

BENEFICIOS DEL APOYO DE LA DOULA DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO EN UN HOSPITAL DE MÉXICO

Autores:

Juana Oyuela García. Maestría en Ciencia de Enfermería. Instituto Mexicano del Seguro Social. Mail: juanyoyuela@hotmail.com

ID

Dora Elia Silva Luna Maestría en Salud Pública. Universidad Autónoma de Nuevo León. Mail: dora_elia49@gmail.com

ID

Francisco Rafael Guzmán Facundo*. Doctorado en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Mail: francisco.guzmanf@uanl.mx

ID

* Autor de correspondencia

› Resumen

Introducción: El apoyo continuo durante el parto mejora la experiencia materna y los resultados perinatales. Sin embargo, la integración de las doulas en los sistemas de salud enfrenta barreras. **Objetivo:** Evaluar los efectos del acompañamiento de una doula durante la fase activa del trabajo de parto y el nacimiento. **Metodología:** Estudio cuasiexperimental en una institución de alta especialidad en Monterrey, México. Se compararon dos grupos de mujeres en trabajo de parto: uno recibió apoyo continuo de una doula (n=58) y el otro solo atención convencional (n=42). Se analizaron indicadores clínicos (progresión del trabajo de parto), de asistencia (tiempo de acompañamiento) y de bienestar materno-infantil (apego madre-hijo). **Resultados:** Las participantes tuvieron una edad promedio de 24.2 años (DE = 5.28); 61% (n=61) eran primigestas y 16% (n=16) tenían antecedentes de aborto. El grupo de intervención presentó una mayor frecuencia de partos eutópicos (36.2%; n=21 vs. 23.8%; n=10), sin significación estadística ($p = .287$). Las mujeres con apoyo de una doula presentaron mayor dilatación cervical (4.98 cm vs. 4.10 cm, $p = .001$) y mayor porcentaje de borramiento cervical (73.79%; n=43 vs. 71.67%; n=30, $p = .023$). Asimismo, el apego madre-hijo fue significativamente mayor en este grupo ($\chi^2 = 9.87$, $p = .002$). **Conclusión:** El acompañamiento de una doula favorece una mejor progresión del trabajo de parto y fortalece el vínculo materno-infantil. Estos hallazgos respaldan la importancia de su inclusión en los modelos de atención obstétrica para promover un parto humanizado y reducir intervenciones médicas innecesarias.

Fecha de Recepción: 01 abril 2025

Fecha Aceptación: 24 julio 2025

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.101.2025.4851>

Copyright © 2025



Palabras claves: Trabajo de parto; Doulas; Parto humanizado; Enfermería Obstétrica

BENEFITS OF DOULA SUPPORT DURING THE ACTIVE PHASE OF LABOR AND BIRTH IN A HOSPITAL IN MEXICO

› Abstract

Introduction: Continuous support during labor improves maternal experience and perinatal outcomes. However, the integration of doulas into healthcare systems faces several barriers. **Objective:** To evaluate the effects of doula support during the active phase of labor and childbirth. **Methodology:** A quasi-experimental study was conducted in a high-specialty hospital in Monterrey, Mexico. Two groups of women in labor were compared: one received continuous support from a doula ($n = 58$) and the other received standard care only ($n = 42$). Clinical indicators (labor progression), care indicators (duration of support), and maternal–infant well-being outcomes (mother–infant bonding) were analyzed. **Results:** Participants had a mean age of 24.2 years ($SD = 5.28$); 61% ($n = 61$) were primigravidas and 16% ($n = 16$) had a history of miscarriage. The intervention group had a higher frequency of eutocic births (36.2%; $n = 21$ vs. 23.8%; $n = 10$), though this difference was not statistically significant ($p = .287$). Women who received doula support showed greater cervical dilation (4.98 cm vs. 4.10 cm, $p = .001$) and a higher percentage of cervical effacement (73.79%; $n = 43$ vs. 71.67%; $n = 30$, $p = .023$). Moreover, mother–infant bonding was significantly higher in this group ($\chi^2 = 9.87$, $p = .002$). **Conclusion:** Doula support promotes better labor progression and strengthens maternal–infant bonding. These findings support the importance of including doulas in obstetric care models to promote humanized childbirth and reduce unnecessary medical interventions.

Keywords: Labor, Obstetric; Doulas; Humanizing Delivery; Obstetric Nursing.

› Introducción

El bienestar materno durante el parto sigue siendo una prioridad en salud pública a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 casi 800 mujeres fallecieron cada día por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, lo que equivale a una muerte materna cada dos minutos.⁽¹⁾ En México, aunque la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia a la baja en el último tiempo, en el año 2023 se registraron 25.6 defunciones maternas por cada 100.000 nacimientos vivos, lo que representa un desafío significativo para el sistema de salud.⁽²⁾ Aspecto que se acrecienta debido a las marcadas desigualdades socioeconómicas que afectan este indicador, pues las mujeres con acceso limitado a servicios de salud, en particular aquellas de comunidades rurales e indígenas, tienen un mayor riesgo de complicaciones y muerte materna.⁽³⁾

El trabajo de parto y el nacimiento son procesos fisiológicos complejos que no solo involucran aspectos físicos, sino también emocionales y psicológicos. Para muchas mujeres, esta etapa representa una experiencia transformadora que puede estar acompañada de expectativas, incertidumbre y en algunos casos, miedo o ansiedad.⁽⁴⁾ Estos sentimientos pueden estar influenciados por factores individuales, culturales y sociales, así como por el nivel de información y preparación que la mujer tenga antes del parto. En este contexto, el apoyo continuo durante el parto ha sido identificado como un factor clave para mejorar la experiencia materna y los resultados perinatales. (3, 5, 6, 7)

A diferencia del personal médico, cuya atención se centra en la salud clínica de la madre y el recién nacido, las doulas enfocan su labor en el bienestar integral de la mujer, brindando estrategias para el manejo del dolor, facilitando la comunicación con el equipo de salud y promoviendo una experiencia de parto más positiva y empoderada, es decir, complementan el cuidado con un acompañamiento personalizado que potencia el empoderamiento y la autonomía de la mujer.^(8, 9)

Lo anterior, contribuye a mejorar indicadores de salud materna y perinatal al reducir la ansiedad, favorecer la relajación y promover un ambiente seguro y de confianza durante el trabajo de parto, además de poder facilitar la progresión fisiológica de este, como la dilatación cervical y el borramiento y disminución de la necesidad de intervenciones médicas innecesarias.^(8, 9)

Diversos estudios han documentado los beneficios del apoyo de una doula durante la fase activa del trabajo de parto y el nacimiento: contribuye a la reducción del uso de intervenciones médicas, como la administración de analgesia epidural y la realización de cesáreas innecesarias,⁽³⁾ genera menores niveles de estrés y ansiedad, una mayor sensación de control sobre su proceso de parto y una recuperación posparto más satisfactoria,^(10, 11) ayuda a trabajos de parto más cortos⁽¹²⁾ y genera mejores resultados neonatales, como mayores puntajes de Apgar⁽¹³⁾ y un fortalecimiento de los lazos familiares y del apego madre-hijo.⁽¹⁴⁾

A pesar de la creciente evidencia sobre los beneficios del apoyo de una doula, su integración en los sistemas de salud aún enfrenta desafíos, como la falta de reconocimiento formal y la limitada accesibilidad para ciertas poblaciones.⁽⁸⁾ No obstante, su papel es cada vez más valorado dentro de los modelos de atención centrada en la mujer, que buscan mejorar la calidad de la atención obstétrica y reducir la medicalización innecesaria del parto.⁽⁶⁾

En base a los antecedentes descritos, este artículo tiene como objetivo analizar los principales beneficios del acompañamiento de una doula durante la fase activa del trabajo de parto y el nacimiento, evaluando su impacto en indicadores clínicos de progresión del trabajo de parto (dilatación cervical y borramiento), en indicadores de apoyo y asistencia (tiempo de acompañamiento) y en indicadores de vínculo y bienestar materno-infantil (apego madre-hijo y contacto piel con piel posparto), elementos que son de gran interés para la disciplina de enfermería, ya que se alinean con su compromiso de brindar cuidados integrales, seguros y humanizados durante el proceso de nacimiento.

› Metodología

Diseño:

Se utilizó un enfoque cuantitativo, cuasiexperimental, longitudinal y comparativo⁽¹⁵⁾ para evaluar el impacto de la presencia de una doula en indicadores clínicos de progresos de trabajo de parto, de apoyo y asistencia como el tiempo de acompañamiento e indicadores de vínculo y bienestar materno-infantil, incluyendo el apego materno-infantil facilitado por el contacto piel con piel inmediato posparto.

Muestra y muestreo

La población de estudio estuvo conformada por mujeres embarazadas en trabajo de parto, atendidas en una institución hospitalaria de alta especialidad de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. La selección de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando criterios de inclusión como embarazo a término (37 a 41 semanas de gestación), trabajo de parto espontáneo o inducido, y ausencia de complicaciones médicas que indicaran cesárea programada. Se excluyeron mujeres con embarazos múltiples, complicaciones obstétricas graves o diagnóstico psiquiátricos previos documentados en el expediente clínico, ya que pudieran influir en la percepción del apoyo recibido.

Reclutamiento e intervención

Las participantes fueron asignadas a dos grupos: el grupo experimental, integrado por 58 mujeres que recibieron apoyo continuo de una doula durante la fase activa del trabajo de parto y el nacimiento, y el grupo control, conformado por 42 mujeres que recibieron atención convencional por parte del personal de salud sin intervención de una doula. La asignación no fue aleatoria debido a limitaciones operativas del contexto clínico real, como la disponibilidad de doulas certificadas por turno y la capacidad del equipo para implementar protocolos de asignación aleatoria sin afectar la dinámica de atención hospitalaria. Para reducir el riesgo de sesgo de selección, se implementaron estrategias de control, como la comparación de características sociodemográficas y obstétricas entre ambos grupos al inicio del estudio, lo que permitió garantizar cierta equivalencia basal entre los grupos analizados.

La intervención en el **grupo experimental** consistió en la presencia continua de una doula durante la fase activa del trabajo de parto y el nacimiento. Su función principal fue brindar un acompañamiento integral, abarcando aspectos emocionales, físicos e informativos para mejorar la experiencia del parto y reducir el estrés materno. Desde el ingreso a la sala de labor, la doula ofreció **apoyo emocional**, validando las emociones de la gestante y promoviendo un ambiente de seguridad y confianza. Además, proporcionó orientación sobre técnicas de respiración y relajación, guiando a las mujeres en la aplicación de patrones de respiración rítmica y ejercicios de concentración para favorecer el control del dolor y la disminución de la ansiedad. El **apoyo físico** incluyó la aplicación de masajes relajantes y técnicas de contrapeso, dirigidas a aliviar la tensión muscular y reducir la

percepción del dolor en la zona lumbar y pélvica. Asimismo, la doula sugirió y asistió en la adopción de posturas favorecedoras para la progresión del trabajo de parto, como el movimiento pélvico, la deambulación y la posición en cuclillas, con el objetivo de facilitar el descenso fetal y optimizar la dilatación cervical. Además, la doula proporcionó **refuerzo positivo** para la confianza materna, alentando a las mujeres a confiar en su capacidad para dar a luz y reafirmando su autonomía en la toma de decisiones respecto a su proceso de parto.

Por otro lado, en el **grupo control**, las mujeres recibieron la atención estándar del personal de salud, la cual se centró en la monitorización del trabajo de parto y la provisión de cuidados clínicos conforme a los protocolos hospitalarios. A diferencia del grupo experimental, no contaron con un acompañamiento continuo de la doula, lo que significa que el apoyo emocional, las técnicas de alivio del dolor y la orientación sobre posturas fueron proporcionados de manera ocasional por el equipo de salud, según la disponibilidad del personal y las dinámicas institucionales.

Recolección de información

Para evaluar el impacto del apoyo de la doula, se diseñó un formulario estructurado con el propósito de recabar información personal y obstétrica de cada mujer participante. Este formulario fue elaborado con base en la revisión de literatura especializada y en los objetivos del estudio. Su principal fuente de datos fue el expediente clínico, lo cual aseguró un nivel adecuado de estandarización en la información obtenida. Los datos recolectados incluyeron la duración del trabajo de parto (registrada en horas desde la fase activa hasta el nacimiento), indicadores clínicos del progreso del parto (centímetros de dilatación y porcentaje de borramiento cervical), así como el tiempo de acompañamiento por parte de la doula o personal médico.

Además, se integraron indicadores relacionados con el vínculo y el bienestar materno-infantil, como el contacto temprano piel con piel y el apego con el recién nacido, registrados también en el expediente o anotados por el personal de salud responsable. El formulario fue sometido a juicio de expertos para validar su contenido y asegurar su pertinencia clínica. Esta herramienta facilitó la sistematización de los datos clínicos relevantes para el análisis del efecto del acompañamiento de la doula.

Análisis de los datos

El procesamiento y análisis de la información se realizó con el software IBM SPSS Statistics, versión 22. Para las variables cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación estándar). Las comparaciones entre el grupo de intervención y el grupo control se efectuaron mediante la prueba U de Mann-Whitney, reportando el estadístico U, el valor z, el nivel de significancia (p) y el tamaño de efecto (r). La interpretación del tamaño de efecto se basó en los criterios de Cohen,⁽¹⁶⁾ donde 0.10 corresponde a un efecto pequeño, 0.30 a mediano y 0.50 a grande.

En el análisis de variables categóricas, como el tipo de parto y el apego

del recién nacido, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), especificando el valor del estadístico, los grados de libertad, el valor p y el tamaño de efecto phi (Φ). La interpretación de Φ también se realizó según los puntos de corte de Cohen.⁽¹⁶⁾

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud,⁽¹⁷⁾ en particular en los siguientes artículos: Artículo 13: En todo momento se cuidó el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de las mujeres parturientas participantes. Artículo 16: Se garantizó la privacidad de las mujeres sujetas a investigación; los datos recabados fueron tratados respetando el anonimato y la confidencialidad de cada participante. Artículo 22, Párrafo IV: Se informó claramente a las participantes que el acompañamiento recibido formaba parte de un estudio. Se obtuvo consentimiento informado por escrito, el cual incluyó una explicación detallada sobre la naturaleza del acompañamiento, los posibles beneficios y los riesgos asociados, aun cuando estos fueran mínimos y no implicaran alteraciones a la integridad física. Si bien la intervención no representó riesgo físico directo, se reconocieron riesgos potenciales mínimos, tales como molestias por el uso de ciertos estímulos sensoriales (como olores o sonidos), posibles variaciones en la percepción del dolor, o cambios leves en variables fisiológicas materno-fetales (por ejemplo, frecuencia cardíaca fetal). Estos aspectos fueron considerados y explicados en el proceso de consentimiento. El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de acuerdo con las normativas nacionales vigentes y los principios de la Declaración de Helsinki.

› Resultados

En relación con los datos ginecoobstétricos, la edad promedio de las mujeres fue de 24.2 años (DE = 5.28). La mayoría se encontraba en su primera gestación (61%; n=61), mientras que el 16% (n=16) reportó antecedentes de aborto. El promedio de semanas de gestación fue de 38.85 (DE = 1.77). En cuanto a los recién nacidos, el peso promedio fue de 3.24 kg (DE= 0.45), la talla promedio fue de 52.3 cm (DE = 3.13), y el puntaje Apgar promedio al nacer fue de 8.5 (DE= 1.49).

Respecto al tipo de parto, en el grupo de intervención el 36.2% (n=21) fueron partos eutócicos, mientras que en el grupo control esta proporción fue del 23.8% (n=10). Por otro lado, los partos distólicos se presentaron en el 48.3% (n=28) del grupo de intervención y en el 66.7% (n=28) del grupo control. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 3.77$, $p = .287$). En relación con la ruptura de membranas, se observaron diferencias significativas entre las mujeres del grupo de intervención y aquellas que no participaron en la intervención ($\chi^2 = 17.84$, $p = .001$). En el grupo de intervención, el 32.8% (n=19) experimentó ruptura espontánea de

membranas, en contraste con solo el 14.3% (n=6) en el grupo control.

Tabla 1: Contraste de tendencia central de la puntuación de centímetros de dilatación, borramiento y tiempo de acompañamiento entre grupo de intervención y grupo control, según la prueba U de Mann-Whitney

| Variable | Grupo | n | \bar{x} | Mdn | DE | U | z | p | r (Tamaño de efecto) |
|---------------------------|--------------|----|-----------|--------|-------|--------|-------|------|-------------------------|
| Centímetros de dilatación | Control | 42 | 4.10 | 4.00 | 1.35 | 689.50 | -3.81 | .001 | .38 (mediano) |
| | Intervención | 58 | 4.98 | 5.00 | 1.27 | | | | |
| Borramiento | Control | 42 | 71.67 | 70.00 | 11.24 | 913.00 | -2.27 | .023 | .22 (pequeño) |
| | Intervención | 58 | 73.79 | 80.00 | 18.99 | | | | |
| Tiempo de acompañamiento | Control | 42 | 275.61 | 254.00 | 184.5 | 614.00 | -4.21 | .001 | .50 (grande) |
| | Intervención | 58 | 171.34 | 139.50 | 136.8 | | | | |

Nota: \bar{x} = media aritmética; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; U = estadístico de la prueba U de Mann-Whitney; p = nivel de significancia; r = tamaño de efecto (clasificación: pequeño < .30; mediano .30-.49; grande ≥ .50).

Los hallazgos, evidencian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en las tres variables evaluadas. En los centímetros de dilatación cervical, el grupo de intervención presentó una mediana de 5.00 cm frente a 4.00 cm en el grupo control ($U = 689.50$, $z = -3.81$, $p = .001$), con un tamaño de efecto mediano ($r = .38$), lo que indica un avance mayor en la dilatación en las participantes que recibieron la intervención. Respecto al borramiento cervical, el grupo de intervención tuvo una mediana de 80%, superior al 70% observado en el grupo control ($U = 913.00$, $z = -2.27$, $p = .023$), con un tamaño de efecto pequeño ($r = .22$), lo que sugiere una diferencia modesta a favor de la intervención. En cuanto al tiempo de acompañamiento, las mujeres del grupo de intervención registraron una mediana significativamente menor (139.5 minutos) que las del grupo control (254.0 minutos) ($U = 614.00$, $z = -4.21$, $p = .001$), con un tamaño de efecto grande ($r = .50$), indicando que la intervención se asoció con una reducción sustancial en la duración del acompañamiento (Tabla 1).

Con respecto a la relación entre el apego del recién nacido y la participación en el grupo de intervención en comparación con el grupo control, se observa que en el grupo de intervención, el 20.7% (n = 12) de los recién nacidos mostraron apego, mientras que en el grupo control, ningún recién nacido presentó apego. El análisis evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos ($\chi^2 = 9.87$, $p = .002$), con un tamaño de efecto $\Phi = -0.314$, lo que representa un efecto mediano según los criterios de Cohen (1988), indicando que la intervención tuvo un efecto positivo sobre el establecimiento del apego del recién nacido (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución porcentual de madres según nivel de conocimiento para prevenir la anemia ferropénica por dimensiones

| Apego de recién nacido | Grupo | | | | χ^2 | Φ | p | | | |
|------------------------|---------|-----|--------------|------|----------|--------|------|--|--|--|
| | Control | | Intervención | | | | | | | |
| | f | % | f | % | | | | | | |
| Apego | 0 | 0 | 12 | 20.7 | 9.87 | -.314 | .002 | | | |
| No Apego | 42 | 100 | 46 | 79.3 | | | | | | |

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-cuadrado de Pearson; p = significancia; n= 100. Interpretación del tamaño de efecto Φ basada en Cohen (1988): 0.10 = pequeño, 0.30 = mediano, 0.50 = grande.

› Discusión

Los hallazgos de este estudio respaldan la evidencia existente sobre los beneficios del apoyo continuo de una doula durante el trabajo de parto y el nacimiento.^(3,5-7) Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la vía del parto entre los grupos, la menor incidencia de partos distóxicos en el grupo de intervención sugiere una tendencia favorable en la evolución del proceso del parto. Este resultado podría estar relacionado con la reducción del estrés materno y el aumento en la autoconfianza de las mujeres que recibieron apoyo emocional y físico continuo por parte de una doula^(3,14).

La literatura científica ha documentado que el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto por una doula puede modular la respuesta fisiológica al estrés, facilitando la liberación de oxitocina endógena y promoviendo contracciones uterinas más efectivas.^(13, 18) Este mecanismo favorece la progresión natural del parto y disminuye la necesidad de intervenciones médicas, como el uso de oxitocina sintética, analgesia epidural y cesáreas innecesarias. Además, se ha reportado que el apoyo continuo contribuye a una mejor experiencia del parto, reduciendo la percepción del dolor y el riesgo de complicaciones materno-neonatales.^(19, 20)

Las mujeres que recibieron el acompañamiento de una doula mostraron una mejor progresión en el trabajo de parto, evidenciada por una mayor dilatación cervical y un porcentaje superior de borramiento, en comparación con aquellas que no recibieron este apoyo. Estos resultados sugieren que el acompañamiento en el grupo de intervención puede influir positivamente en la progresión del trabajo de parto, particularmente en términos de dilatación y borramiento cervical, con una reducción significativa en el tiempo de acompañamiento necesario.^(18, 21)

Este hallazgo coincide con investigaciones previas que han documentado los efectos positivos del acompañamiento continuo en la reducción del tiempo total de trabajo de parto y la disminución de la necesidad de intervenciones obstétricas, como cesáreas o uso de forceps.^(14, 21) La mayor confianza y menor estrés materno asociados al acompañamiento continuo podrían explicar estas mejoras, ya que el apoyo emocional y físico constante parece facilitar una progresión más natural del trabajo de parto, promoviendo la liberación de oxitocina endógena, hormona crucial para la contracción uterina y la dilatación cervical.⁽⁶⁾

El establecimiento del apego temprano entre madre e hijo es un factor crítico para el desarrollo emocional y social del niño, y los resultados de este estudio muestran que el grupo que recibió el apoyo de una doula presentó una vinculación mayor en las primeras horas de vida. Este hallazgo cobra especial relevancia debido a que el apego temprano tiene efectos profundos y duraderos en la salud emocional, cognitiva y física del niño. Según estudios previos, el contacto inmediato y prolongado entre madre e hijo en el postparto facilita el proceso de vinculación afectiva, esencial para el bienestar psicológico tanto de la madre como del recién nacido.^(22, 23)

La intervención de la doula podría haber jugado un papel crucial en la

reducción de la ansiedad materna, lo que a su vez crea un entorno más tranquilo y propicio para el contacto piel con piel y la iniciación temprana de la lactancia materna. La presencia constante y el apoyo emocional de la doula contribuyen a un ambiente de confianza, lo que favorece la relajación de la madre y permite una mayor interacción con el recién nacido, facilitando así el establecimiento del apego.⁽²¹⁾ Además, investigaciones sugieren que el contacto inmediato favorece la estabilidad fisiológica del recién nacido, incluida la regulación de la temperatura corporal, la estabilización de la frecuencia cardíaca y la sincronización con los ritmos maternos, lo cual fortalece el vínculo emocional y contribuye al bienestar del recién nacido. (7, 23)

El vínculo temprano también tiene implicaciones para el desarrollo neurológico y la capacidad del niño para formar relaciones saludables en la edad adulta. La promoción del contacto físico inmediato como prácticas facilitadas por la presencia de la doula se alinean con las directrices de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, que enfatizan la importancia del apego y la lactancia en los primeros momentos tras el parto para garantizar la salud integral del recién nacido. (24) En resumen, este estudio refuerza la importancia del apoyo continuo durante el trabajo de parto y el postparto para promover un apego temprano positivo, que se traduce en beneficios tanto para la madre como para el niño a lo largo de su desarrollo.

Este estudio presenta algunas limitaciones inherentes a su diseño cuasi experimental. En primer lugar, la ausencia de aleatorización en la asignación de los grupos puede introducir sesgos de selección, ya que las diferencias preexistentes entre las participantes podrían haber influido en los resultados observados. En segundo lugar, el uso de un muestreo por conveniencia limita la representatividad de la muestra, lo que restringe la generalización de los hallazgos a otras poblaciones o contextos clínicos. Asimismo, la naturaleza no ciega de la intervención podría haber generado un efecto de expectativa tanto en las participantes como en el personal de salud, afectando la objetividad en la percepción y el registro de los resultados. Finalmente, el estudio se desarrolló en un único hospital, lo que reduce la variabilidad de los escenarios y prácticas asistenciales consideradas.

Se recomienda que investigaciones posteriores utilicen diseños experimentales con asignación aleatoria para reducir el riesgo de sesgos y fortalecer la validez interna de los hallazgos. Además, sería deseable emplear técnicas de muestreo probabilístico que permitan una mayor representatividad de la población objetivo. La inclusión de múltiples centros hospitalarios y diversos contextos socioculturales podría aportar una visión más amplia sobre la efectividad del acompañamiento de doulas. También se sugiere evaluar el impacto de esta intervención a largo plazo, considerando no solo indicadores inmediatos del parto y el posparto, sino también variables relacionadas con la salud materna, el desarrollo infantil y la calidad del vínculo madre-hijo en etapas posteriores.

› Conclusiones

Los resultados del estudio respaldan la evidencia previa sobre los efectos positivos del acompañamiento durante el trabajo de parto y el nacimiento. Aunque no hubo diferencias significativas en la vía del parto, se observó una menor incidencia de partos distóicos en el grupo de intervención, lo que sugiere un impacto positivo en la evolución del parto. Las mujeres acompañadas por una doula presentaron mayor dilatación cervical y un porcentaje superior de borramiento, lo que facilitó una evolución más favorable del trabajo de parto. El grupo con apoyo de doula mostró una mayor vinculación madre-hijo en las primeras horas de vida, lo que fortalece el apego temprano.

El estudio muestra que las doulas desempeñan un papel clave en la humanización del parto, promoviendo modelos de atención centrados en la mujer y en la reducción de la medicalización innecesaria del proceso de nacimiento. Se destaca la importancia de integrar estrategias de apoyo continuo en la atención obstétrica para mejorar la calidad del cuidado materno y neonatal. Se recomienda que futuras investigaciones evalúen estos efectos en diversas poblaciones y contextos clínicos, así como su impacto en el bienestar materno y neonatal a largo plazo.

› Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [Internet]. 2023 Feb. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Secretaría de Salud. 251. En últimos 12 años, México redujo más de 46% mortalidad materna: Dirección General de Epidemiología [Internet]. 2023 Aug. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/251-en-ultimos-12-anos-mexico-redujo-mas-de-46-mortalidad-materna-direccion-general-de-epidemiologia>
3. Gudmundsson P, Elden H, Larsson A, Sundén J, Björkman A, Tegnér H, et al. A qualitative study of the experience of doula support to women in socially disadvantaged positions in Sweden: The voices of women and doulas. Sex Reprod Healthc. 2024;41:101016. doi: 10.1016/j.srhc.2024.101016
4. Organización Mundial de la Salud. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
5. Castellanos-Villegas AE, Hernández-García JD, Vázquez-Martínez ER. Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. Perinatol Reprod Hum. 2023;37(1):31-8. doi: 10.24875/per.22000013
6. Cobo A, Jiménez EIA. Parto humanizado y la función de enfermería en los establecimientos de salud pública. Enferm Investiga. 2022;7(1):73-8. doi: 10.31243/ei.uta.v7i1.994.2022
7. Vásquez Truysi ML, Campos-Quintero L. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. Rev Colomb Enferm. 2021;20(1). doi: 10.18270/rce.v20i1.2830
8. Raposo NM, Jurgens CY. Nurses' Role in the Birth Experience: An Integrative Review. MCN Am J Matern Child Nurs. 2025;50(2):99-106. doi:10.1097/NMC.0000000000001080
9. Colmenares J, Ramírez B. Volvamos al parto humanizado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024;84(3):316-28. doi: 10.51288/00840313

10. Amorim LF, Leal EC da C, Viana MRP. Performance of the doulas during the pregnancy-puerperal cycle: a literature review. *Res Soc Dev.* 2020;9(7):e598974505. doi: 10.33448/rsd-v9i7.4505
11. Da Silva Lins HN, Macêdo Paiva LK, Souza MG, Cassimiro Lima RM, Andrade Albuquerque NL. Vivências na assistência à mulher: percepção das doulas. *Rev Enferm UFPE Online.* 2019;13(5):1264-9. doi: 10.5205/1981-8963-v13i5a238358p1264-1269-2019
12. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MV, Lago PN, Mesquita NS. La contribución del acompañante para la humanización del parto y nacimiento: percepciones de mujeres después del parto. *Esc Anna Nery.* 2014;18:262-9. doi: 10.5935/1414-8145.20140038
13. Otten MJ. Effects of labor support from doulas on birth outcomes [Master's thesis]. Bethel University; 2019. Available from: <https://spark.bethel.edu/etd/494>
14. Ramey-Collier K, Jackson M, Malloy A, McMillan C, Scraders-Pyatt A, Wheeler SM. Doula care: A review of outcomes and impact on birth experience. *Obstet Gynecol Surv.* 2023;78(2):124-7. doi: 10.1097/OGX.00000000000001103
15. Gray JR, Grove SK. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 9th ed. Elsevier; 2020.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud [Internet]. México, D.F.; 1987. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
18. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
19. Knocke K, Chappel A, Sugar S, Lew ND, Sommers BD. Doula care and maternal health: An evidence review. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Health Policy; 2022. Available from: <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/dfcd768f1caf6fabf3d281f762e8d068/ASPE-Doula-Issue-Brief-12-13-22.pdf>
20. Gruber KJ, Cupito SH, Dobson CF. Impact of doulas on healthy birth outcomes. *J Perinat Educ.* 2013;22(1):49-58. doi: 10.1891/1058-1243.22.1.49
21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
22. González N. Contacto piel con piel en el posparto inmediato. *Gac Med Caracas.* 2021;129(3S):S562-72. Available from: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/23014
23. Hewedy AA, Shalaby NS, Nasr EH, Osman SAR. Effect of immediate mother and newborn skin-to-skin contact on maternal and neonatal health. *Port Said Sci J Nurs.* 2023;10(2):250-76. doi: 10.21608/pssjn.2023.165383.1223
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. La lactancia materna desde la primera hora de vida: lo que beneficia y lo que perjudica [Internet]. 2018 Aug. Available from: <https://www.unicef.org/es/historias/la-lactancia-materna-desde-la-primera-hora-de-vida-lo-que-beneficia-y-lo-que-perjudica>

Conflictos de interés: Las/os autores no declaran poseer conflictos de interés

Financiamiento: El presente estudio recibió apoyo financiero por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia "Dr. Ignacio Morones Prieto", Monterrey, México.