las definiciones de enfermería encontradas en la literatura como una "relación de ayuda, que acompaña a la persona" (13).

En el presente estudio, esta relación debe ser practicada no solo con la mujer en trabajo de parto, sino también con su familia, entendiendo por familia a aquellos seres que tienen un vínculo afectivo cercano a la gestante y que están actuando como acompañantes en la sala de espera; los planes de cuidado de enfermería deben estar enfocados, de acuerdo con la teoría enfermera, al paciente y a la familia.

Los profesionales de enfermería deben evitar al máximo encuentros que se perciban como maltrato; es indispensable tener en cuenta todas las características propias de la comunicación verbal y no verbal, considerar como un determinante en esta interacción las condiciones ambientales externas e internas, no solo de los acompañantes, sino también del profesional de enfermería responsable de direccionar el espacio de comunicación. Así lo expresa el estudio de Vicuña sobre la satisfacción de los familiares en un servicio de obstetricia (1).

Por tal razón, los escenarios de comunicación terapéutica en una sala de espera deben estar dotados no solo de elementos

tangibles (espacio físico adecuado, con pocos contaminantes auditivos, confortable, iluminado, agradable, etc.); sino también, de elementos intangibles (buen tono de voz, interés por comunicar, respeto, comprensión, etc.) que favorezcan una percepción positiva por parte de los familiares.

Los profesionales de enfermería tienen el reto de asumir el cuidado de la familia que se encuentra en sala de espera de trabajo de parto, como parte de los planes y protocolos de la institución. En relación con las habilidades de retroalimentación, se debe hacer que el familiar entienda que los enfermeros quieren ayudar y no mostrarse superiores; describir la situación de manera clara, sin juicio de valores; estar preparados para recibir las respuestas, y pensar con el acompañante sobre lo que se dijo, para que ambos tengan el mismo entendimiento sobre lo que fue comunicado (14).

Otro aspecto que llama la atención frente a la comunicación es la información que esta contiene, y la frecuencia con que se da. En el presente estudio, los acompañantes perciben la comunicación con falencias, y también señalan que la frecuencia con que se comunican e informan no cumple con la necesidad que tienen de saber de su ser querido.

Al respecto, la investigación de Rondeau (15) concluye que la comunicación amplia, frecuente y multicanal es esencial para el mantenimiento de buenas relaciones. Los acompañantes que están esperando necesitan tener la seguridad de que no han sido olvidados y deben ser constantemente actualizados sobre los progresos de la mujer mientras esperan. Cuando la información no se mueve rápidamente, los familiares necesitan saber con seguridad cuándo pueden esperar el servicio. La investigación sugiere que con el fin de mantener a los acompañantes satisfechos, deben ser informados cada 15 minutos, y que la mejor política es la comunicación en todo momento de una manera honesta y directa.

2. Dominio: acompañamiento

Acompañar, según la Real Academia Española (16), es "estar o ir en compañía de otra u otras personas"; el presente estudio trasciende esta mirada y se enmarca en un concepto más integral de "vivir la experiencia con el otro". Los familiares no quieren ser simplemente espectadores, sino protagonistas de un proceso del que, consideran, también forman parte.

Los estudios muestran que el acompañamiento es de gran beneficio y no tiene ningún riesgo asociado con el apoyo en el trabajo de parto y el parto. De la misma manera lo manifiestan Silva *et al.* (17), quienes refieren que son claros los beneficios y se debe hacer todo tipo de esfuerzo para asegurarse de que todas las mujeres reciban apoyo, no solo de las personas allegadas, sino también de acompañantes profesionales, especialmente formados para ello. Este apoyo debe incluir la presencia constante, que se otorguen medidas de alivio y confort, y que se brinde aliento continuo.

El estudio de Ariza y Herrera (18) demostró que los padres que participan en el nacimiento de su hijo manifiestan reacciones como “mayor protección de la esposa, mayor orgullo en relación con su matrimonio y con su propia virilidad, y el disfrute previo de su paternidad”. Así es como la familia expresa que la importancia de acompañar radica no solo en estar ahí presente, sino también en participar y compartir las vivencias buenas o malas de la gestante, apoyar en el sufrimiento o la alegría y experimentar la llegada del nuevo ser.

El estudio de Katri Vehviläinen-Julkunen y Anja Liukkonen (19), refiere que la presencia de los padres en el parto ha demostrado ser un punto culminante en la vida de ellos. Los hombres no solo están para apoyar a su pareja, sino que para ellos también es una experiencia extraordinaria: es cuando, en realidad, se convierten en padres. Expresan que la presencia del padre en el parto se considera importante para la aceptación de la paternidad (20-23).

El personal de enfermería tiene una tarea importante en la prestación de apoyo y orientación para los padres en su nueva situación de vida o en alentarlos a interactuar con su nuevo bebé (24, 25). Deben hacer frente y abogar por las gestantes en situaciones donde hay que estar presentes para acompañar o buscar la mejor compañía para la madre. También es necesario explicar a la familia las razones por las cuales no se permite la entrada a la sala de partos. Aunque los familiares suponen que existe una justificación científica para no poder acceder, es importante que comprendan y se sientan satisfechos con las explicaciones. Dejar a la imaginación los motivos para no entrar con la gestante afecta la imagen de la institución y crea insatisfacciones.

3. Dominio: el ambiente en la sala de espera

Se hizo visible que el contexto tanto interno (lo propio del familiar) como externo (lo propio de la sala), son factores que

influyen en la estadía grata o no del acompañante. En el presente estudio, entre los factores internos se analizó la motivación como elemento esencial en la experiencia de esperar. Los acompañantes, especialmente los padres y las abuelas, revelan que la espera es tolerable porque están motivados por ver al nuevo hijo y por las expectativas creadas para el futuro.

La espiritualidad fue considerada como otro factor interno necesario cuando se vive un momento de gran tensión, como el nacimiento; así surge la esperanza de contar con un ser superior, que ayuda, protege y evita complicaciones para la madre y el hijo por nacer. Rezar en la sala de espera se convierte en una actividad cotidiana, especialmente en un contexto cultural con alto contenido de creencias y tradiciones, alrededor de los mitos y rituales religiosos. La espiritualidad es una fuerza que le da sentido a la vida y, en un determinado momento y circunstancia, adquiere un mayor valor o significado, como en situaciones de enfermedad, sufrimiento o muerte (26, 27).

De igual manera, las experiencias ajenas que viven los familiares durante la espera fueron un factor interno que afectó su nivel de tolerancia a la misma. Dichas experiencias fueron expresadas a otros para conversar y establecer relaciones sociales; en este sentido, todos participaron y compartieron situaciones similares y con un mismo objetivo. Esa interacción social que se desarrolló en la sala de espera despertó el sentido de solidaridad. Como lo refiere Rondeau (15), las personas en una sala de espera experimentan una interacción grupal típica y desarrollan dinámicas de grupo, a pesar de que la composición del grupo esté en constante cambio.

El presente estudio muestra que los familiares tienen altas cargas de estrés y fuertes choques emocionales que van desde el miedo, la angustia y la ansiedad, hasta la felicidad. Estos sentimientos se reflejan en el estado de salud física del familiar, manifestado por fatiga, sudoración, taquicardia, dolor muscular y cefalea. Dichas sensaciones cambian con respecto a los que esperan en otras salas de atención en salud. Los estudios muestran que los compañeros o esposos experimentaron sentimientos fuertes de placer y de orgullo, como también de miedo, ansiedad e impotencia (15, 19).

Enfermería debe intentar asumir encuentros interpersonales con los usuarios. Es decir, desde la perspectiva de la teoría de enfermería como cuidado, el profesional está preparado para

trascender los contextos sociales y situacionales, y tiene los conocimientos para generar respuestas de cuidado que alienten a la persona y le den esperanza y consuelo. Los profesionales de enfermería que intervienen en estas situaciones pueden ayudarlos, permitiéndoles expresar sus sentimientos.

De otro lado, la imagen de la institución es una razón que tuvieron los informantes para consultar el servicio de obstetricia. La imagen positiva y la reputación que se tiene en la comunidad, es un factor relevante para la gran afluencia de maternas. Sin embargo, cuando viven la experiencia de esperar, la percepción cambia y surgen comentarios que indican no querer volver por los servicios. El estudio de Rondeau (15) encontró que un cliente insatisfecho, que ha tenido un problema, dirá a nueve o diez personas lo sucedido, generando un impacto negativo en el futuro para la institución. La experiencia negativa más relevante fue la frecuencia y la calidad de la información. En este sentido, enfermería tiene una labor trascendental, a través del establecimiento de planes de cuidado para la familia, que incluyan como actividad diaria y permanente el ofrecimiento de información clara, precisa, oportuna, frecuente y cálida.

4. Dominio: educación en la sala de espera

Las salas de espera en las instituciones de salud son espacios que se deben aprovechar para hacer el tiempo más eficiente y más productivo. En este sentido, el presente estudio determinó que la educación es fundamental en este espacio, y que hay características que deben tenerse en cuenta para hacer más ameno y productivo este tiempo considerado como perdido o muerto.

En el campo de la salud, la educación adquiere una importancia relevante, especialmente para el personal de enfermería. Así como lo expresan Durán et al. (28), es en este contexto que la educación para la salud adquiere una gran importancia, ya que es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, la enfermedad y al uso de servicios, reforzando conductas positivas.

Igualmente, para los usuarios, la educación es percibida como relevante para su aprendizaje; esto se evidencia en un estudio de Peñaranda y Blandón, donde refieren que los usuarios consideraban necesaria y valiosa la orientación impartida por los profesionales de la salud, puesto que “encuentran que no son su-

ficientes sus experiencias, ni los conocimientos de las personas de su ambiente próximo” (29).

Los profesionales de enfermería deben educar e informar y proporcionar una espera más amena y productiva. En este sentido, y de acuerdo con las vivencias de los informantes, la educación para la salud y la información en sala de espera de trabajo de parto se debe basar en:

1. Educación para la salud: el proceso de la dilatación, el manejo del dolor en trabajo de parto, el monitoreo electrónico fetal, actividades de docencia en la institución, complicaciones para la madre y el bebé y medidas de seguridad para evitar errores médicos.
2. Información: las actividades que se desarrollan al interior de las salas de obstetricia. Aquí se debe tener en cuenta no solamente cómo se encuentra la madre desde lo físico, sino también desde lo emocional, la evolución de su trabajo de parto e informar en cuál espacio físico va.

El estudio de Pérez (30) identificó que a los familiares que esperan en la sala de trabajo de parto y parto se les debe ofrecer información sobre cómo se encuentra la parturienta y cómo evoluciona el parto, con el objetivo de calmar la ansiedad que surge durante esta espera.

El acercamiento a los familiares en la sala de espera mediante la educación, crea espacios para que estos, y especialmente los esposos, tengan la oportunidad de compartir experiencias y despejar dudas, además de conocer sobre los temas de la maternidad, como se evidenció en el estudio de Magnoni y Komura (31), quienes señalan que la información recibida por los padres les permitía profundizar más en las relaciones con sus parejas y fortalecer el papel paternal que iniciaban.

El establecimiento de un protocolo educativo e informativo debe garantizar que los familiares se sientan participantes activos en la espera de su ser querido, de la misma manera se les debe mostrar que el equipo de salud se interesa por ellos a través de la educación e información clara y permanente.

Conclusión

La presente investigación se consideró como un primer referente institucional para abordar de manera apropiada a los fami-

liares en salas de espera. Se logró identificar, desde la etnografía focalizada, un soporte teórico para la construcción de políticas institucionales y planes de cuidado encaminados a tener en cuenta servicios más humanos, caracterizados por una adecuada co-

municación con el familiar, que contenga educación continua e información permanente, un ambiente propicio que garantice un estado de confort y tranquilidad, y la posibilidad de acompañamiento en las salas de trabajo de parto.

Referencias

1. Vicuña M. Nivel de satisfacción y las disfunciones percibidas sobre la calidad de la atención de los servicios obstétricos. *An Fac Med* [Internet]. 2002 [citado 2014 ago 26]; 63(1):40-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37963106>
2. Semczuk M, Steuden S, Szymona K. The stress level and structure in parents awaiting babies from high risk pregnancies. *Ginekol Pol.* 2004;75(6):417-24.
3. Lopera M, García L, Madrigal M, Forero C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2014 ago 26]; 28(1). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/5481/5622>
4. Frizon G, Nascimento E, Bertinello K, Martins J. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2014 ago 26]; 32(1):72-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100009>.
5. Colenci R, Abdala K, Braga E. A família na sala de espera do centro cirúrgico. *Rev SOBEC* [Internet]. 2004 [citado 2014 ago 26]; 9(1):13-20. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-403464>
6. Cantero A, Fiuri L, Furfaro K, Jankovic MP, Llompert V, San Martín ME. Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 2010;29:108-112.
7. Gómez A, Albuquerque M, Escolástica S, Raimunda M. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2006 [citado 2014 ago 26]; 14(1):7-18. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-442018>
8. Clínica Universitaria Bolivariana. Registro diario de actividades. Medellín: CUB, Unidad Materno Infantil; 2011.
9. Morce J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
10. Sandoval C. Investigación cualitativa: programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá: Corcas; 1997.
11. Spradley J. The ethnographic interview. Orlando, Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1983.
12. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index Enferm.* 2000;9(30):30-35.
13. García M, López M, Vicente M. Reflexiones en torno a la relación terapéutica: ¿falta de tiempo? *Index Enferm* [Internet]. 2004 [citado 2014 jun 9]; 13(47):44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=es.
14. Foster T, Hawkins J. The therapeutic relationship: dead or merely impeded by technology? *Br J Nurs.* 2005;14(13):698-702.
15. Rondeau KV. Managing the clinic wait: an important quality of care challenge. *J Nursing Care Qual.* 1998;13(2):11-20.
16. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: RAE; 2001 [citado 2014 ago 16]. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
17. Silva RM, Barros NF, Jorge HM, Melo LP, Ferreira Junior AR. Qualitative evidence of monitoring by doulas during labor and childbirth. *Cien Saude Colet.* 2012;17(10):2783-94.

18. Ariza N, Herrera G. El parto sin violencia: un compromiso de vida. *Rev Salud Hist Sanid.* 2012;7(1):43-60.
19. Vehviläinen-Julkunen K, Liukkonen A. Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery.* 1998;14(1):10-7.
20. Palkovitz R. Changes in father-infant bonding beliefs across couples' first transition to parenthood. *Matern Child Nurs J.* 1992;20(3-4):141-54.
21. Walker LO. *Parent-infant nursing science: paradigms, phenomena, methods.* Philadelphia: F.A. Davis; 1992.
22. Nieminen P, Nummenmaa AR. Lapsen syntymisen psykologia. En Vehviläinen-Julkunen K, Liukkonen A. Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery.* 1998;14:113-17.
23. Novak JC, Novak RE. Facilitating fathering. In Craft MJ, Denehy JA. *Nursing interventions for infants and children.* Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.
24. Mercer RT, Ferketich SL. Predictors of family: functioning eight months following birth. *Nurs Res.* 1990;39(2):76-82.
25. Mercer RT, Ferketich SL, DeJoseph JF. Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Res Nurs Health.* 1993;16(1):45-56.
26. Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Can J Psychiatry.* 2009;54(5):292-301.
27. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *J Adv Nurs.* 2007;60(4):384-388.
28. Durán L, Hernández Rincón M, Díaz Nieto L, Becerra Aponte J. Educación para la salud: una estrategia integradora. *Perfiles Educativos.* 1993;(62):1-11.
29. Fernando Peñaranda C, Blandón L. La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo: entre la satisfacción y la frustración. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006;24(2):28-36.
30. Pérez M. La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 1996;15(3):102-106.
31. Magnoni L, Komura L. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. *Cienc Enferm [Internet].* 2010 [citado 2014 ago 18]; 16(1):105-114. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100012&lng=pt.