

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

**UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA**

CIUDAD DE MÉXICO ®

**“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MAMÁS DE BEBÉS
PREMATUROS AL ALTA HOSPITALARIA”**

TESIS

Para obtener el grado de

DOCTORA EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Presenta

MYRIAM DE LUNA JIMÉNEZ

Director: Dr. Bernardo Turnbull Plaza

Lectores: Dra. Sandra Montes de Oca Mayagoitía

Dra. Vania Aldrete Cortez

Dra. Erika Marcela Osorio Valencia

Dra. Ana Paola Sáenz Jiménez

Ciudad de México, 2023

A Majo y David.

Este proyecto es por y para ustedes.

Ustedes son mi motor, mi inspiración y motivación.

Sueñen alto mis niños, cualquier meta se puede conseguir si así se lo proponen.

Agradecimientos

Realizar un doctorado siendo madre de dos niños no hubiera sido posible sin una red de apoyo como la que tuve que me sostuvo, me ayudó y me impulsó en todo momento.

Debo empezar agradeciéndole a Kacho por su amor incondicional, por ser mi cómplice, por siempre estar a mi lado y apoyarme, por hacer equipo siempre conmigo en el cuidado de los niños y a Majo y a David por ser mi motivación principal.

A mis padres que siempre han estado ahí. Mamá, nunca dude en realizar este proyecto porque sabía que contaba contigo, gracias por todo. Papá tu fuiste el ejemplo, me inculcaste el amor por el estudio y me enseñaste el camino. Los amo. Y también gracias a ti Jan, eres un pilar en mi vida.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al Patronato de la Universidad Iberoamericana (FICSAC) por las becas otorgadas para realizar este proyecto.

Igualmente, agradezco a mi director de tesis Dr. Bernardo Turnbull por su guía y acompañamiento durante estos años. Gracias por tu confianza y sabiduría, por tu comprensión y apoyo.

A la Dra. Sandra Montes de Oca, no solo por ser mi tutora adjunta sino por ser mentora, líder, guía y amiga. Te admiro mucho y te agradezco cada oportunidad que me has dado para crecer profesionalmente. Tu apoyo ha sido fundamental en mi carrera. Gracias siempre.

A la Dra. Vania Aldrete quien como tutora externa siempre me dio una mirada objetiva sobre este proyecto. Muchas gracias por la confianza Vania. Gracias también a mis tutoras la Dra. Erika Osorio y la Dra. Ana Paola Sáenz por sus aportaciones.

Índice

Resumen	7
Introducción	8
1. Antecedentes	12
1.1 Nacer temprano	12
1.2 La familia del prematuro	18
1.3 Programas de intervención para familias de prematuros	27
2. Justificación	33
3. Método	35
3.1 Planteamiento del problema	35
3.2 Objetivos	35
3.3 Diseño	36
3.4 Variables	37
3.5 Procedimiento	39
3.6 Instrumentos utilizados	47
3.7 Consideraciones éticas	50
4. Resultados	51
4.1 Etapa de evaluación formativa	51
4.2 Adecuaciones al programa de intervención	67
4.3 Etapa piloto	73
4.4 Etapa de sistematización	77
4.5 Componentes principales de la intervención	78
5. Discusión	97
5.1 Hallazgos principales	97
5.2 Consideraciones previas	98
6. Conclusiones	108
7. Referencias	110
Apéndice A	118
Apéndice B	120
Apéndice C	121
Apéndice D	123
Apéndice E	124

Índice de tablas

Tabla 1. Principales programas de intervención basados en la evidencia para padres de prematuros.....	31
Tabla 2. Estructura del programa de intervención psicológica para madres de prematuros al alta hospitalaria.....	48
Tabla 3. Necesidades de los padres de prematuros	52
Tabla 4. Características demográficas de las madres. Evaluación inicial (N=14)	67
Tabla 5. Adecuaciones al programa de intervención.....	69
Tabla 6. Identificación de factores de riesgo psicosocial en la madre.....	72
Tabla 7. Características demográficas de las madres. Etapa piloto (n=16).....	75
Tabla 8. Resultados de la escala de estrés parental en UCIN (N=16)	76

Índice de figuras

Figura 1. Fases del diseño e implementación del proyecto.....	40
Figura 2. Fases de la etapa de evaluación formativa	41
Figura 3. Relación de los elementos contextuales.....	57
Figura 4. Enfermera enseñando a madre técnica del baño.....	65
Figura 5. Resultados de la etapa piloto.....	78
Figura 6. Padres cargando a gemelos	83
Figura 7. Sesiones grupales: uso del rebozo.....	88
Figura 8. Mamá cargando a bebé en rebozo	92
Figura 9. Consideraciones previas a la implementación del programa	103
Figura 10. Elementos generales del programa.....	105

Resumen

Los nacimientos prematuros aumentan anualmente y se asocian con complicaciones en el desarrollo infantil. La separación entre el neonato y su familia durante la hospitalización aumenta el estrés parental y afecta la sensibilidad materna. En México, se requieren intervenciones que brinden acompañamiento psicológico a las familias de prematuros durante la hospitalización y el alta médica. El objetivo de la presente investigación fue identificar los elementos a considerar en un programa de intervención que pudiera reducir el estrés y aumentar la sensibilidad materna. Bajo un diseño cualitativo basado en la teoría fundamentada, se realizó primero una fase de evaluación formativa de detección de necesidades y análisis del contexto seguida por una etapa piloto y una etapa de sistematización en las que se adecuó la intervención y se implementó con una muestra teórica en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas a profundidad, observación participante y notas de campo. La información se organizó y se codificó en unidades de análisis y categorías en cada fase. El acercamiento inicial, la relación positiva, la expresión de emociones, los espacios grupales, la capacitación y las intervenciones individuales y facilitadoras de la sensibilidad materna, se identificaron como elementos principales del programa asociados al logro de los resultados y se propuso el ajuste de la intervención como proceso para ofrecer una alternativa de acompañamiento para madres de prematuros flexible y capaz de implementarse en diversos contextos.

Palabras clave: Nacimiento prematuro, intervención psicológica, estrés parental, sensibilidad materna

Introducción

En 2009 recién formada como educadora de masaje infantil fui invitada por mi querida amiga y colega Rosy Mendizabal a participar en un proyecto de investigación sobre masaje infantil en recién nacidos prematuros y fue así como conocí por primera vez la problemática de la prematurez. Llamó mi atención no solo el aumento en su incidencia sino las secuelas en el desarrollo cognitivo, conductual y socioemocional asociadas al nacimiento pretérmino (OMS, 2018). Desde mi perspectiva clínica fui comprendiendo no solo la experiencia del nacimiento prematuro, sino la de las familias cuyos bebés requieren ser hospitalizados debido a su pronta llegada que viven el proceso con estrés y angustia y que atraviesan por una serie de retos a lo largo de su desarrollo.

Me alertó el riesgo que presentan los prematuros en el establecimiento del vínculo afectivo a causa de la separación con sus cuidadores durante la hospitalización (Gray et al., 2012) y conocí el modelo de cuidados centrados en la familia (Altimier & Phillips, 2016), sin embargo, también pude constatar que en México son pocas las instituciones que han incorporado en sus prácticas el involucramiento de los padres en el cuidado de los neonatos y el tiempo de visitas promedio es de una hora en la UCIN.

De la mano con Rosy y otras especialistas fundamos la organización Nacer temprano, vivir en grande cuyo objetivo inicial fue sensibilizar al personal de salud involucrado en el trabajo con niños prematuros a través de la capacitación sobre la importancia de involucrar a las madres y padres en los cuidados que requieren y establecer redes de apoyo entre profesionales, instituciones y familias. Además de las labores de formación y divulgación, tuve la oportunidad de trabajar con muchas familias a través del acompañamiento psicológico y la intervención temprana. Con el tiempo fueron llegando conmigo, a la consulta privada, una gran

cantidad de niños prematuros ya en edad preescolar o escolar que presentaban dificultades emocionales, en la autorregulación, conducta o aprendizaje. De manera empírica me fue posible identificar que muchas de estas situaciones se asociaban a la prematurez y que la intervención temprana marcaba una gran diferencia en el desarrollo de estos niños. Las narraciones de las mamás sobre el nacimiento de sus hijos y sus primeros años solían estar acompañadas de una gran carga emocional, lo que me hizo entender la importancia del acompañamiento a las familias desde la hospitalización y después al alta.

Así surgió la inquietud de llevar a cabo el proyecto de investigación que se presenta a continuación con el fin de ofrecer una alternativa de intervención psicológica para las familias de prematuros que pudiera beneficiar tanto a los padres como al bebé.

De forma inicial se llevó a cabo una revisión teórica resumida en el primer capítulo acerca del fenómeno de la prematurez, su incidencia, causas y consecuencias, así como la situación del problema en México. Se abordaron las afectaciones que se dan en la familia a causa del nacimiento prematuro, poniendo como foco de atención la sensibilidad materna y el aumento en el estrés. Finalmente se estudiaron las intervenciones reportadas como exitosas y identificaron los componentes clave de dichos programas.

El segundo capítulo justifica la pertinencia de la investigación considerando el aumento en la incidencia anual de nacimientos prematuros y la falta de programas de atención y seguimiento en el contexto mexicano considerando la relevancia que tiene la intervención temprana en la prevención de alteraciones del desarrollo en los niños nacidos pretérmino, así como en el beneficio que ofrece a las familias el apoyo psicológico durante la hospitalización y la transición a casa.

De esta forma se planteó como problema de investigación la identificación de los elementos que debían considerarse en un programa de intervención para mamás de

prematuros que pudiera implementarse durante la hospitalización y el alta médica y como foco de atención la reducción del estrés y el aumento de la sensibilidad materna, así como la experiencia de las madres en la intervención. El diseño metodológico seleccionado, así como el proceso de selección del escenario, las participantes y los instrumentos utilizados se exponen en el capítulo 3, en donde se indican también las distintas fases que abarcó el proyecto: la etapa de evaluación formativa, la etapa piloto y la etapa de sistematización.

En la sección de resultados se expone como, previo a la elaboración del programa de intervención, se decidió realizar una detección de necesidades a través de entrevistas con familias de prematuros que ya habían atravesado por la etapa de hospitalización para conocer su experiencia y las necesidades identificadas para incorporarlas en el diseño del programa. Conocer la experiencia de las madres fue un sumamente enriquecedor para mí ya que me permitió entender el proceso que vive una familia al ser hospitalizado su bebé, las emociones que surgen y las situaciones que detonan estrés y ansiedad en las madres y que pueden llegar a impactar en la relación con su hijo o hija así como en su sentimiento de competencia en el rol materno. Por otro lado, conocer el escenario y el contexto de la población con la que se realizó el proyecto, así como los procesos de la institución y al equipo interdisciplinario que atiende a los menores me ayudó a adecuar el programa de intervención no solo enfocándome a las necesidades de las beneficiarias sino también considerando los recursos del hospital y del personal. Este proceso de ajuste fue de gran relevancia dentro de la investigación como lo expongo más adelante en la discusión. La etapa piloto y de sistematización me ofrecieron hallazgos sumamente interesantes, no solo en cuanto a los resultados del programa y los beneficios reportados por las participantes sino en cuanto aquellos elementos utilizados en la intervención que se relacionaban directamente con la reducción del estrés y la sensibilidad materna, así como las técnicas utilizadas a lo largo del programa, mismos que se analizan y se discuten en el capítulo 6.

Indudablemente la pandemia por Covid-19 fue un elemento disruptivo en el proyecto ya que la etapa de sistematización fue suspendida por las medidas de contingencia sanitaria emitidas por las autoridades en salud, sin embargo, los resultados recogidos hasta entonces fueron suficientes para integrar un análisis exhaustivo de la información.

Finalmente se plantea como conclusión que no sólo fue posible diseñar e implementar un programa novedoso para el beneficio de madres de prematuros en el contexto mexicano, sino que se identificó el proceso denominado “ajuste de la intervención” como aportación para hacer posible la flexibilización de intervenciones basadas en la evidencia a diferentes escenarios y poblaciones.

1. Antecedentes

1.1 Nacer temprano

En el mundo, 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año (Blencowe et al., 2012). La Organización Mundial de la Salud [OMS] en su informe Nacidos demasiado pronto (March of Dimes et al., 2012) considera como prematuro a aquel “bebé nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación (SDG)”. Los neonatos nacidos pretérmino, se clasifican de acuerdo con la edad gestacional en: prematuros extremos (nacidos antes de las 28 SDG), moderados (nacidos entre las 28 y 32 SDG) y prematuros tardíos a los que nacieron entre la semana 32 y antes de cumplir la semana 37 (OMS, 2022). En esta sección se describirá la prevalencia, los factores de riesgo y las consecuencias del nacimiento prematuro.

El nacimiento prematuro representa la primera causa de muerte infantil antes de los 5 años a nivel mundial (Wang et al., 2016). Se reportó que para el 2010, la tasa mundial de nacimientos prematuros se encontraba en un 11.1% con respecto al total de nacimientos, lo que corresponde a cerca de 15 millones de bebés prematuros que nacen anualmente. La estadística se eleva por arriba del 15% en países de bajos recursos (Blencowe et al., 2012). En 2021, la Secretaría de Salud reportó que un 7.3% de los nacimientos en México (Secretaría de Salud, 2021) fueron prematuros. De acuerdo con datos del programa de acción específico para la salud sexual y reproductiva (2020-2024), se indica que la prematurez se encuentra dentro de las principales causas de muerte neonatal (Secretaría de Salud, 2022).

La problemática ha sido un foco de atención mundial ya que la incidencia va en aumento y se relaciona con múltiples riesgos en el desarrollo (Arreola-Ramírez et al., 2011; Narberhaus, 2004) como discapacidades físicas, (visuales, auditivas, psicomotoras), alteraciones en el neurodesarrollo como trastorno por déficit de atención, trastornos del lenguaje, aprendizaje, bajo rendimiento escolar, discapacidad cognitiva, parálisis cerebral

(Barrera, et al., 1991; March of Dimes et al., 2012; Milgrom et al., 2019; Teti et al., 2009; Vanderveen et al., 2009), así como efectos relacionados con factores psicosociales que aumentan en prematuros nacidos antes de la semana 32 de gestación (Arreola-Ramírez et al., 2011; Narberhaus, 2004). Un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud de Estados Unidos de 2011 a 2012 evaluó los indicadores de salud de niños de 8 a 11 años que nacieron a término en comparación del mismo grupo de edad nacidos prematuramente (Kelly, 2016). Se seleccionaron como indicadores necesidades especiales de salud, condiciones crónicas y percepción de salud por parte de los cuidadores. El estudio mostró que un 35% de niños prematuros presentan condiciones especiales de salud en comparación del 24% que presentan los niños a término, 10.2% de niños prematuros presentan limitaciones funcionales vs 5% de niños nacidos a término, mientras que el uso de medicamentos y servicio médico se presenta 2 veces más en niños prematuros. Asimismo, los niños prematuros presentan mayor porcentaje de condiciones crónicas de salud sobresaliendo los trastornos de lenguaje, retraso en el desarrollo y trastorno por déficit de atención; por lo que se subraya la necesidad de atención oportuna para este sector de la población (Lakshmanan et al., 2017).

El incremento en los nacimientos prematuros se ha relacionado con factores como el aumento en la edad materna, la salud de la madre y el uso de tratamientos de fertilidad que derivan en embarazos múltiples, así como el desarrollo de tecnología médica que permite la supervivencia a menor edad gestacional (OMS, 2022). Entre los principales factores de riesgo del nacimiento prematuro se encuentra la edad de la madre, además de los antecedentes genéticos, anomalías cervico-uterinas, antecedente de parto prematuro, intervalos cortos entre embarazos, complicaciones en el embarazo, patrones en el estilo de vida no saludables como el uso de drogas, tabaco o alcohol, altos niveles de estrés, contaminantes ambientales, así como las prácticas obstétricas y la atención hospitalaria. En México destacan la rotura prematura de membranas, la insuficiencia de consultas prenatales y las infecciones

(Villanueva, et al., 2008). En un estudio en el Hospital Civil de Guadalajara, destacan el nacimiento múltiple, enfermedad materna, la rotura prematura de membranas, la insuficiencia de consultas prenatales, la infección de vías urinarias y la cervicovaginitis (Villanueva et al., 2008). Otros factores de riesgo asociados al nacimiento prematuro son, el uso de tratamientos de fertilidad. Por último, como factores demográficos, se menciona que las mujeres menores de 17 años y mayores de 35, tienen mayor riesgo de un parto prematuro. Las desventajas socioeconómicas como bajos niveles de educación, pobreza y poco apoyo social pueden también relacionarse como factores de riesgo. (European foundation for the care of newborn infants [EFCNI], 2020).

Uno de los objetivos del milenio para el 2015 planteados por la ONU se enfocaba en reducir la muerte en niños menores de 5 años, por lo que la prevención y la atención oportuna a los bebés prematuros, forma parte de las estrategias clave para lograr dicho resultado (OMS, 2022). Las acciones a nivel global se han enfocado a la prevención y a la reducción de la mortalidad infantil asociada a nacimiento prematuro. En 2012, la OMS en conjunto con diversas organizaciones publicaron el informe Born too Soon (Nacidos Demasiado Pronto), en el cual se especifican planes de acción a nivel mundial con estrategias para la prevención del nacimiento prematuro, la reducción de la mortalidad infantil asociada a la prematurez y la atención al recién nacido prematuro (OMS, 2022). Dentro de las estrategias de cuidados recomendados se encuentran el apoyo a la lactancia materna, la implementación del método para favorecer la regulación cardíaca y térmica del bebé conocido como “método canguro” y que consiste en el contacto piel con piel entre la madre y el neonato, así como un ambiente limpio y el cuidado intensivo neonatal.

Un bebé prematuro puede requerir ser ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [UCIN] debido a la inmadurez en el desarrollo en órganos y sistemas, el bajo peso al nacer, requerimientos especiales en la alimentación o la regulación térmica (March of dimes

et al.,2012). Durante la estancia en la UCIN, el equipo médico ofrece el cuidado apropiado al neonato mientras alcanza la madurez en aquellas funciones vitales que así lo requieran, buscando que cuente con condiciones similares a las del vientre materno (EFCNI, 2020). Dentro de las condiciones de salud más frecuentes que presentan los neonatos están: anemia, apnea, hemorragia intraventricular, hipoglicemia, enterocolitis necrotizante, retinopatía del prematuro, ictericia anemia, displasia broncopulmonar y las infecciones (March of dimes, et al.,2012).

En un estudio retrospectivo de 1995 a 2001 del Hospital General de México, del total ingresos a la Unidad de cuidados intensivos neonatales, la mayoría fue debido a septicemia neonatal, hemorragia intraventricular e hipertensión pulmonar como las causas principales. En la mayoría de los casos, el tiempo de estancia fue de entre 1 a 10 días (Villanueva et al., 2008). Por otro lado, (Zamudio et al., 2013) reportan como principales causas de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital General de Irapuato entre 2011 y 2012 las siguientes: enfermedad de membrana hialina (52.5%), sepsis (12.7%), asfixia neonatal (9.1%), periodo transicional adaptativo (7.0%), neumonía (2.8%), cardiopatía congénita (2.3%), malformaciones intestinales (1.5%), fetopatía diabética (1.0%), enterocolitis necrotizante (1.0%), otros (10%).

En México, la Secretaría de Salud publicó en 2010 la Guía de Práctica Clínica para el manejo del recién nacido prematuro sano en la sala de prematuros (Secretaría de Salud, 2010) la cual busca ofrecer orientación basada en la evidencia para la toma de decisiones del personal de salud de primer nivel de atención en el manejo del recién nacido prematuro. Dentro de las recomendaciones se incluye la valoración del estado general del paciente, la implementación de medidas como alimentación, control térmico, monitoreo metabólico y respiratorio, valoración del estado neurológico, identificación y tratamiento de complicaciones. Se promueve la lactancia materna. Se recomienda la alimentación por succión considerando la

edad gestacional y la presencia de patología. Para la prevención de infecciones nosocomiales, la guía recomienda la práctica de medidas de asepsia y antisepsia al contacto con los pacientes. Como criterios para el alta hospitalaria se recomienda capacitar “a la madre sobre lactancia materna y/o alimentación con sucedáneos de la leche materna” (p.43), así como permitir a los padres comenten sus dudas sobre el cuidado del recién nacido (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013; Secretaría de Salud, 2010).

Debe mencionarse que muchas de las recomendaciones de la guía no se llevan a cabo. Algunas de las salas de cuidados intensivos de hospitales de tercer nivel no cuentan con las medidas ambientales recomendadas para el control de luz, existen unidades en donde los niveles de ruido son altos y no existen las medidas de cuidado y protección para la entrada de luz a las cunas de los bebés. Las políticas hospitalarias permiten la visita de los padres en la UCIN durante una hora en promedio al día, lo cual dificulta que se involucren en el cuidado y atención de su bebé. A pesar de que se han realizado esfuerzos por promover la lactancia materna, en la práctica la madre se encuentra con muchas dificultades para la extracción y almacenamiento de la leche. La práctica del método canguro todavía es percibida con reservas por los médicos aun cuando es recomendada por la OMS.

Rosa María Mendizabal realizó entre 2013 y 2014, una observación participante en las unidades de cuidados intensivos neonatales de dos hospitales regionales públicos de México. En su tesis titulada “A critical realist study of neonatal intensive care unit” (Mendizabal, 2017), narra las interacciones entre el personal de salud, los bebés prematuros y sus familias en la UCIN. A lo largo de la observación detallada que realizó, describe las condiciones ambientales que se encuentran dentro y fuera de la unidad y que afectan directamente a los usuarios del servicio. Los dos casos representan la realidad de muchos ambientes hospitalarios en México. Condiciones de difícil acceso en donde las familias deben de buscar apoyo para permanecer

cerca de los bebés, lidiando con el acceso al hospital, las medidas de seguridad y la falta de información que prevalece en los hospitales públicos del país.

Dentro de las unidades, también se reportan dificultades que representan una deficiencia en los servicios de salud. Los padres cuentan con horarios de visita restringidos, con medidas de higiene para el acceso que limitan mucho más el horario de visita, las instalaciones poco cómodas que no permiten que el padre cuente con un espacio para permanecer con sus hijos. Por otro lado, la comunicación de los profesionales de la salud y los padres se da de manera vertical, lo que resulta en desinformación y confusión por parte de los familiares. El rol educativo de los padres se da por parte del personal externo a la unidad como el trabajador social, el nutriólogo y el psicólogo, pero este no incluye la capacitación en los procedimientos de cuidado básico del prematuro dentro de la UCIN.

Mendizabal reporta que el personal de servicios de salud y los usuarios del servicio, están influenciados por prejuicios sociales, raciales y de género. Lo que resulta en una atención deficiente con inconsistencias entre las recomendaciones establecidas y la práctica, poco respetuosa de los derechos humanos y que afecta directamente a la salud del bebé y a sus familias (2017). Señala que el personal de salud tiende a marcar prejuicios hacia los usuarios, percibiendo a aquellos pertenecientes a una clase social baja como ignorantes, lo que resulta en exclusión y desinformación hacia las familias de los bebés. La razón que se expone en los hospitales para excluir a los padres de la unidad es el control de las infecciones, sin embargo, de acuerdo a las observaciones de la Dra. Mendizabal, los padres están más apegados a las prácticas de higiene que el mismo personal médico. Lo que se sugiere es que la práctica de restricción de horarios de visita a los padres se lleva a cabo en respuesta a las necesidades del equipo médico a fin de evitar la supervisión externa que puede evidenciar prácticas negligentes.

Se han desarrollado modelos para la atención al prematuro hospitalizado que incluyen a la familia como parte del equipo de apoyo como el Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido ([NIDCAP] por sus siglas en inglés) y el modelo de cuidados centrados en la familia que se discutirán más adelante (Nidcap Federation International, 2019).

Como conclusión, los niños que nacen a edad temprana y sus familias representan un grupo vulnerable que requiere de atención temprana y seguimiento en el desarrollo. Los cuidados hospitalarios que reciben los menores se orientan a la supervivencia y funcionamiento de los bebés fuera del útero, sin embargo, en México los ambientes en las unidades neonatales no han incorporado las prácticas basadas en la evidencia para la atención de los prematuros y sus familias, las políticas hospitalarias restringen las visitas de los padres, lo que dificulta que su participación en el cuidado de su bebé, pocos hospitales ofrecen grupos de apoyo y el seguimiento al alta es prácticamente nulo, lo que impacta la relación padre-hijo a largo plazo y el bienestar familiar en general (Mendizabal, 2017).

La estancia hospitalaria representa para la familia una etapa de crisis en la que se ven separados de sus hijos y no se permite practicar sus habilidades parentales, lo que hace que se sientan ansiosos, estresados, poco preparados e incapaces de cuidar al bebé. Al egreso, las condiciones de estrés permanecen e impactan la relación padre-madre-hijo a largo plazo y el bienestar familiar en general.

A continuación, se abordará la dinámica que vive la familia del prematuro y del proceso de adaptación familiar una vez que el bebé egresa del hospital.

1.2 La familia del prematuro

La familia se identifica como un foco de atención ya que como sistema se ve alterada por el nacimiento prematuro. Las condiciones hospitalarias afectan la relación entre el bebé y los padres lo que incide en el establecimiento del vínculo afectivo y la experiencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión principalmente observados en la madre y que han sido ampliamente documentados (Acosta & Cabrera Bravo, 2016; Gray et al., 2012; Schappin et al., 2013; Shaw et al., 2013). El impacto de la prematurez en la familia, específicamente en la madre y las repercusiones que tiene en el vínculo entre el neonato y sus cuidadores, así como en su desarrollo socioemocional ha sido de especial interés para mí y ha motivado el desarrollo de la presente investigación.

La estancia hospitalaria del recién nacido pretérmino representa para la familia una etapa de crisis en donde la separación con el neonato y la dificultad para practicar sus habilidades parentales favorecen la ansiedad y el estrés, primordialmente en la madre (Gray et al., 2012). La salud del recién nacido se vuelve prioridad, sin embargo, el sistema familiar se ve alterado por el nacimiento prematuro; al egreso, las condiciones de estrés permanecen y pueden impactar la relación padre-madre-hijo a largo plazo con efectos adversos en la dinámica familiar y en el vínculo afectivo con el menor (Acosta & Cabrera Bravo, 2016; Schappin et al., 2013). Se ha reportado que las madres que se encuentran separadas de sus hijos presentan una disminución en la autoeficacia y la sensibilidad materna, entendida como la habilidad que tiene la madre para detectar las señales de comunicación del bebé y responder a ellas (Ainsworth, 1969; Feldman & Eidelman, 2007; Olshtain-Mann & GK, 2008).

Se reporta que las madres con altos niveles de ansiedad tienden a ser menos sensibles y responsivas en la interacción con sus hijos, tendiendo a mostrar conductas compensatorias, lo que puede afectar el desarrollo cognitivo y socioemocional del menor a edades posteriores (Singer et al., 2003). Se ha señalado que los síntomas de estrés en los padres de bebés prematuros permanecen durante los años siguientes al nacimiento del menor, con efectos

adversos en la dinámica familiar (Acosta & Cabrera Bravo, 2016; Gray et al., 2012; Schappin et al., 2013; Shaw et al., 2013).

El apoyo por parte del personal de salud, la ampliación del tiempo de visitas, el entrenamiento en el cuidado del bebé y las intervenciones psicológicas con padres durante la estancia hospitalaria y al seguimiento se reportan como aspectos positivos que ayudan a la familia a afrontar la experiencia de hospitalización (Alba Romero et al., 2012; Garten et al., 2013; Osorio Galeano et al. 2017). En México, las políticas hospitalarias frecuentemente restringen las visitas de los padres, lo que dificulta que su participación en el cuidado de su bebé, pocos hospitales ofrecen grupos de apoyo y el seguimiento al alta es prácticamente nulo, lo que impacta la relación padre-hijo a largo plazo y el bienestar familiar en general (Mendizabal, 2017).

Se han realizado diversos estudios sobre la experiencia que tienen los padres durante la estancia de su hijo en la UCIN, en las cuales se reporta el ajuste que tiene que realizar el sistema familiar ante la experiencia de la hospitalización del niño. Dentro de las experiencias que generan mayor estrés y ansiedad se señala la separación de los padres y el menor y la desinformación sobre la salud del niño. Se reportan sentimientos de depresión, duelo y culpa, así como síntomas asociados a estrés agudo y postraumático lo que índice en la confianza y percepción de autoeficacia en la parentalidad (Boykova, M. Kenner, 2005). En los estudios revisados (Acosta & Cabrera Bravo, 2016), se encuentran como factores en común los sentimientos de preocupación, temor y el desequilibrio en la estructura familiar. Los roles en la familia asignan generalmente a la madre como cuidadora principal y al padre como proveedor económico.

Al egreso del hospital se requiere un nuevo ajuste familiar. En Colombia se reportaron las vivencias de las madres de prematuros al alta, destacando sentimientos de angustia e

incertidumbre las primeras noches, sentimientos de ambivalencia ante el alta hospitalaria y temor ante una posible re-hospitalización. (González & Espitia, 2014). Se señala que la asesoría que se brindó a través del programa de seguimiento ayudó a las madres a tranquilizarse. Se reporta que las mamás se reconocían como no hábiles para cuidar al niño y esto incrementaba la ansiedad, la adaptación les llevó en promedio siete semanas. Las tareas de lactancia, alimentación y regulación de temperatura se reportan como las que representaba mayor dificultad para las madres. Se señala que con el paso del tiempo las madres podían reconocer con mayor facilidad las señales de sus hijos. La retroalimentación positiva y la adquisición de logros del bebé aumentaban la confianza y seguridad de las madres (González & Espitia, 2014).

En un estudio similar, Hutchinson et al. (2012), entrevistaron a padres de prematuros para conocer la experiencia de transición del hospital a la casa, los resultados señalan que la experiencia de la separación repentina de los padres y el bebé como consecuencia del nacimiento prematuro y el ingreso a la UCIN tiene como consecuencia la experiencia descrita por los padres de “no sentirse como padres” refiriéndose a no poderlo cargar, cuidar de él o llevarlo a casa; lo que se asocia a un desarrollo desfasado de la identidad materna. Se describe que en algunos hospitales es posible que los padres permanezcan con sus hijos unas noches antes del egreso, sin embargo, en otras, las políticas restrictivas en los horarios de visita limitaban la interacción entre los padres y el bebé. Los padres señalan de manera general, sentirse no preparados para cuidar a su hijo al momento del alta médica (Hutchinson & Cronin, 2012).

A partir de dichos resultados, desarrollaron el “Modelo de Progresión Parental” a partir de la exploración de las experiencias de los padres durante el periodo de transición de la UCIN a casa en hospitales de Estados Unidos. En este modelo, se identifican cuatro fases: (I) Inicio prematuro de la paternidad, (II) Falta de completitud parental, (III) Involucramiento parental y

(IV) Completitud parental. En estas, se describe el proceso que atraviesa el padre a lo largo de su estancia en el hospital desde el nacimiento de su hijo hasta el alta médica y los primeros momentos en casa. Se identifica en la fase inicial sentimientos de miedo y preocupación acerca de la salud de su hijo y temor por la posibilidad de que su vida se encuentre en riesgo. Se hace énfasis en la experiencia de primer contacto con el bebé y cómo repercute posteriormente, así como la información que se recibe de manera inicial por parte de los médicos. En un segundo momento, se destaca la sensación descrita por los padres como “no sentirse como papás”, al describir la incapacidad para cargar a sus hijos en la UCIN y llegar a casa sin sus bebés. Más adelante en la medida en la que el bebé se encuentra estable, los padres pueden participar más en el cuidado de su hijo y esto permite desarrollar un sentimiento de involucramiento, la experiencia de cargar a su hijo refuerza este proceso. La última fase culmina con el bebé en casa y el establecimiento paulatino de rutinas y cuidados por parte de los padres. El modelo permite comprender el proceso que atraviesan los padres y los momentos críticos que viven durante la transición del hospital a casa.

Por su parte, Boykova y Kenner (2005) analizan el fenómeno de la transición del hospital a la casa que atraviesan los padres de prematuros. En su investigación definen el concepto de transición como “el proceso no lineal, cíclico y sin límite de tiempo de aceptación de las responsabilidades parentales cuando se pasa del ambiente seguro del hospital al cuidado independiente en casa después del nacimiento de un bebé prematuro” (p.82). En este proceso se distingue la transición a la parentalidad y la transición del hospital a la casa que se dan de forma simultánea. Kenner, desarrolló el “Modelo de transición” en el cual se describen las dificultades que los padres atraviesan agrupándolas en cinco categorías:

1. Necesidad de información en lo relacionado con el desarrollo del niño
2. Habilidades de crianza y elementos necesarios para ofrecer los cuidados básicos al bebé en casa

3. Estrés y afrontamiento
4. Duelo
5. Interacción social en donde se incluye la red de apoyo social y por parte de profesionales y desarrollo del rol parental y la interacción con el niño (Boykova & Kenner, 2005).

En México, se observan particularidades asociadas al contexto. Se investigaron los significados que tienen para los padres la participación en el cuidado de su hijo en la UCIN. Los resultados mostraron una percepción de la UCIN como un espacio de sufrimiento y espera, los padres perciben dificultades de afrontamiento ante la hospitalización de su hijo, sintiéndose excluidos y sin competencias para su cuidado (Gallegos-Martínez et al., 2013). Por otro lado, un estudio muestra que los padres de prematuros en la Ciudad de México perciben como insuficiente la capacitación ofrecida por las instituciones de salud al egreso (Agami-Micha et al., 2013). Cabe destacar que son escasos los estudios que registran las experiencias que tienen los padres de prematuros hospitalizados en México, además de que no se cuenta con un estudio que registre su vivencia una vez que el bebé egresa del hospital.

Dentro de las habilidades de crianza afectadas por la separación de la madre y el neonato a causa de la hospitalización, se encuentra la sensibilidad materna, misma que se describirá a continuación. El constructo se considera uno de los precursores del apego, por lo que se considera de suma relevancia estudiar el impacto que tiene el nacimiento prematuro en él.

1.2.1 Sensibilidad materna

El cerebro de la madre se modifica desde el embarazo para poder realizar las conductas necesarias para que el bebé sobreviva una vez que nace. Existe una base neurobiológica que le permite a la madre en condiciones óptimas, vincularse con su hijo recién

nacido (Alba Romero et al., 2012). Bowlby postula que la conducta de apego tiene como finalidad la supervivencia del neonato y para ello requiere de la cercanía y proximidad con su cuidador primario. Se subraya la importancia de un goce mutuo en la relación y un ambiente regulado que permita el vínculo entre los padres y el hijo (Bowlby, 1969). Las conductas de protección, alimentación y cuidado comienzan a desarrollarse desde el momento del nacimiento. Conforme la madre conoce a su hijo podrá responder a sus necesidades con mayor precisión.

Uno de los componentes del rol materno es la sensibilidad materna ya que se ha identificado como clave en el desarrollo emocional, conductual y atencional del niño (Ispe et al., 2017). Desde la teoría del apego, Bowlby señala la importancia de un cuidador responsivo y sensible que entienda las señales del bebé para poder cubrir sus necesidades (Bowlby, 1969). Desde este enfoque Ainsworth ha descrito a la sensibilidad materna como la percepción e interpretación correcta de las señales del bebé, la respuesta apropiada y oportuna a dichas señales (Ainsworth, 1969); el cuidado y la interacción lúdica en sintonía con el estado de comportamiento y el ánimo del bebé y no de la madre, la interacción en los cuidados rutinarios y de manera importante, la calidad en la interacción caracterizada por el goce mutuo de la relación (Bretherton, 2013). Mesman & Emmen (Yorgason, 2015) enfatiza la diferencia entre las tres conductas que se integran en el concepto: a) reconocer las señales del bebé, b) interpretar correctamente las señales y c) responder a las señales oportuna y adecuadamente.

En la revisión teórica se pueden encontrar diversas conductas que se incluyen dentro de la definición de sensibilidad materna, ya que al ser un concepto muy amplio que implica una relación, en donde el bebé es mediador de la respuesta materna y la interacción entre ambos se conjuga para reforzar una conducta por lo que se ha mencionado que el contacto físico, la manipulación, el estar pendiente a los estados de comportamiento del niño, la respuesta al

llanto del bebé y el que la madre ponga como prioridad las necesidades del bebé antes que las suyas se incluyen dentro de esta gama de conductas agrupadas dentro del constructo.

Tamis-LeMonda y Baumwell (2011) por su parte, reportan 5 tipos de conducta que permiten describir la sensibilidad materna durante los primeros tres meses del bebé:

- a. Respuesta contingente al llanto o distrés del bebé
- a. Reacción del bebé durante la reunión
- b. Contacto físico
- c. Sincronía en las interacciones cara a cara
- d. Sincronía durante la alimentación

Tamis Lemonda pone atención en tres aspectos para evaluar la sensibilidad materna: responsividad contingente definida como “la respuesta contingente, pronta y apropiada a la propuesta exploratoria y comunicativa del niño” (2011). Sin embargo, Nicholls & Kirkland (2006) concluyen que la mayoría de las conductas reportadas por la literatura como propias de una madre sensible, se ramifican de la definición original de Ainsworth por lo que en el presente estudio se utilizará ésta.

Ispa et al. (2017) mencionan que la sensibilidad de la madre requiere del conocimiento centrado en las necesidades físicas, emocionales y de comunicación del niño a fin de ofrecer el apoyo emocional, el modelamiento del autocontrol y de brindarle al niño la oportunidad de tomar decisiones y expresar su autonomía mientras vigila que se mantengan los estándares de conducta acordes con su edad y cultura.

La sensibilidad materna puede ser significativamente desafiada en madres de bebés prematuros hospitalizados, ya que al ingresar a UCIN, se enfrentan con una experiencia

traumática, con el duelo del nacimiento a término y con la pérdida del rol materno, lo que trae consigo sentimientos de impotencia, enojo, culpa, frustración, celos, depresión, fatiga y duelo.

El estresor más importante para los padres es la pérdida del rol materno (Chesney & Champion, 2008) Se ha documentado la relación que existe entre la sensibilidad materna y el desarrollo a largo plazo de la autorregulación en los neonatos prematuros, por lo que se considera un factor importante a reforzar de forma oportuna (Feldman, 2009; Ispa et al., 2017; Neri et al., 2017; Perry et al., 2016).

1.2.2 Estrés parental

Al convertirse en madre o padre, la persona se enfrenta a una experiencia en la que se pone a prueba las exigencias propias del rol parental. Si las demandas de este nuevo rol exceden los recursos de la persona, el estrés se incrementará. De acuerdo con Abidin (Loyd y Abidin, 1985) el desarrollo emocional y conductual del niño y la relación con sus padres hacen que, durante los primeros tres años de vida, “el sistema de estrés parental es especialmente crítico” (p.169). Se señala que la experiencia de estrés se da en función de 3 aspectos principales: las características del niño, del padre y de las variables relacionadas con el rol parental (Abidin, 2012). Como fuentes de estrés relacionadas con las características del niño se identifican, por un lado, cuatro aspectos del temperamento: la adaptabilidad, el grado de demanda, el estado de ánimo y el grado de distractibilidad y, por otro lado, el grado de aceptabilidad del hijo sobre las expectativas de los padres y el grado en el que la interacción entre el padre y el hijo resulta en una respuesta positiva por parte del padre (Abidin, 2012). Como dimensiones relacionadas con las características del padre se identifican: la depresión, el apego, las restricciones que el rol parental originan en la vida del padre, el sentido de competencia, el aislamiento social, la relación con la pareja y la salud. La presencia de altos niveles de estrés en ambas dimensiones puede relacionarse con un deterioro en el vínculo

afectivo entre los padres y el niño e interfiere de forma significativa con la salud mental de ambos.

A manera de síntesis, la hospitalización del recién nacido prematuro afecta de diversas formas la dinámica familiar. El incremento en la ansiedad y el estrés parental vulnera la relación entre la madre y el hijo y el ambiente juega un papel fundamental para cuidar de la diada. Por un lado, es de suma importancia entender las necesidades de las familias de prematuros hospitalizados en el periodo de transición a casa y las particularidades del contexto, entendiendo que deben de atravesar por un proceso de ajuste y adaptación diferentes a la que viven las familias de un recién nacido a término. Por otro lado, hay que considerar que acciones se pueden llevar a cabo para fortalecer la relación entre la madre y su hijo de forma que, al ir a casa, la madre cuente con los elementos para cuidar de él.

1.3 Programas de intervención para familias de prematuros

Se ha documentado la necesidad de atender el nacimiento prematuro de forma integral, incluyendo a la familia dentro de una perspectiva sistémica considerando que al verse afectada la dinámica familiar también se afecta el desarrollo del neonato. Diversas intervenciones se han implementado buscando coadyuvar en el bienestar del recién nacido pretérmino y su familia. Los objetivos de dichas intervenciones se enfocan a favorecer diferentes áreas del desarrollo, la interacción entre el neonato y su familia, así como habilidades de crianza. Los métodos de intervención varían y también las perspectivas de los especialistas que las diseñan. A continuación, se analizan algunas de las intervenciones basadas en la evidencia con resultados positivos y se discutirán que elementos considerar para diseñar una intervención acorde a las necesidades del contexto mexicano.

Incluir a la familia como parte del equipo de atención al recién nacido prematuro hospitalizado es de suma importancia en la reducción del estrés y la ansiedad parental. Se han

desarrollado modelos con resultados positivos como el modelo de cuidados centrados en el desarrollo (Altimier & Phillips, 2016), el cual busca ofrecer un apoyo acorde a las necesidades de cada bebé, reconociendo la habilidad que tiene el neonato para comunicarse con sus cuidadores y responder a los estímulos del medio. De este modelo se derivan los cuidados centrados en la familia (Hynan & Hall, 2015; Treyvaud et al., 2019), que enfatizan que el rol de los padres es parte importante del apoyo que requiere el bebé en su desarrollo en la UCIN y se considera que deben involucrarse en los cuidados diarios del niño, así como apoyar los procedimientos médicos a fin de reducir los niveles de estrés y dolor en el neonato. Bajo este modelo se considera fundamental la capacitación a los padres para reconocer las necesidades de su hijo y contar con la información necesaria para la transición del bebé a casa y el seguimiento posterior (ECFNI,2020).

Otro de los modelos basados en la evidencia para el cuidado del prematuro y su familia es el programa NIDCAP (Programa de cuidado individualizado y evaluación del recién nacido) desarrollado por la Dra. Heidelise Als (Als et al.,1996; Puthussery et al., 2018). El programa busca entrenar a profesionales y a las familias de prematuros en la observación directa del bebé para interpretar sus conductas y establecer planes de cuidado enfocados a sus necesidades particulares. Para este programa, el ambiente adecuado es muy importante, así como la participación de la familia y equipo médico en la atención personalizada al prematuro (Nidcap Federation International, 2019).). Las recomendaciones de la OMS hacia el equipo médico de la UCIN van encaminadas hacia una atención amigable hacia el bebé (baby friendlycare) con el objetivo de reducir la sobre-estimulación, el dolor y el estrés en el prematuro a causa de los procedimientos médicos que se llevan a cabo. Asimismo, se recomienda incrementar el acceso a los padres a las unidades ya que, de acuerdo con la evidencia, se promueve un mayor involucramiento por parte de estos, lo que se relaciona con el alta temprana del bebé (Nidcap Federation International, 2019). Dentro de las prácticas en

las que se incluyen a los padres, se recomienda que el baño diario lo realice la madre, asistida por el personal de enfermería si es necesario, así como el adiestramiento a los padres al momento del egreso. Se recomiendan como prácticas basadas en la evidencia la implementación del Método Canguro y la lactancia materna (March of dimes et al., 2012).

En países desarrollados se ha probado la efectividad de los programas para familias de prematuros durante la hospitalización, alta y seguimiento en la reducción del estrés y la ansiedad en las madres, la promoción de la calidad en la interacción madre-hijo, aumento en la responsividad y la sensibilidad materna, así como en efectos positivos en el apego y la la correulación. Los resultados también se han medido en indicadores conductuales, socioafectivos, motores y cognitivos del desarrollo del neonato a corto y largo plazo (Benzies et al., 2013; Evans et al., 2017; Johnson et al., 2005; Lavallée et al., 2017; Milgrom et al., 2019; Newnham et al., 2009; Puthussery et al., 2018). Sin embargo, poco se ha descrito sobre la implementación de este tipo de programas en países en vías de desarrollo y en contextos en los donde las familias cuentan con un nivel socioeconómico bajo.

Se han realizado revisiones sistemáticas y meta-análisis para analizar la efectividad de los programas de intervención diseñados para prematuros y sus familias (Altimier & Phillips, 2016; Benzies et al., 2013; Lavallée et al., 2017; Puthussery et al., 2018; Vanderveen et al., 2009). Como ejemplo, se expone una meta-revisión que evaluó 11 revisiones sistemáticas y 8 meta-análisis siguiendo la guía PRISMA para sintetizar la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones incluyendo una variedad de indicadores en padres e infantes en el área psicosocial y de salud (Puthussery et al., 2018). De las 34 intervenciones para padres descritas en el reporte, se analizaron cuatro de los programas que fueron más citados y reportados con mayor efectividad en los resultados: COPE [Creating Oportunities for Parent Empowerment], IHDP [Infant Health and Development Program], Kangaroo Care y M-MITP [Modified Mother Infant Transaction Program] (Cattaneo et al., 1998; Herd et al., 2014; Milgrom

et al., 2019) como aquellos con mayor efectividad de acuerdo a los indicadores evaluados (Tabla 1).

Tabla 1. Principales programas de intervención basados en la evidencia para padres de prematuros

Programa	Foco de intervención	Lugar	Duración	Componentes	Indicadores evaluados	Enfoque teórico
COPE	Padres	Hospital / Casa	1-8 sesiones hospital 1 sesión a la semana del alta	Programa educativo en UCIN Entrenamiento en apariencia y características conductuales de neonatos Se incluye a los padres en el cuidado del bebé Interacción positiva entre padres e infante al alta.	Reducción en estrés parental, ansiedad y depresión Resultados positivos en estrategias de afrontamiento padres, conducta y neurodesarrollo en niños	Teoría de la autorregulación y teoría del control (Melnyk et al., 2001)
IHDP	Padres-hijo	Hospital / Casa	I año sesiones domiciliarias semanales al alta. 1 visita cada dos semanas los sig. 2 años	Favorece desarrollo cognitivo, conductual y de salud del niño a través de la participación de los padres.	Reducción en rehospitalización Resultados positivos en conducta, crecimiento y nutrición, desarrollo psicomotor, cognitivo y neurodesarrollo del niño	Modelo biopsicosocial del desarrollo temprano
KC	Padres-hijo	Hospital / Casa	Hasta 10 sesiones después del alta	Contacto temprano, continuo y prolongado piel con piel entre el neonato y cuidadores. Lactancia materna exclusiva Seguimiento en casa	Reducción en ansiedad, depresión y rehospitalización Resultados positivos en confianza, interacción madre/padre e hijo, lactancia, desarrollo motor, cognitivo y neurodesarrollo	Método madre canguro de Rey y Martínez (OMS, 2004)
M-MITP	Padres	Hospital / Casa	1 sesión hospital 4 al alta.	Interacción recíproca entre cuidador e infante. Sensibilizar en los padres sobre características, señales y temperamento de infante, promover respuestas positivas	Reducción en depresión, ansiedad, estrés. Aumento en confianza y sensibilidad materna Resultados positivos en conducta, temperamento y desarrollo general	Teoría transaccional del desarrollo.(Newnham et al., 2009a)

Los programas se enfocan principalmente en la intervención con la diada madre-hijo, se realizan en la hospitalización y en la transición a casa bajo una modalidad individual con duración desde 5 sesiones hasta dos años con seguimiento de los resultados a corto y largo plazo. Como estrategias de intervención se utilizan principalmente la educación o entrenamiento a los padres en temas relacionados con el cuidado del neonato, así como el acompañamiento consistente en técnicas de empoderamiento, orientación y motivación a los padres buscando incidir en conductas de la madre, del niño y de la relación. Se utilizan técnicas como el método canguro, masaje infantil, entrenamiento en el cambio de pañal y baño del menor; como métodos de aprendizaje se utiliza la práctica de habilidades, el modelado y el uso de material escrito.

En México las prácticas hospitalarias poco favorecen la participación de los padres en el cuidado del neonato en la UCIN (Mendizabal, 2017), se limitan a los cuidados del neonato, el entrenamiento del baño, la introducción paulatina del método canguro, la lactancia materna y los programas de seguimiento orientados a la rehabilitación física (Puthussery et al., 2018). La importación de programas ya establecidos se hace poco viable debido al bajo presupuesto asignado para la promoción políticas de promoción de la salud mental y el desarrollo infantil (Myers & Fernández, 2013).

Para implementar un programa de intervención para familias de bebés prematuros al alta hospitalaria, es necesaria una etapa formativa que permita identificar los componentes clave de los programas basados en la evidencia y las necesidades de los padres de prematuros bajo el contexto cultural y sociodemográfico propio de un país en vías de desarrollo como México de forma que se puedan integrar en un programa específico y asegurar la factibilidad en la implementación y su efectividad.

2. Justificación

Se ha mencionado que la atención al recién nacido pretérmino es prioritaria dado el aumento anual en la tasa de prematurez a nivel mundial y en México en donde se registraron 146,926 nacimientos prematuros en 2017 correspondiente a un 7.3% (Secretaría de salud, 2021)

Considerando la vulnerabilidad que esta población presenta, el seguimiento a largo plazo de los nacidos pretérmino cobra relevancia en la detección e intervención oportuna de alteraciones en el neurodesarrollo.

Por otro lado, se ha resaltado que las condiciones que vive la familia durante su estancia en UCIN, la limitación de recursos, así como la falta de programas de acompañamiento y seguimiento, pueden incrementar los niveles de ansiedad en la familia y en consecuencia afectar el desarrollo del prematuro.

En México, se han hecho avances considerables con relación al desarrollo infantil temprano. Desde el marco de la Ley general de Derechos de niños, niñas y adolescentes, expedida en 2014, se reconoce la necesidad que tienen los niños menores de 5 años de recibir atención física y emocional para alcanzar su máximo potencial de desarrollo. Asimismo, en el Plan Nacional de Desarrollo y en el programa sectorial de salud 2013-2018 (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2017) se establecieron líneas de acción para la promoción de acciones para el desarrollo infantil temprano.

Los programas federales han enfocado sus esfuerzos a la reducción de la mortalidad infantil, a la promoción de la educación en edades tempranas y en el ámbito social, el programa PROSPERA incluye dentro de los talleres comunitarios que se ofrece a la población en general, capacitación en habilidades para la crianza y estimulación temprana (Doyma,

2015). Por otro lado, la elaboración del instrumento de Evaluación del Desarrollo Infantil [EDI] para niños de 0 a 5 años, elaborado por la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo del Hospital Infantil de México Federico Gómez para población mexicana, ha permitido un avance considerable en términos de detección oportuna de alteraciones en el desarrollo infantil. Sin duda, el trabajo realizado en los últimos años en materia de primera infancia ha sido importante y deben esperarse resultados positivos al respecto ya que se ha dado énfasis en el trabajo con los padres para la promoción de habilidades de crianza impacta directamente en el desarrollo socioemocional de los niños (O'Shea-Cuevas et al., 2015; Rizzoli-Córdoba et al., 2015).

Sin embargo, en materia de atención hospitalaria a los niños pretérmino, los esfuerzos se han enfocado más en la atención de la salud del neonato y de las condiciones ambientales de la unidad de cuidados intensivos. Algunos hospitales han adoptado programas como método canguro o de promoción de la lactancia sin que se haya generalizado a nivel nacional.

A pesar de que se cuenta con evidencia en otras partes del mundo que muestra resultados positivos en la implementación de programas (Puthussery et al., 2018) de atención a prematuros que incluyen a las familias durante la hospitalización y el alta y consideran tanto la capacitación a padres como el apoyo emocional dentro y fuera del hospital, algunos incluso con un seguimiento a largo plazo de hasta 3 años; las condiciones generales del sistema hospitalario del país dificultan la implementación de dichas intervenciones, por lo que se decidió tomar como base los elementos clave de los programas basados en la evidencia para el diseño de un programa de intervención acorde a las necesidades de la población mexicana. Actualmente no se cuentan con programas de seguimiento y que integren la atención psicológica a las familias una vez que egresan del hospital. Se observa la necesidad de conocer la experiencia que viven las familias de los bebés prematuros y el apoyo que requieren al salir del hospital con sus bebés y de sistematizar un modelo de intervención

psicológica accesible y de bajo costo que pueda considerarse como una alternativa acorde al contexto mexicano.

3. Método

3.1 Planteamiento del problema

El presente estudio busca identificar cuáles son los elementos que deben considerarse en un programa de intervención para familias de bebés prematuros durante la hospitalización y al alta médica que ayudan a reducir el estrés de las madres y favorecer la sensibilidad materna.

Considerando lo anterior y con apoyo de la revisión teórica se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- a. ¿Se puede reducir el estrés de las madres de bebés prematuros a través de un programa de intervención psicológica?
- b. ¿Se puede favorecer la sensibilidad materna en madres de prematuros durante la hospitalización?
- c. ¿Qué elementos debe incluir una intervención psicológica para madres de bebés prematuros al alta?
- d. ¿Cuál es la experiencia de las participantes de un programa de intervención para madres de bebés prematuros al alta?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

El objetivo de la presente investigación consistió en diseñar e implementar un programa de intervención psicológica para madres de bebés prematuros en un hospital de tercer nivel de atención de la CDMX.

3.2.2 Objetivos específicos

- a. Diseñar un programa de intervención para familias de bebés prematuros que abarque el periodo de hospitalización del niño y las primeras semanas en casa.
- b. Implementar el programa con familias cuyos bebés se encuentren alojados en hospital público de tercer nivel de atención de la ciudad de México.
- c. Identificar los elementos de la intervención que pueden reducir el estrés de las madres de bebés prematuros durante la etapa de hospitalización.
- d. Identificar los elementos de la intervención que favorecen la sensibilidad materna de las madres de bebés prematuros durante la etapa de hospitalización.
- e. Conocer la experiencia de las madres de prematuros que participaron en el programa.
- f. Analizar los resultados del programa.

3.3 Diseño

. Desde un enfoque cualitativo, se propuso inicialmente un estudio fenomenológico para recabar la experiencia de las madres antes durante y después de la intervención, sin embargo, una vez iniciado el proyecto se consideró que era pertinente integrar al estudio toda la información recabada a lo largo del diseño e implementación del programa, integrando la propia observación y participación de la investigadora, así como los datos recogidos por parte

del equipo de salud que participa en el área de Neonatología; por lo que se decidió seguir una metodología basada en los principios de la teoría fundamentada, la cual busca construir elementos teóricos que permitan entender el fenómeno a estudiar a partir del análisis de la información recolectada (Strauss y Corbin, 2008). Asimismo, Charmaz (2014) establece una diferencia entre la teoría fundamentada objetivista y la constructivista, siendo esta última la seleccionada para la presente investigación dado que se le da “prioridad a los fenómenos estudiados y ve a los datos y al proceso de análisis como creados a partir de las experiencias compartidas y las relaciones con los participantes y otras fuentes de información” (p.239). Desde este enfoque se estudia cómo se construyen en una situación los significados y las acciones y reconoce que la teoría resultante es una interpretación de la realidad de la cual el investigador toma parte. En este caso se debe de considerar que la investigadora principal también ocupará el rol de facilitadora del taller por lo que su participación debe de ser también objeto de análisis. De igual forma se asume que la realidad del escenario en el cual se desarrollará el programa puede ser muy diferente de otros y se reconoce en el análisis de datos la intersubjetividad construida a partir de la perspectiva de los participantes.

Para desarrollar los conceptos a partir de los datos obtenidos, se utilizaron esquemas de codificación axial y abierta para relacionar conceptos y categorías entre sí, así como el uso de comparaciones, metáforas y cuestionamientos como herramientas de análisis. Tal y como lo propone la metodología de la teoría fundamentada, a lo largo del proyecto se recogían los datos y se analizaba la información obtenida de forma simultánea, haciendo énfasis en los procesos y acciones que permitieran identificar las categorías conceptuales elegidas.

3.4 Variables

3.4.1 Estrés parental

Definición conceptual. Es el elemento activador que motiva al padre a utilizar los recursos a su alcance para desempeñar satisfactoriamente su rol parental (Abidin, 1992)

Definición operacional. Puntuaciones excesivamente altas en las mediciones de estrés parental y puntuaciones demasiado bajas indican dificultades en el manejo de las fuentes de estrés asociadas al rol parental. Como factores asociados al estrés parental se identifican: las características del niño, del padre y de las variables relacionadas con el rol como tal (Abidin, 2012).

3.4.2 Sensibilidad materna

Definición conceptual. De acuerdo con Ainsworth, se refiere a “la capacidad de reconocer e interpretar adecuadamente las señales del bebé y la habilidad para responder a dichas señales” (Nicholls & Kirkland, 2006).

Definición operacional. Se menciona que, para evaluar la sensibilidad de la madre, la definición operacional debe de incluir tres componentes de la conducta materna: respuesta contingente, oportuna y apropiada (Leerkes & Crockenberg, 2002).

Tamis Lemonda (2011) define como respuesta oportuna cuando se presenta en un corto periodo de tiempo después de la conducta del niño (2 a 5 seg). Se considera contingente cuando está relacionadas a la acción del niño y apropiada cuando presenta una réplica cálida, constructiva o positiva a la acción del niño, en vez de la prohibición o la crítica. De acuerdo con la escala de sensibilidad materna de Ainsworth, se identifica como altamente sensible a aquella madre que está altamente sintonizada con las señales de su hijo y responde a ellas oportuna y apropiadamente. Es capaz de ver las cosas desde el punto de vista del bebé, puede leer las señales de su hijo hábilmente e interpretarlas por mínimas que estas sean. Es capaz de ofrecer alternativas cuando siente que no puede satisfacer la demanda del niño. La

interacción entre la madre y el hijo es satisfactoria y las respuestas a sus necesidades son atendidas de forma contingente. Por otro lado, una madre altamente insensible, se observará como aquella que está concentrada más en sus necesidades que en las del bebé, por lo que las intervenciones hacia su hijo estarán en función de ella y no de las necesidades del niño. No responde a las señales o lo hace sólo si estas son intensas y prolongadas, por lo que la demora en la respuesta es en sí una conducta insensible y frecuentemente inapropiada (Mesman & Emmen, 2013).

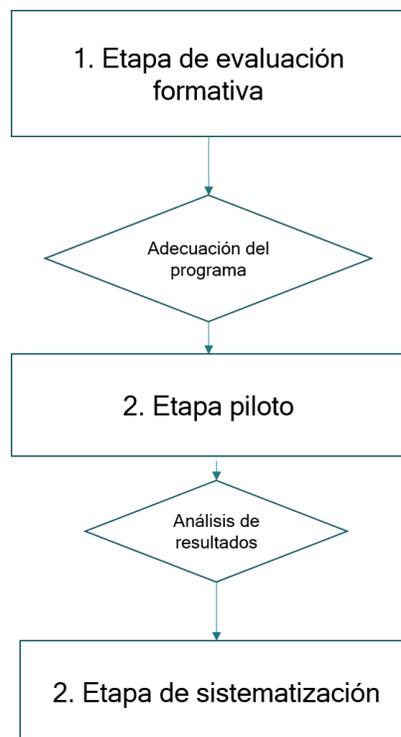
A pesar de ser un estudio descriptivo, se consideró importante tomar en cuenta como variables de control, aquellas condiciones previas que la madre podría presentar y que pudieran estar relacionadas con un aumento en el estrés parental. Se tomó la decisión de no aplicar instrumentos para valorar cada una de estas variables ya que durante la etapa de evaluación formativa se observó que las madres percibían como muy larga la evaluación inicial y presentaban dificultades para la comprensión de los reactivos por lo que se propuso que, durante la entrevista inicial, se explorara de manera clínica si existían factores de riesgo que pudieran aumentar el estrés. En este caso, se consideraron como variables a controlar: la depresión (Feldman & Eidelman, 2007), la autoeficacia materna (Le & Lambert, 2008; Teti & Gelfand, 1991), el apoyo social (Armstrong et al., 2005) y el temperamento del niño (Galehouse & Foley, 2013) al estar estrechamente relacionadas con las variables de estrés parental y sensibilidad materna.

3.5 Procedimiento

El proyecto se llevó a cabo en 3 etapas como se explica en la figura 1, una etapa inicial de evaluación formativa, una etapa piloto y finalmente la etapa de sistematización que fue suspendida debido a la contingencia sanitaria debido a la pandemia de COVID-19. La investigación se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de

México, en el área de Neonatología. El protocolo se presentó bajo los estándares solicitados por la institución a la dirección del área de neonatología y se dio la aprobación bajo la tutoría de la Dra. Mercedes Luque Coqui, psicóloga adscrita del hospital. Se solicitó al área de enseñanza del hospital la autorización para que la investigadora principal realizara una estancia de investigación como parte de los estudios de doctorado y se permitiera el acceso.

Figura 1. Fases del diseño e implementación del proyecto

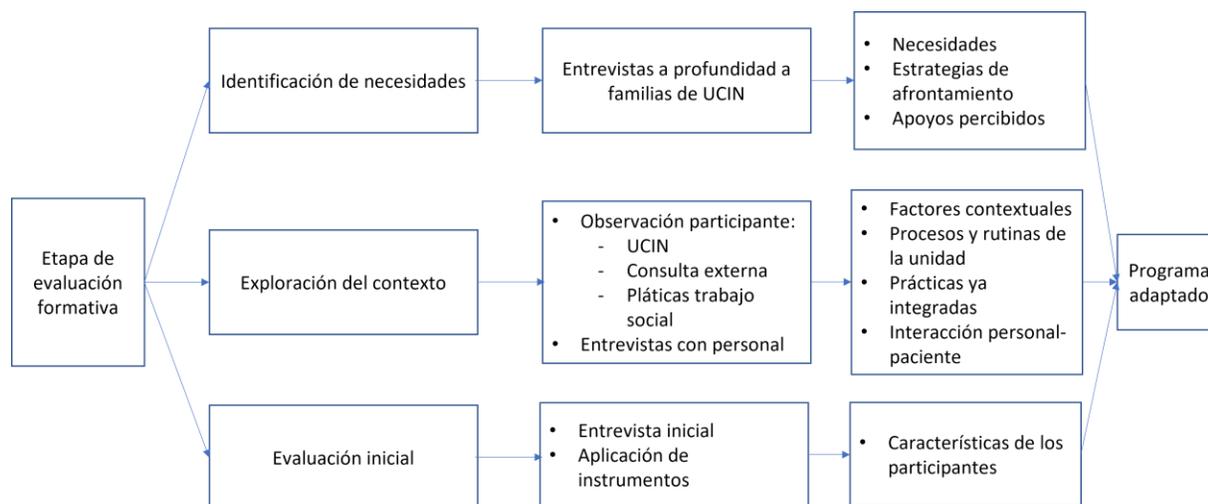


3.5.1 Etapa de evaluación formativa

Previo a la implementación del programa se decidió llevar a cabo una etapa de evaluación formativa, la cual permite identificar factores contextuales que favorezcan la efectividad de las intervenciones diseñadas (Lachman, et. al, 2016), que incluyó la

identificación de las necesidades de los padres durante la hospitalización y la transición a casa, un periodo de observación en la unidad de neonatología y finalmente la aplicación de una evaluación inicial para recabar la información sociodemográfica de las participantes (figura 2).

Figura 2. Fases de la etapa de evaluación formativa



Identificación de necesidades. La identificación de necesidades se realizó a través de entrevistas a profundidad aplicadas a familias de prematuros que habían estado hospitalizados al nacer con la intención de conocer cuál había sido su experiencia durante la hospitalización de su bebé y la transición a casa, así como las necesidades que habían detectado durante dicho periodo. Las entrevistas se condujeron de manera presencial o vía telefónica previa información y aceptación de las personas entrevistadas sobre los fines de la investigación. Se diseñó una guía con temas para explorar durante la entrevista, sin embargo, debido a que el nacimiento prematuro y la hospitalización son, en sí mismas, experiencias traumáticas fue

importante propiciar un ambiente empático y colaborativo (Morrow, 2005) para crear de forma activa una historia a través del diálogo que contara las vivencias de los participantes durante la hospitalización de su hijo. Se utilizó como pregunta inicial ¿Cuál fue su experiencia al salir su bebé de la UCIN?, permitiendo a los entrevistados hablar de manera espontánea y guiando la entrevista hacia la exploración de las vivencias que tuvieron las familias durante la transición del bebé al salir del hospital y llegar a casa y sus experiencias como padres. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y resguardadas por la investigadora principal cubriendo así los criterios de fidelidad y auditabilidad. Adicionalmente se consideró el diario de campo y las notas realizadas durante el proceso de análisis. Los nombres de los participantes fueron modificados por motivos de confidencialidad. Para este estudio se consideró una muestra teórica seleccionando previamente las características de la población a estudiar (Flick, 2012).

El análisis de las entrevistas se llevó a cabo de manera simultánea durante el proceso de recolección de datos y posteriormente se llevó a cabo el análisis final de la información utilizando el programa NVivo12.0 (2018) para organizar, codificar y analizar los datos a través de unidades de análisis y categorías desde un punto de vista ontológico, esto es, identificando en las narrativas de los participantes aquellos aspectos previamente reportados por la literatura y aquellos aspectos novedosos y específicos del contexto. Una vez identificados los temas principales en las narrativas de las entrevistas, se clasificaron en categorías y se discutieron con el equipo de investigación. Se aseguró el criterio de credibilidad a través del contraste de los resultados con otros investigadores, la inmersión dentro del campo de estudio y de la validación de los datos con los propios participantes (Gasson,2014).

Exploración del contexto. Para conocer el escenario donde se llevó a cabo la intervención, así como la dinámica de la población y del personal se realizó un proceso de observación participante. Durante los meses de marzo, abril y mayo de 2019 se realizaron visitas dos veces por semana cuatro horas cada una y en las que obtuvo la información

referente a los procesos y rutinas de la unidad, las características de las participantes y la relación con el personal de salud de la unidad. Se realizaron observaciones en el área de neonatología, incluyendo la sala de cuidados intensivos, intermedios y de crecimiento y desarrollo, el área de consulta externa, el área de trabajo social, el área de psicología asignada a UCIN, así como del equipo multidisciplinario que participa en la atención de los neonatos hospitalizados previa autorización de la dirección de neonatología. Asimismo, se incluyeron los datos obtenidos durante las juntas de trabajo con el equipo de salud, las entrevistas con enfermeras y neonatólogas adscritas, la observación de otras instituciones y las conversaciones con los profesionales de la salud que laboraban en estas a fin de contrastar los datos encontrados en el escenario. El registro observacional se realizó a través de notas de campo y las notas tomadas a través de la revisión de los expedientes clínicos. En un inicio se procedió a realizar la observación general de los procesos en el área de UCIN y tal como lo indican Corbin y Strauss (2008), el análisis de las notas de las primeras observaciones ofreció las bases para identificar categorías y conceptos que se consideraron para las observaciones posteriores y que posibilitó la creación de una guía observacional que se utilizó durante la etapa piloto. El procedimiento metodológico de la toma de notas incluyó una descripción detallada del escenario, las interacciones y procesos que se presentaban en el área de neonatología.

Evaluación inicial. Para concluir la primera etapa, se realizó una evaluación inicial para conocer las características de la población a trabajar y así poder realizar las adecuaciones pertinentes al diseño inicial del programa. En el periodo de marzo a junio de 2019 se recogieron por medio de una muestra por conveniencia, los datos de 14 madres cuyos bebés se encontraban hospitalizados a través de la aplicación de un cuestionario de datos sociodemográficos. La información cuantitativa de las participantes se registró a través del formato de evaluación inicial. Se capturó en una base de datos de Microsoft Office Excel 2016 y se exportaron al programa SPSS versión 25. Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos de las madres incluyendo como variables: edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, número de hijos y ocupación. Asimismo, se consideró la información sobre la fecha de nacimiento, sexo, peso al nacer, semanas de gestación al nacer y tiempo de hospitalización del infante. La identificación de las participantes se registró a través de un folio para guardar la confidencialidad.

Se consideraron esta muestra madres mayores de edad con neonatos prematuros hospitalizados en el momento de aplicar los instrumentos. Se excluyeron a mujeres cuya lengua materna no fuera el español, que tuvieran un diagnóstico de trastorno mental, adicción o abuso de sustancias o cuyo hijo presentara defectos congénitos mayores.

3.5.2 Etapa piloto

. La segunda etapa se denominó etapa piloto y comprendió los meses de julio a noviembre de 2019 en la cual se implementó una primera versión del programa, se identificaron áreas de mejora y se evaluaron los resultados.

Durante esta etapa, se realizaban dos visitas semanales a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para realizar la observación de la interacción entre las madres y los neonatos y la presentación con las madres de nuevo ingreso y posterior invitación al

programa. Aquellas interesadas en participar en el programa se entrevistaban en la sala de espera, en donde la psicóloga les explicaba las características del programa, le entregaba el consentimiento informado y el formato de entrevista (Apéndice B). Las participantes asistían a 4 sesiones semanales de orientación en las que se ofrecía sensibilización de los padres sobre el nacimiento prematuro, entrenamiento sobre los cuidados básicos del bebé dentro y fuera de la UCIN, técnica del uso del rebozo, técnica de masaje infantil e identificación de las señales de comunicación y temperamento del bebé. Las sesiones se realizaban de manera grupal con duración de 45 min todos los miércoles a las 12:00pm. La psicóloga realizaba visitas dentro de la UCIN para establecer la confianza con las usuarias, brindar asesoría y contención emocional durante la hospitalización. Durante el periodo de prealta, la psicóloga brindaba a la madre orientación sobre el proceso de transición y adaptación a casa y programaba una entrevista de seguimiento al alta que se modificó posteriormente a tres llamadas telefónicas durante el primer mes posterior al alta hospitalaria a fin de monitorear el proceso de adaptación del bebé en casa.

Para analizar los datos cualitativos se utilizaron como métodos de recolección de datos, el registro observacional a través de notas de campo y guías observacionales, el registro de las sesiones grupales y las llamadas de seguimiento, las entrevistas con las madres y el personal. Una vez recogida la información se transcribieron los datos y se utilizó el programa NVivo versión 12 para identificar los principales temas y realizar la codificación y el análisis a través de categorías. La información cuantitativa de las participantes se registró a través del formato de evaluación inicial y los instrumentos reportados previamente. Se capturó en una base de datos de Microsoft Office Excel 2016 y se exportaron al programa SPSS versión 25. Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos de las madres incluyendo como variables: edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, número de hijos y

ocupación. Asimismo, se consideró la información sobre la fecha de nacimiento, sexo, peso al nacer, semanas de gestación al nacer y tiempo de hospitalización del infante.

Para la etapa piloto se consideró realizar un muestreo por conveniencia con la población existente al momento de la investigación que deseara participar en el estudio y que cumpliera con los criterios de inclusión:

- Madres mayores de 18 años con neonatos prematuros nacidos antes de cumplir la semana 37 de gestación y que hayan permanecido hospitalizados en el HI
- Que vivan en la CDMX o en la zona conurbada.

Se consideraron los mismos criterios de exclusión que se establecieron para la evaluación inicial y se consideró como criterio de eliminación la detección durante la intervención o el seguimiento de alguna madre con alguna sintomatología de trastorno mental grave, en cuyo caso se canalizaría a intervención psicológica individual y se eliminará de la muestra.

Desde la metodología cualitativa, se consideró una muestra teórica a fin de recolectar los datos del escenario, participantes, sesiones, interacciones y eventos relacionados con el programa que permitieran el análisis y la formulación de nuevos conceptos (Strauss & Corbin, 2008).

3.5.3 Etapa de sistematización

Finalmente, en los meses de enero a mayo de 2020 se tenía contemplado llevar a cabo la etapa de sistematización en la cual se replicó el programa con las adecuaciones realizadas a partir de las observaciones de la etapa piloto, sin embargo, en marzo de 2020 se suspendieron las actividades presenciales debido a la contingencia sanitaria asociada a la pandemia por COVID-19 por lo que el programa no se pudo concluir.

3.6 Instrumentos utilizados

Se realizó un primer diseño del programa de intervención denominado “Proyecto Libemor” utilizando los componentes clave identificados a través de la revisión teórica literatura (tabla 1), (Altimier & Phillips, 2016; Benzies et al., 2013; Lavallée et al., 2017; Puthussery et al., 2018; Vanderveen et al., 2009) y la integración los datos obtenidos de la fase de identificación de necesidades.

Tabla 2. Estructura del programa de intervención psicológica para madres de prematuros al alta hospitalaria

Fase	Descripción	Modalidad	No. sesiones	Duración
1. Evaluación	Entrevista y evaluación inicial Entrega de kit de bienvenida	Presencial individual	1	60 min
2. Taller grupal	Orientación sobre la prematuridad y los estados de comportamiento del bebé. Entrenamiento en la identificación de tipos de llanto y señales de comunicación. Acompañamiento emocional a las madres.	Presencial Grupal	4	90 min
3. Acompañamiento al alta	Asesoría y seguimiento sobre cuidados básicos Apoyo a distancia en la transición y adaptación del bebé al hogar Entrenamiento en el uso del rebozo Contención emocional a madres	Presencial	3	60 min
4. Cierre	Entrevista de cierre Aplicación de batería de evaluación	Presencial Individual	1	60 min
5. Evaluación final	Evaluación de seguimiento	Presencial Individual	1	60 min

Posteriormente, se realizaron modificaciones a la primera versión del programa utilizando la información obtenida a partir del análisis de la observación del contexto y tomando en cuenta las prácticas que ya se realizaban en el área de neonatología como parte del modelo de Cuidados Centrados en la Familia (Hynan & Hall, 2015), el cual considera el involucramiento de los padres en los cuidados del bebé, lo que incluye la práctica del método canguro cuando el bebé se encuentra estable y los médicos lo autorizan, el entrenamiento por parte de las enfermeras en los cuidados básicos del bebé (baño, cambio de pañal, alimentación y administración de medicamentos) cuando los neonatos son trasladados a terapia intermedia, la lactancia materna y la permanencia de los padres en la sala sin límite de

horario. Aunque dichas prácticas se implementaron en el área de neonatología previamente, son componentes clave para la reducción del estrés y la ansiedad en las madres. La estructura de la versión final del programa se presentará en la sección de resultados.

Todos los materiales audiovisuales utilizados en el programa (Apéndice D) se realizaron ad hoc a excepción del Diario del bebé que nació temprano (Mendizabal, et.al, 2011) el cual se adaptó previa autorización de la autora. Durante el periodo de confinamiento por contingencia sanitaria por COVID-19, se llevó a cabo una versión digital del contenido del programa.

Se consideraron de forma inicial como instrumentos de evaluación la Escala de Estrés Parental en UCIN desarrollado por Miles, Funk y Carlson (Miles & Carter, 1982) y estandarizado para población mexicana por Sánchez Castellanos (2004) con una consistencia interna aceptable ($\alpha=.97$) y el Índice de Estrés Parental de Richard Abidin (Abidin, 2012) y la subescala de autoeficacia de la escala madre-bebé (MABS) diseñada por Wolke y St. James Roberts en 1987 (en Brazelton & Nugent, 1997), sin embargo dado el tamaño de la muestra y la imposibilidad para tener un seguimiento en las evaluaciones a causa de la interrupción en la fase de sistematización se decidió sólo considerar los datos obtenidos de las observaciones y las notas de campo.

Una de las dificultades presentadas a lo largo de la investigación fue la imposibilidad para videograbar las interacciones entre la madre y el hijo dentro de la UCIN. Para contar con evidencia de los elementos que favorecían la sensibilidad materna durante la hospitalización se realizó una guía de observación (Apéndice C) utilizando como referencia los ítems del instrumento de evaluación "Maternal Behavior Q-Sort" (MBQS), desarrollado por David Pederson, Gred Moran y Sandi Bento (1995) diseñado para describir la calidad de la interacción entre la madre y el hijo basado en el concepto de Mary Ainsworth de Sensibilidad

Materna y que muestra una correlación positiva ($r=.90$ $p \leq .001$) con la escala original de Ainsworth (Pederson et al., 1999). Los reactivos cuentan con descripciones de conductas para observar la tendencia que muestra la madre a detectar y reconocer las señales del bebé que demandan una respuesta oportuna y apropiada de su parte. Las descripciones incluyen diversos aspectos de la conducta materna como el cuidado del bebé, el afecto materno, la atención, el estilo de interacción y las habilidades de comunicación.

3.7 Consideraciones éticas

Se consideró la Guía para la evaluación de las consideraciones éticas que maneja el hospital para los proyectos de investigación. Se consideró una intervención con riesgo mínimo ya que los procedimientos a realizar incluyen pruebas psicológicas y tratamientos que no conllevan riesgo alguno para los participantes. El protocolo de investigación fue sometido a consideración del comité tutorial y de la dirección del área de neonatología para su autorización.

Los participantes fueron informados sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, así como la información recolectada para fines de investigación, la intervención no conllevaba riesgo alguno para la madre o el menor. Se otorgó un consentimiento informado en el que se detallan los procedimientos a realizar y las condiciones del programa, así como los datos de contacto y la autorización para registrar los datos. El resguardo de los datos corre a cargo de la investigadora principal y se utilizó el número de registro del paciente para guardar la confidencialidad de las participantes.

4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados divididos de acuerdo con las etapas en las que se realizó el proyecto. En primer lugar, se expondrán los hallazgos encontrados durante la etapa de evaluación formativa que permitieron realizar adecuaciones al diseño original del programa. Posteriormente se describirán los resultados de la etapa piloto y finalmente los resultados preliminares alcanzados en la etapa de sistematización.

4.1 Etapa de evaluación formativa

Se integra la información analizada a partir de la detección de necesidades, la exploración del contexto y de la evaluación inicial, así como los puntos relevantes que a partir de dicho análisis se tomaron en cuenta para la adecuación del programa de intervención.

4.1.2 Detección de necesidades

Para esta etapa se exploró acerca de la experiencia de familias de niños prematuros al salir de la UCIN y las principales necesidades de atención percibidas durante el periodo de hospitalización y la transición a casa. Para ello, se recogieron las experiencias de madres que habían vivido la experiencia de tener hijos que habían nacido prematuros y habían permanecido hospitalizados.

Se entrevistaron a 8 mujeres hasta que se llegó a la saturación teórica (Martínez-Salgado, 2012), 5 de los participantes fueron reclutados por bola de nieve y 3 autoseleccionados por medio de una convocatoria autorizada en las redes sociales de la Asociación para familias de prematuros "Pequeño Nunu". De las madres entrevistadas, 7 tenían pareja, aunque solo en el caso de una de ellas el padre participó en la entrevista, la escolaridad reportada fue: media superior (1), superior (5) y posgrado (2); 5 mujeres eran primigestas y 2 de ellas ya habían tenido un embarazo previo.

Se incluyó a participantes que fueran mayores de edad y que tuvieron un hijo prematuro que hubiera permanecido hospitalizado y que residiera en México. Como criterios de exclusión se consideraron diagnósticos de enfermedad mental de la madre, adicción o abuso de sustancias y que el bebé se encontrara bajo la tutela de otras personas que no fueran los padres. Se invitó a toda la familia a participar en la entrevista, considerando como principal fuente de información la experiencia del cuidador primario.

Los resultados de la detección de necesidades mostraron que la narrativa de los padres se dividía en dos grandes dimensiones, una en donde se incluye la narrativa correspondiente al periodo de hospitalización y la segunda que abarca la experiencia al llegar a casa (tabla 3).

En la primera, se observa que la *experiencia del nacimiento prematuro* tiene un impacto en el rol de los padres y la relación con su hijo, los familiares requirieron hablar sobre el momento del nacimiento, los momentos previos y la causa de la prematurez para dar contexto a los eventos ocurridos durante la hospitalización.

Tabla 3. Necesidades de los padres de prematuros

Categoría	Subcategoría
Hospitalización	Nacimiento e ingreso a UCIN Información recibida Capacitación previa al egreso Manejo de emociones
Transición a casa	Adaptación y ajuste Adquisición de confianza Manejo de emociones Estrategias de afrontamiento Necesidades identificadas Apoyos percibidos

Una subcategoría correspondiente a la experiencia de hospitalización fue la denominada *Información recibida*, en esta se reportó que la falta de claridad en la información sobre el estado de salud del niño incrementaba la sensación de estrés y ansiedad en los padres, una madre refirió *“Te dicen como lo que creen que te tienen que decir y no te dicen más supongo que para no alterarte”*. Por el contrario, aquellos que recibían información clara, referían sentirse más tranquilos.

Capacitación previa al egreso: Todos los entrevistados mencionaron que se tuvo algún tipo de capacitación previa al egreso enfocada principalmente al baño, alimentación, cambio de pañal, administración de medicamentos y cuidados básicos y cuando practicaron las habilidades enseñadas, los familiares percibieron mayor confianza y seguridad para realizar las tareas al egreso que cuando no se tenía práctica o la capacitación era insuficiente: *“Usaron la palabra capacitación, pero pues no. “Me acuerdo de que cuando la bañaron en una bandejita y la pobre niña gritaba y gritaba y yo decía yo no la voy a poder agarrar así”*. Por otro lado, solo una madre reportó haber contado con asesoría formal de lactancia al momento del egreso, mientras que otras cinco reportaron llevar a cabo extracción de leche durante la estancia hospitalaria. Otro aspecto informativo fue el hincapié que hicieron los médicos en la estimulación motriz que debían tener al seguimiento los bebés, así como la vigilancia de la oxigenación, sin embargo, este aspecto les generaba confusión y angustia ya que las madres señalan que no les quedaba muy claro cómo detectar las señales de alarma de su hijo.

Ambivalencia: Se reportaron sentimientos de ambivalencia entre felicidad, confusión, angustia, incertidumbre y miedo al recibir el alta hospitalaria y sentirse poco capaces para cuidar del bebé o no tener los recursos con los que contaban en el hospital: *“dije: ¿y si no la puedo alimentar?, se me va a morir. Al principio me sentía asustada, me daban muchos nervios, todo me daba miedo, tocarla, bañarla, la dormida”*. La culpa fue una de las emociones experimentada de forma generalizada, las madres reportaron que en algún momento se

sintieron responsables del nacimiento prematuro.

Emociones reprimidas: Se agruparon las narraciones relacionadas con las emociones no expresadas, los padres reportaron no haber tenido tiempo para reconocer y expresar las propias emociones dentro de la UCIN y al momento de la transición a casa al no contar con un espacio destinado para ello o ante la disyuntiva de concentrarse en las necesidades del bebé y no en las propias. Refirieron poner sus sentimientos a un lado, no tener tiempo para sufrir. Se reportaron situaciones de estrés que provocaron una crisis de ansiedad percibida como un “momento de quiebre” en el que “desahogaron” aquellas emociones de las que no habían podido hablar.

En cuanto a la experiencia de egreso y transición a casa se identificó la subcategoría de *Adaptación y ajuste* referente a los cambios que tuvieron que hacer los padres ante la llegada del bebé como “desinfectar la casa”, restringir el número de visitas y salidas, familiarizarse con los horarios y la administración de medicamentos, así como las conductas de cuidado. Señalaron que los primeros días durmieron muy poco ante el temor de que el bebé dejara de respirar. Para las primerizas la adaptación requirió un mayor esfuerzo que para las que ya tenían hijos. Las que tuvieron un prematuro extremo (≤ 28 SDG) y que presentaron alguna condición clínica percibieron esta etapa como más difícil a diferencia de quienes habían tenido a prematuros moderados o tardíos (> 28 SDG y ≤ 36 SDG) sanos.

Confianza: Los padres relataron como fueron adquiriendo confianza de forma paulatina en su rol como padres, detectando las señales del menor y confiando también en su madurez. Así, fueron ajustando las indicaciones de los médicos y especialistas conforme conocían al bebé y adquirían experiencia como papás:

Estrategias de afrontamiento: Se identificaron estrategias implementadas por iniciativa de los padres como la elaboración de diarios o expedientes, la búsqueda de apoyo

psicológico de forma particular e información. Hablar con personas que habían vivido situaciones similares fue otra estrategia que les resultó favorable. Enfocarse en el aquí y en el ahora evitando futurizar se reportó como una estrategia que ayudaba a los padres a evitar pensamientos catastróficos.

Apoyos recibidos: Los principales apoyos reportados fueron de familiares y amigos durante los primeros días en casa. En dos casos se reportó haber contratado a personal de enfermería y apoyo doméstico. El rol del padre fue de mucha importancia dentro de la narrativa de las madres ya que se identificó como la principal figura de soporte y apoyo, refiriendo poder desahogarse con la pareja, encontrando un “apoyo amoroso” de su parte. Además, se considera que el padre se enfocaba en las tareas económicas, relacionadas con el seguro médico o las visitas mientras la madre estaba en recuperación. Por otro lado, cuando no se contó con el apoyo de la pareja se refirieron sentimientos de soledad y mayor responsabilidad.

Necesidades identificadas: Al preguntar específicamente a los participantes qué consideraron que les hizo falta durante la hospitalización, de manera general se reportó haber requerido más información médica y apoyo por parte del personal de salud durante el seguimiento, señalaron la necesidad de contar con redes de apoyo o de conocer a personas que hayan pasado una situación similar ya fueran familias con niños hospitalizados al mismo tiempo que el suyo o familias cuyo hijo ya hubiera egresado. Por otro lado, se identificó la necesidad de vinculación con especialistas que ofrecieran seguimiento ya que mencionaban que era desgastante ir de un lugar a otro con médicos o terapeutas que no estaban especializados en el área. Finalmente, se mencionó como importante contar con un espacio en el que se pudiera hablar sobre las emociones que genera la experiencia del nacimiento prematuro. Destacaron la importancia de la escucha empática y la validación de las emociones como lo refirió una madre “un acompañamiento cálido que sea empático a la situación que se

vive que te informen desahogar el miedo de perder al bebé en un mundo en el que te sientes ignorante es un choque de como tú creías que ibas a vivir el nacimiento de tu hijo y como está sucediendo”.

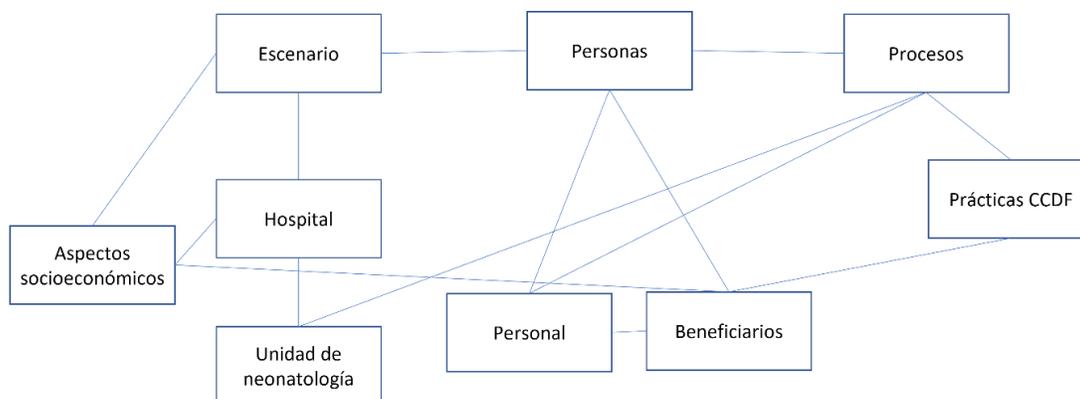
En general se observa como en ambas categorías se relata una experiencia traumática, percibida con emociones ambivalentes desde el nacimiento del menor, la hospitalización y la transición a casa principalmente relacionadas con la salud y recuperación de su hijo. Se identifica que la experiencia se percibió como positiva o negativa a partir de diversos elementos como las condiciones de hospitalización, la relación con el personal de salud, las redes de apoyo y la información y capacitación que se ofrecía para cuidar del neonato.

En las subcategorías analizadas se pueden identificar elementos incorporados en los programas basados en la evidencia y como elementos novedosos se identifican la necesidad de abordar las emociones asociadas al nacimiento prematuro y la hospitalización incluyendo la ambivalencia referida al egreso hospitalario, las estrategias de afrontamiento reportadas y la identificación de redes de apoyo.

4.1.2 Exploración del contexto

La exploración del contexto en el que se realizó la intervención permitió entender las condiciones de la población, el escenario, así como las limitaciones que se presentaron a lo largo de la implementación. A continuación, se expondrán las características del lugar en el que se llevó a cabo la intervención, así como los procesos que se consideraron importantes a partir de la observación realizada, las cuales se categorizaron en tres temas principales (escenario, las personas y los procesos) de los que se desprenden subcategorías que se relacionan entre sí y justifican la necesidad de adecuar el programa de intervención a las características de cada institución (figura 3).

Figura 3. Relación de los elementos contextuales



El *escenario* donde se llevó a cabo la intervención es un hospital de tercer nivel de atención que cuenta con subespecialidades pediátricas. Depende de la Secretaría de Salud y ofrece servicio a las personas de la CDMX y la zona conurbada del Estado de México que no se encuentran afiliadas a ninguna institución de seguridad social, así como de otros estados de la República cercanos que no cuentan la infraestructura médica requerida y que en su gran mayoría pertenecen a un nivel socioeconómico muy bajo.

La institución está ubicada en una zona de hospitales al centro de la ciudad, el trayecto para la mayoría es de más de una hora. Se puede acceder a través del transporte público. Al hacer el recorrido por las calles colindantes, se puede observar un corredor de puestos de comida y vendedores ambulantes en donde los familiares de los pacientes suelen comprar alimentos y material para los pacientes. Se observa también que muchos descansan de forma precaria en las banquetas, improvisando almohadas con periódicos y cubriéndose del sol esperando ingresar a ver a su familiar. El panorama da una clara imagen de la experiencia que

viven los familiares que tienen a un niño hospitalizado. El entorno es sucio y en ocasiones se percibe inseguro. Varias madres reportaron iniciar la jornada a tempranas horas de la mañana y acudir al hospital sin desayunar. Es común que pasen la mayor parte del día en la institución y que solo tomen un alimento para evitar gastos. A diferencia de otros hospitales públicos y particulares de la misma región, se observan claras diferencias socioeconómicas

Dentro del *hospital* se observan otros aspectos. Al ser una institución médica de enseñanza, acuden estudiantes de medicina, enfermería, fisioterapia, psicología y otras disciplinas relacionadas con el campo de la salud. El complejo hospitalario es extenso, cuenta con varios edificios por lo que ir de un área a otra lleva tiempo y conocerlo no es sencillo al inicio. El personal de base y los médicos adscritos se apoyan ampliamente de los estudiantes que realizan su residencia médica, sus estudios de posgrado y alta especialidad, así como de los alumnos que realizan su servicio social y prácticas. El nosocomio cuenta con equipo médico de primer nivel, aunque en ocasiones los espacios físicos en los que labora el personal, así como los consultorios, son reducidos y el mobiliario de oficina es viejo y descuidado. El personal comúnmente hace esfuerzos para adaptarse a las limitaciones en espacio y recursos materiales con los que se cuenta.

El *área de neonatología* se ubica en el cuarto piso del edificio de hospitalización. Para ingresar se requiere de un pase de acceso que otorga el área de relaciones públicas a un familiar por cada niño hospitalizado. Se debe de hacer un registro con un guardia de seguridad que resguarda el área y todas las personas deben de pasar al área de lavado de manos antes de ingresar a la sala. Como medidas de higiene, se solicita ingresar con el cabello recogido, los antebrazos descubiertos y no utilizar ningún accesorio como reloj o pulseras.

La sala se divide en el área de cuidados intensivos neonatales que cuenta con 11 camas, el área de terapia intermedia con otras 11 camas y al fondo se encuentra el área de

crecimiento y desarrollo con 4 camas habilitadas, los cuneros de reserva y el lactario. Se procura un ambiente de bajo ruido y se cuida la entrada de luz. Los prematuros extremos cuentan con protectores en sus cuneros y cada cuna cuenta con un nido neonatal hecho por las enfermeras para cuidar la posición del bebé. Existen unos cuatro sillones tipo reposit que se cambian de lugar de acuerdo con las necesidades para que las madres puedan amamantar a sus bebés o hacer método canguro.

Al ser un hospital de referencia, se reciben a menores que nacieron en otras instituciones y que son canalizados ya sea por el tipo de padecimiento, o por falta de cupo en otros hospitales. Debido a que se cuenta con atención de subespecialidad, es común que ingresen a la Unidad pacientes con padecimientos complejos que no sean fáciles de atender en otras instituciones. En el caso de los recién nacidos prematuros, es frecuente que ingresen prematuros extremos o moderados y en el caso de los tardíos con algún padecimiento asociado.

Al revisar *los procesos* de la unidad, se observó que por la mañana hay mayor actividad por parte del equipo médico que durante la tarde. Esto hace que ingrese una gran cantidad de personas para realizar interconsulta, supervisar o realizar procedimientos. En la UCIN suele haber más movimiento que en la sala de terapia intermedia y crecimiento y desarrollo, además la interacción entre las madres y los neonatos es más limitada debido a su estado de salud. Solo cuando el bebé se encuentra estable, se permite realizar método canguro, cargar o alimentar a su bebé. Mientras esto no es posible, el contacto con el bebé es mínimo. Los cuidados corren a cargo de las enfermeras y la madre solo participa cuando es posible realizar método canguro o alimentación a través de biberón.

En terapia intermedia, las madres participan más activamente, cambian el pañal, bañan al bebé y lo alimentan. Se observa que las enfermeras ya están familiarizadas con dichos

procesos, entrenan a las madres y las consideran un apoyo en los cuidados de su hijo. Como ejemplo, durante el baño, una enfermera le pide a la madre que seque la cabeza de su hijo mientras ella cambia el agua de la tina, después le pide que lo cargue y lo alimente mientras ella cambia las sábanas de su cuna. Se les pide a los padres que acudan más temprano para poder participar en las rutinas de cuidado que se realizan entre las 8 y las 11 de la mañana. Posteriormente, se alimenta al bebé y a al medio día se realiza la hora de penumbra en la que se apagan las luces y se reducen al máximo los procedimientos permitiendo así el descanso de los bebés. A partir de las 2pm, las madres vuelven a ingresar para alimentar nuevamente a sus bebés y permanecen ahí hasta que así lo deseen. En la sala de crecimiento y desarrollo solo se encuentran cuatro cuneros habilitados. Los bebés que se encuentran ahí están más estables y próximos al alta. Al ser un área en la que no hay tanto tránsito de personal, las madres suelen hablar más con sus bebés y en un tono más alto. Se observan con mayor intimidad en la interacción con sus hijos en comparación con las áreas en donde se encuentran más personas en donde las madres suelen hablarle a sus bebés en un tono más bajo y se observan más atentas de lo que ocurre alrededor.

En cuanto a las características de *la población beneficiada*, se puede decir que las familias de los niños que se atienden en el hospital son de muy escasos recursos, el rango promedio de ingresos por familia es de menos de \$5000 al mes. Se puede observar que no cuentan con los recursos necesarios para afrontar los gastos de una hospitalización ya que recurrentemente, las trabajadoras sociales derivaban a los familiares con fundaciones, albergues o instituciones que les ofrecían distintos tipos de apoyo. El patronato del hospital ofrece a las madres un almuerzo diario de forma gratuita. Las madres de los menores hospitalizados eran en su mayoría jóvenes menores de 30 años e incluso frecuentemente adolescentes y su escolaridad era muy baja. Como se mencionó, los familiares deben acudir desde temprana hora al hospital a pesar de la distancia y permanecer la mayor parte del día.

En algunos casos, se observó que se alternaba la visita entre ambos padres mientras que, en otros, el padre debía regresar a trabajar lo cual limitaba las visitas a los fines de semana. Cuando la madre no contaba con pareja, se permitía el ingreso de otros familiares, generalmente la abuela materna. El rango de estancia hospitalaria de los neonatos podía variar entre una semana y más de tres meses. Una vez que los bebés egresan, se les da cita para consulta externa y con cada una de las especialidades correspondientes según sea el caso. Sin embargo, debido a la demanda en la atención, es frecuente que las citas se den con largos lapsos de espera.

En relación con las conductas observadas, llamó la atención el tiempo de duración de la visita, algunas madres pasaban mucho tiempo en la unidad de neonatología, mientras que había otras que no asistían diariamente o sólo por un breve periodo de tiempo. Cuando se preguntaba cuál era la razón, la distancia de la casa al hospital era uno de los motivos, seguido por el que tenían otros hijos que cuidar. Por otro lado, se observó una diferencia en la conducta de las madres de reciente ingreso que se observaban desorientadas, visiblemente más preocupadas por el estado de salud de su hijo y algunas todavía asimilando el nacimiento temprano de su hijo, mientras que las madres “veteranas” que tenían más de dos semanas con su bebé ingresado se observaban con mayor conocimiento de los espacios de la sala, los horarios y las rutinas. Conocían los lugares a donde desayunar, descansar o realizar trámites, y las de reciente ingreso comúnmente se acercan a ellas para tener orientación. Es común que entre las madres se formaran grupos y amistades breves ya que se observaba que algunas madres esperaban a otras para acudir al banco de leche, platicar en la sala de espera o acompañarse en el lactario, incluso organizan grupos de whatsapp para conversar. Se observó también que durante los primeros días es más común que los padres se hagan presentes, en muchas ocasiones debido a que la madre se encuentra hospitalizada, poco a poco las visitas

se hacen menos frecuentes en muchas ocasiones por un tema laboral, dejando a cargo del cuidado del bebé a la madre.

La interacción entre las madres y sus hijos también fue registrada. Se observó que las madres tienen mayor oportunidad de interacción en el área de terapia intermedia cuando realizan la rutina de baño, cambio de ropa y pañal y alimentación. Durante estos periodos es más común observar que las madres hablan con sus hijos, los arrullan y les cantan. Hay momentos en los que las madres observan detenidamente a sus hijos, aunque estén dormidos y les hablan a pesar de no estar alertas. Cuando realizan método canguro, hay quienes acarician al bebé y conversan y hay otras que en silencio miran lo que ocurre alrededor de la sala. Una madre en el área de crecimiento y desarrollo baña sola a su bebé y al momento de cargarlo para alimentarlo, el bebé muestra signos de molestia. La madre que estaba observando a otro bebé, voltea a verlo y le pregunta: “¿qué tienes corazón?, aquí estoy, aquí estoy”. Lo que denota familiaridad en la relación y confianza de la madre para responder a la necesidad del niño.

Respecto al *personal* que labora en la unidad, se observó que un equipo multidisciplinario ofrece servicio al área de neonatología. Enfermeras, médicos residentes y adscritos, especialistas en rehabilitación, trabajo social y psicología, trabajan en conjunto para brindar atención a los neonatos hospitalizados y sus familias. Además, a la unidad ingresan médicos de otras especialidades a realizar interconsulta, ingenieros biomédicos que revisan el equipo, personal de limpieza, camilleros y los familiares de los pacientes. Existe una enfermera asignada al apoyo a la lactancia materna. Los médicos adscritos asisten en su mayoría en el horario matutino, rotan su turno entre la atención a la Unidad y la consulta externa y se apoyan de los médicos residentes quienes se asignan a los tres horarios. Cada médico adscrito tiene asignados a ciertos pacientes y en equipo con los médicos residentes monitorean el estado de salud de los neonatos y les dan informes a los padres una vez al día.

Los especialistas de rehabilitación acuden tres veces a la semana para llevar a cabo ejercicios físicos con los bebés, evaluarlos y capacitar a los padres en técnicas de estimulación para el bebé, incluyendo ejercicios orofaciales que favorezcan la succión en caso necesario. El equipo de enfermería también tiene asignado a un número de neonatos que son atendidos en los tres turnos. El personal de trabajo social solo asiste en el horario matutino, durante el periodo de observación se registraron diversas faltas por parte del personal lo que provocaba deficiencias en el seguimiento a los pacientes. Se cuenta con un psicólogo adscrito que atiende a la unidad de neonatología y que se apoya de dos estudiantes que realizan su servicio social, sin embargo, le dan servicio a otras dos áreas del hospital por lo que solo pueden asistir dos o tres veces por semana a visitar la unidad en un horario limitado.

El seguimiento que se le da a un bebé es de tres años en el área de neonatología, las citas se asignan de manera periódica, sin embargo, no se le da un seguimiento puntual a la lactancia materna, no se realiza una evaluación del desarrollo hasta los 36 meses y no se da seguimiento por parte del área de psicología a menos que se canalice un caso de forma específica. En el área de rehabilitación y terapia física se da un seguimiento y se deriva en caso necesario a los programas de lenguaje y estimulación.

En lo que corresponde a *las prácticas observadas* asociadas a la metodología de cuidados centrados en la familia, se pudo corroborar que a pesar de que no existía un programa de intervención para las familias de prematuros si existían prácticas basadas en el modelo de cuidados centrados en la familia que se habían establecido paulatinamente en el área de neonatología. Además del apoyo que se les daba a las madres en lactancia, se contaba con la práctica de método canguro, el entrenamiento en cuidados básicos y se amplió el horario de visitas para que las familias pudieran permanecer en la unidad sin restricción de tiempo, lo cual es una práctica poco observada en otros hospitales de México. El entrenamiento en los cuidados básicos del bebé es un proceso ya sistematizado por el equipo

de enfermería. En un principio se le pide a la madre que observe para que después ella lo haga bajo supervisión de la enfermera. Cuando el proceso ya es dominado, la madre realiza sola los cuidados. En caso de que el padre acuda a la visita, también se le incluye en el entrenamiento. Las enfermeras modelan las conductas, dan instrucciones y ofrecen retroalimentación. Mientras supervisan, la madre adquiere confianza y seguridad.

Algunos ejemplos de modelamiento y retroalimentación son: “Ahorita llora porque tiene dolor” explica a la madre y esto parece tranquilizarla. “Ahorita te secamos” hablándole al bebé y modelando a la madre en que tono le puede hablar a su bebé. “Imagina que haces un ocho para limpiar su carita”

Una enfermera asignada a la promoción de la lactancia materna entrena a las madres para la extracción y almacenamiento de leche y posteriormente da indicaciones para el posicionamiento y agarre del bebé al pezón. El personal de rehabilitación evalúa al bebé y enseña a la madre los ejercicios de rehabilitación indicados, así como los ejercicios para la correcta succión. En cuanto al apoyo del área de psicología, se le ofrece intervención en crisis a las madres que así lo requieren o consulta individual ya sea a solicitud de la usuaria o por recomendación médica. Las madres reciben diariamente el informe médico para conocer la condición de salud de su hijo y los procedimientos a realizar. Previo al alta, el personal médico da las indicaciones correspondientes, capacita en caso de que sea necesario realizar procedimientos en casa y la madre solicita las citas con las especialidades que se requieren. El menor que estuvo hospitalizado en neonatología lleva un seguimiento pediátrico en el hospital hasta los 3 años.

Figura 4. Enfermera enseñando a madre técnica del baño



Otro aspecto relevante fue *la relación* que se observó entre el personal y los padres de los bebés ingresados. Se notaron diferencias en la interacción en función del rol del personal. Por un lado, se observó una relación de mayor confianza entre las familias y el personal de trabajo social. Posiblemente se debía a que durante las entrevistas que realizan se solicita información personal de las familias y esto facilitaba la confianza. Por otro lado, con el personal médico se observó una relación de jerarquía. Los médicos aun cuando son estudiantes, mantienen un tono serio y distante al hablar con los padres. Incluso en ocasiones dio la impresión de que el rol era de educar y regañar a los padres cuando estos no realizaban algún trámite, cumplían con algún requisito o no se presentaban en el horario de visitas. Las enfermeras son quienes más contacto tienen con los bebés, ellas tienen un rol educativo con las madres y normalmente les explican dudas sobre los procedimientos a realizar con sus hijos. En ocasiones también llaman la atención de los padres cuando requieren pañales o algún insumo para el cuidado del menor. Durante las ocasiones en que se presenciaron las pláticas organizadas por el equipo de trabajo social en las que distintos especialistas exponían un tema, se observó el mismo rol de autoridad en el cual se educaba a las madres sobre un

tema sin permitir la participación de estas. Las madres se observaban pasivas, calladas y en ocasiones daba la impresión de que no entendían lo que el instructor explicaba ya que usualmente el lenguaje que utilizaban era muy técnico y no adecuado a la población. También se comentó que en muchas ocasiones los familiares buscan apoyo emocional sin que el personal médico cuente con adiestramiento para ofrecer dicho apoyo lo que provoca que den consejos a título personal o que se sientan poco capaces de ofrecer ayuda, de manera que, si se detecta a una madre que requiere de consulta psicológica, solicita la interconsulta al área.

4.1.3 Evaluación inicial

Una vez que se contó con información sobre el lugar, los procesos y la población, se decidió realizar una primera aplicación de instrumentos a una muestra de la población que se encontraba en ese momento en la unidad con la finalidad de conocer sus características y registrar datos cuantitativos que permitieran identificar datos sociodemográficos y mediciones de ansiedad y depresión. Durante esta etapa, se observaron dificultades en la aplicación y comprensión de las instrucciones de los instrumentos y de ciertos reactivos. Por un lado, se encontró resistencia por parte de las madres para contestar la evaluación ya que cuando se desocupaban, tomaban un descanso o salían del hospital para comer algo de modo que contaban con tiempo limitado para contestar los instrumentos. Por otro, se observó que debido a la baja escolaridad existían palabras en los reactivos que algunas madres no entendían tan claramente lo que requería que la investigadora les explicara los reactivos y la aplicación fuera más lenta de lo esperada. Las madres mencionaban que eran muy largos los cuestionarios y algunas rechazaban la invitación a participar por falta de tiempo para llenar la evaluación.

Tabla 4. Características demográficas de las madres. Evaluación inicial (N=14)

Característica	N	%
Edad		
18-20	3	21.4%
21-25	6	42.8%
26-30	4	28.5%
31-35	1	7.1%
Edo. Civil		
Pareja	13	92.8%
Soltera	1	7.1%
Escolaridad		
Primaria	2	14.2%
Secundaria	5	35.7%
Bachillerato	7	50%
No. Hijos		
1	7	50.0%
2 o más	7	50.0%
Lugar de residencia		
CDMX	3	21.4%
Estado de México	9	64.2%
Otros estados	2	14.2%
Ocupación		
Trabajan	1	7.1%
No trabajan	13	92.8%

En esta etapa, se contó con la participación de 14 madres con un rango de edad de 18 a 33 años con una media de 22.5 años, la mayoría se dedicaban al hogar y vivían con su pareja al momento del nacimiento del menor (tabla 4). En cuanto a las características de los neonatos (n=14), el 35.7% eran hombres (n=5) y el 64.2% eran mujeres (n=9). El peso promedio al nacer fue de 2078.4 gr. y el rango de semanas al nacimiento fue de 28 a 40 semanas con una media de 36.3 semanas, 9 (64.2%) nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer.

4.2 Adecuaciones al programa de intervención

A partir del análisis de la información obtenida a través de la detección de necesidades, la exploración del contexto y la evaluación inicial, se realizaron nuevos planteamientos al diseño original del programa de intervención denominados “ajustes a la intervención” y se llevaron a cabo modificaciones en la estructura, el contenido y en las estrategias didácticas.

En cuanto a la estructura se realizaron las siguientes adecuaciones:

- Se decidió iniciar el acercamiento desde el momento en el que las familias ingresaban al hospital con una presentación por parte de la investigadora, posteriormente realizar la entrevista inicial y la invitación a participar en el protocolo de investigación que incluía el taller de cuatro sesiones grupales, el acompañamiento a pie de cuna durante la hospitalización del bebé y el proceso de alta hospitalaria y seguimiento vía telefónica durante el periodo de transición y ajuste en casa. (tabla 5)
- Se ajustaron los tiempos para la entrevista inicial, las sesiones de acompañamiento y la sesión de evaluación.
- Se realizó la adaptación del seguimiento al alta por medio de llamadas telefónicas respondió a la dificultad observada para que las participantes acudieran a una cita de forma personal. Para ello, se diseñó una guía de entrevista telefónica de seguimiento.

Con respecto al contenido, se revisaron los temas a trabajar y se seleccionaron los siguientes temas mismos que se incluyeron en el Manual del instructor:

- Experiencia del nacimiento prematuro
- La prematuridad y los estados de comportamiento del bebé.
- Entrenamiento en la identificación de tipos de llanto y señales de comunicación.
- Abordaje emocional del nacimiento prematuro
- Estrategias de afrontamiento
- Redes de apoyo

- Entrenamiento en el uso del rebozo y masaje infantil
- Asesoría y seguimiento sobre cuidados básicos
- El proceso de alta hospitalaria.
- La transición y adaptación del bebé al hogar

Tabla 5. Adecuaciones al programa de intervención

Fase	Descripción	Modalidad	No. sesiones	Duración	Escenario
1. Presentación	Acercamiento inicial Entrevista y evaluación inicial Entrega de kit de bienvenida	Presencial individual	1	30 min	Sala privada
2. Acompañamiento a pie de cuna	Orientación a padres durante las visitas a su bebé. Acompañamiento emocional a las madres. Asesoría durante el proceso de alta hospitalaria.	Presencial individual	2 veces por semana	15 min	Unidad de neonatología
3. Taller grupal	Temas a tratar: <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia del nacimiento prematuro • La prematurez y los estados de comportamiento del bebé. • Entrenamiento en la identificación de tipos de llanto y señales de comunicación. • Emociones • Estrategias de afrontamiento • Redes de apoyo • Entrenamiento en el uso del rebozo y masaje infantil 	Presencial Grupal	4	60 min	Salón con espacio para 10 a 15 personas
4. Seguimiento al alta	Asesoría y seguimiento sobre cuidados básicos Apoyo a distancia en la transición y adaptación del bebé al hogar Contención emocional a madres	Vía telefónica	3	30 min	A distancia-llamada telefónica semanal durante 4 semanas
5. Cierre	Evaluación de seguimiento	Individual	1	30 min	Vía telefónica

Asimismo, se modificaron los siguientes puntos:

- Se incorporaron temas relevantes como la experiencia del nacimiento, expresión de emociones, estrategias de afrontamiento y redes de apoyo, los cuales fueron obtenidos como parte del material de las sesiones grupales ya que se consideró importante que se abriera un espacio para que las madres hablaran sobre las experiencias de nacimiento e ingreso a la UCIN y compartieran vivencias similares con el objetivo de favorecer la expresión de emociones asociadas al nacimiento temprano, así como actividades en las que se exploraron diferentes estrategias de afrontamiento y se promovió la identificación de redes de apoyo.
- Se consideró importante tomar en cuenta las prácticas ya establecidas. En este caso, fue relevante encontrar que a diferencia de lo que se había reportado en la etapa de detección de necesidades por los padres entrevistados que habían estado en otras instituciones, el hospital si realizaba prácticas relacionadas con el modelo de cuidados centrados en la familia. El entrenamiento a las madres en el baño, aseo y alimentación del bebé era una práctica ya rutinaria completamente incorporada a la dinámica de la unidad, de igual forma el método canguro y la lactancia materna. La ampliación del horario de visitas en el transcurso del periodo de observación fue un nuevo ajuste que representó ligeros cambios en la rutina de la unidad pero que contribuían a que las madres permanecieran mayor tiempo con sus bebés y adaptaran los horarios de visita conforme a sus posibilidades. Esto significó que la implementación del programa se insertaba como una práctica más que abonaba al modelo ya establecido y aceptado por parte del personal, lo cual se reafirmó cuando las enfermeras preguntaban en qué consistía el programa, ellas mismas se acercaban con la investigadora para comentar observaciones sobre las madres y canalizar a aquellas que consideraban que requerían una atención individual. Asimismo, fue relevante reconocer las acciones del personal de enfermería en el entrenamiento a las madres y la asesoría en lactancia materna, permitió trabajar en colaboración para realizar material para el programa que reforzara dichas tareas.

- Se tomó en cuenta las características de las madres. En un inicio se habían establecido como criterios de inclusión madres mayores de 20 años que fueran primigestas y vivieran en la Ciudad de México. Sin embargo, la población del hospital era en promedio más joven y proveniente principalmente de la zona conurbada del Estado de México. Los padecimientos que presentaban los neonatos eran complejos al ser un hospital de referencia y de tercer nivel, por lo que se decidió ampliar los criterios de inclusión y hacer énfasis en el análisis cualitativo de los resultados tomando en cuenta la diversidad de la población beneficiada. Asimismo, se decidió extender la invitación a las sesiones grupales a las madres de bebés nacidos a término, provenientes de otros estados y a las madres menores de edad debido al interés que mostraban en participar, aunque estas no se incluyeron en el análisis de resultados ni en el seguimiento al alta. Las madres menores de edad eran canalizadas al servicio de psicología para tener un seguimiento individual, de igual forma las madres de bebés a término o foráneas que así lo requirieran. Además, se consideró elaborar un formato de “Identificación de factores de riesgo psicosocial en la madre” (Anexo G) y se presentan en la tabla 6. Los factores se consideraron a partir del análisis de las entrevistas y de la revisión teórica en las que se señalan los factores de riesgo de padecer ansiedad materna posparto y permiten detectar a aquellas beneficiarias que fueran candidatas a una canalización individual al área de psicología.

Respecto a los recursos y métodos didácticos se realizaron las siguientes modificaciones:

- Se elaboró material audiovisual que informara a las familias sobre la condición de los neonatos prematuros, su comportamiento, los cuidados dentro del hospital y en casa, así como el seguimiento. Los materiales incluyeron información sobre lactancia, baño y cuidados del bebé a manera de tutoriales que se subieron a la plataforma de Youtube (De Luna, 2022)

la intención de que las madres pudieran tener acceso a ellos fácilmente y permitieran reforzar los conocimientos adquiridos una vez que estuvieran en casa.

Tabla 6. Identificación de factores de riesgo psicosocial en la madre

-
1. Madre menor de 18 años
 2. Madre soltera o sin pareja
 3. Madre primigesta
 4. Pérdidas gestacionales previas
 5. Antecedentes de ansiedad/depresión o condición psiquiátrica en la madre*
 6. Antecedentes de adicciones en la madre*
 7. Nacimiento múltiple
 8. La edad gestacional del neonato es \leq a 32SDG*
 9. Falta de redes de apoyo
-

SDG: Semanas de gestación

- Se redujeron los cuestionarios incluidos en la evaluación inicial tomando en cuenta el nivel educativo de las participantes y las observaciones hechas en donde se percibía que sentían muy largos los cuestionarios y difíciles de responder. También se sintetizó el consentimiento informado adaptando un lenguaje fácil de entender. Se decidió poner énfasis en la entrevista inicial para así detectar posibles factores de riesgo en la madre o sintomatología de ansiedad o depresión que requiriera una atención individual para así sólo incluir en el cuestionario inicial las escalas de estrés parental y la subescala de autoeficacia materna del MABS.
- Se realizó un “Manual del instructor” con el contenido del programa y las especificaciones para replicarlo, se solicitó autorización a la organización Nacer temprano, vivir en grande para utilizar el “Diario del bebé que nació temprano” como parte del material, se realizaron los materiales didácticos correspondientes y se incluyó la donación de un rebozo para incentivar la participación de las madres en el programa. Posteriormente, debido a las medidas de confinamiento por la contingencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, el material se adaptó a una versión digital a fin del que se permitiera llevar a cabo el programa de intervención en una modalidad a distancia.

- Se decidió dar prioridad al establecimiento de rapport y confianza por parte de las participantes hacia la investigadora. El análisis de la interacción entre el personal médico y los padres de los neonatos indicaba que existía una relación de jerarquía que no favorecía el que las madres realizaran preguntas o expresaran inquietudes en las pláticas de trabajo social o en el momento del informe médico. Parte de los objetivos del programa era favorecer la expresión de emociones en las participantes, por lo que parecía fundamental que el rol de la facilitadora permitiera una relación de confianza con las participantes. De ahí la decisión de iniciar la intervención con la presentación de la investigadora desde el ingreso al hospital, así como de adecuar el lenguaje, el contenido de las sesiones y la promoción de la interacción entre las participantes durante las sesiones grupales como parte de las adecuaciones realizadas.

Además de las adecuaciones realizadas, se encontraron limitaciones para realizar el programa como se había previsto de forma original. Una de ellas fue la dificultad para aplicar el Mini MBSQ-V para evaluar la sensibilidad materna ya que se requería autorización por parte del comité de ética e investigación del hospital para videogravar la interacción madre-hijo dentro de la institución. Sin embargo, se consideró realizar el registro observacional de la interacción entre la madre y el hijo en la unidad, así como el reporte de las madres a través de las llamadas de seguimiento.

Se debe mencionar que, en un principio, la etapa de evaluación formativa no se consideraba como parte del proyecto de investigación, pero a lo largo del proceso se identificó que, sin una identificación clara del contexto y necesidades de la población, no es posible implementar un programa de intervención. Más adelante se analizará con profundidad este aspecto. Una vez realizados los cambios y adecuaciones al programa se decidió llevar a cabo la etapa piloto que se describirá a continuación.

4.3 Etapa piloto

En esta etapa, se incluyen los resultados obtenidos durante los meses de julio a noviembre de 2019 en los cuales se implementó una segunda etapa de la intervención con las adaptaciones realizadas al programa.

Durante la etapa piloto, se consideraron los datos de 16 madres, incluidas tres con gemelos. Se excluyeron a dos madres adolescentes, a una madre de un menor con síndrome de down y a otra madre cuyo bebé falleció durante la hospitalización, además de 4 que no completaron los instrumentos y 10 madres de bebés a término que participaron en las sesiones grupales. En el programa completo participaron 10 madres (62%), mientras que 6 solo participaron durante el periodo de hospitalización (38%). En cuanto a los datos sociodemográficos se reporta que el rango de edad fue de 18 a 39 años con una media de 26.5 años, la mayoría se dedicaban al hogar y vivían con su pareja al momento del nacimiento del menor (tabla 7).

En cuanto a las características de los neonatos (n=19), se observa que el rango de semanas al nacimiento fue de 24 a 36 con una media de 29.6 semanas. El 68.4% eran hombres (n=13) y el 31.5% eran mujeres (n=6). Dentro de las comorbilidades presentadas estaban: artresia intestinal, artresia esofágica, infección en vías urinarias, hernias y displasia broncopulmonar. La estancia promedio de hospitalización fue de 9 semanas entre las áreas de cuidados intensivos, terapia intermedia y crecimiento y desarrollo. El peso promedio al nacer fue de 1343.2.

A las participantes se les aplicó una evaluación inicial que incluyó la subescala de Seguridad en el cuidado del bebé y la de seguridad general de la escala MABS de Wolke y St. James Roberts (en Brazelton & Nugent, 1997) y la Escala de estrés parental en UCIN (Miles & Carter, 1982), cuyos resultados se muestran en la tabla 8.

Tabla 7. Características demográficas de las madres. Etapa piloto (n=16)

Característica	N	%
Edad		
18-20	3	18.7%
21-25	6	37.5%
26-30	1	6.2%
31-35	5	31.2%
36-40	1	6.2%
Edo. Civil		
Pareja	13	81.2%
Soltera	3	18.7%
Escolaridad		
Primaria	1	6.2%
Secundaria	5	31.2%
Bachillerato	6	37.5%
Superior	4	25.0%
No. Hijos		
1	12	75.0%
2 o más	4	25.0%
Lugar de residencia		
CDMX	4	25.0%
Estado de México	11	68.7%
Otros estados	1	6.2%
Ocupación		
Trabajan	1	93.7%
No trabajan	15	6.2%

Debido a que solo se pudo dar seguimiento vía telefónica a 10 de ellas y solo 4 respondieron a la evaluación final, no hubo posibilidad de realizar una comparación pre y postest de los instrumentos. Sin embargo, para contar con una referencia, se reportan los datos psicométricos de la escala MABS (Brazelton & Nugent, 1997) en donde se reporta una media para la subescala de falta de seguridad en el cuidado del bebé cuenta de 26.5 (DE=14.5) y para la subescala de Nivel general de seguridad, una media de 10.3 (DE=2.8). Como se observa en la tabla 8, los valores de la población estudiada presentan una diferencia

significativa con respecto a los valores promedio, lo que sugiere que las madres presentan menor seguridad frente al cuidado de su bebé

Tabla 8. Resultados de la escala de estrés parental en UCIN (N=16)

	M	DE
Escala de estrés parental UCIN		
Relación con el bebé y rol parental	3.76	0.47
Ambiente de la UCIN	3.20	0.81
Aspecto y comportamiento del bebé	3.82	0.71
Total Estrés parental	3.60	0.57
MABS		
Falta de seguridad en el cuidado del bebé	31.93	8.5
Seguridad general	12.0	2.25

Al analizar las puntuaciones de los ítems se observa que los reactivos con mayor puntuación asociados a un mayor estrés fueron: “Estar separado de su bebé” con una puntuación media de 4.81 (DE=.54) seguido de “No alimentar yo misma a mi bebé” 4.19 (DE=1.27), “Ver agujas y tubos puestos en mi bebé” 4.06 (DE=1.61), “Una forma de respirar poco usual 4.19 (DE=1.42 y “Me siento ansiosa sobre si saldré airosa cuando mi bebé y yo salgamos a casa” 3.69 (DE=1.88). Estos datos sirvieron como pauta para reforzarse durante el programa.

También se consideraron como factores de riesgo aquellos reportados en la literatura e identificados previamente en la evaluación inicial tales como: tener un embarazo múltiple, ser madre primeriza, haber tenido alguna pérdida gestacional, antecedentes de trastorno mental, falta de apoyo social y edad gestacional del neonato.

No todas las participantes pudieron tener seguimiento vía telefónica y completar los cuestionarios finales, se deben entre otras razones a que no contestaban la llamada de

seguimiento, que solo había dos días asignados para realizar las llamadas de seguimiento, que las madres no consideraban necesario el seguimiento y que cambiaban de teléfono.

De manera cualitativa las participantes reportaron haberse beneficiado del programa mencionando que les permitió conocer mejor a su bebé, pudieron poner en práctica las estrategias ofrecidas tanto en la hospitalización como en casa. Mencionaron hacer uso de la técnica de masaje infantil para aliviar los cólicos, utilizar el rebozo y que podían observar las conductas de su niño relacionándolas con lo visto durante las sesiones grupales y así responder a su demanda al moverlo de posición, calmar su llanto o entender su comunicación no verbal. Al preguntar explícitamente de qué manera le había ayudado el acompañamiento, llamaba la atención que las madres evaluaban la atención integral del equipo de neonatología, incluyendo el programa de psicología, lactancia, enfermeras y médicos lo que sugiere que el programa se integraba a la atención multidisciplinaria que se daba en el área.

4.4 Etapa de sistematización

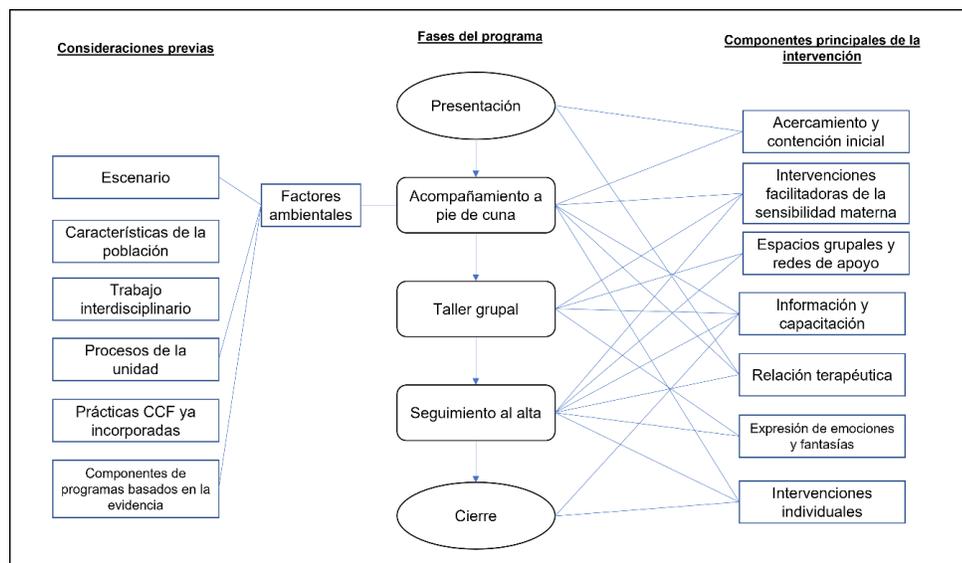
A partir de marzo de 2020 se inició la etapa de sistematización con la finalidad de replicar el programa con una muestra más grande y contar con datos de evaluación inicial y final en todas las participantes, sin embargo, la emergencia sanitaria causada por la pandemia de COVID-19 provocó una serie de medidas de confinamiento social y restricciones en el acceso a los servicios de salud. En el hospital donde se realizaba el programa se solicitó suspender con todos los programas de enseñanza e investigación y se restringieron las visitas a la Unidad de cuidados intensivos neonatales. Las medidas que en un inicio durarían un par de meses, se extendieron durante 2020 y 2021. No fue posible retomar el proyecto de investigación como se había planteado de manera inicial. En espera de las indicaciones oficiales, se realizaron adecuaciones para que el programa fuera implementado de forma virtual trasladando el material a una página web

(<https://proyectolibemor.wixsite.com/proyectolibemor>), sin embargo, dado que el proyecto de investigación se encontraba en una etapa avanzada, se tomó la decisión de tomar en cuenta los datos obtenidos de las etapas anteriores para el análisis de los resultados y las conclusiones.

4.5 Componentes principales de la intervención

Los resultados de la etapa piloto se integraron con los datos previos y se analizaron bajo una metodología de codificación axial para identificar a los componentes principales de la intervención que se asociaban con la reducción del estrés parental y favorecían la sensibilidad materna. Los resultados se presentan en la figura 5 en donde se ilustra cómo las categorías se desprenden de las distintas fases del programa y cómo se relacionan entre sí.

Figura 5. Resultados de la etapa piloto



*La figura muestra las consideraciones previas obtenidas de la etapa piloto, las fases del programa y los componentes principales de la intervención obtenidos del análisis de los resultados.

*

Se consideraron como componentes principales de la intervención a aquellas técnicas que independientemente de la fase del programa en la que se abordaran se relacionaban con la reducción del estrés como el acercamiento y la contención inicial, la promoción de espacios

grupales y redes de apoyo, la relación entre las madres y la psicóloga, así como favorecer la expresión de emociones y fantasías. De manera puntual, se identificó una categoría particular en la cual se agruparon aquellas intervenciones dirigidas a aumentar la sensibilidad materna y finalmente las categorías denominadas información y capacitación y la de intervenciones individuales fueron asociadas con ambas variables. A continuación, se describirá cada una de las categorías:

- Acercamiento y contención inicial
- Acompañamiento a pie de cuna
- Intervenciones facilitadoras de la sensibilidad materna
- Espacios grupales y redes de apoyo
- Expresión de fantasías y emociones.
- Información y capacitación
- Relación positiva
- Intervenciones individuales

Acercamiento y contención inicial. Al ingresar al hospital los padres atraviesan por momentos difíciles de impacto y angustia, es común, debido a que es un hospital de referencia, que el padre sea el que ingrese al neonato al hospital cuando la madre se encuentra internada todavía. La adaptación al ambiente hospitalario, los trámites administrativos y la condición clínica del menor hacen que sea difícil el acercamiento por parte del personal de psicología durante los primeros días de hospitalización.

Durante los primeros meses se intentó realizar la entrevista inicial lo más pronto posible sin obtener una respuesta favorable por parte de los padres. Esto se entendió como parte de un proceso en el cual los padres ingresan al hospital en un estado de crisis y conforme entienden la situación pueden aceptar el apoyo. Una opción que resultó favorable fue el

presentarse con los padres durante la visita a la sala indicando que más adelante se les explicaría sobre el programa y se ofrecía el acompañamiento si es que lo requerían. La respuesta fue positiva ya que se observó como las madres con mayor disposición solicitaban el apoyo de forma inmediata mientras que otras preferían esperar. Entender que el promedio de estancia hospitalaria es de 9 semanas permitió ajustar el tiempo en el que se iniciaba el programa con cada participante.

Con el paso de los días se observaba como las madres presentaban mayor familiaridad con las rutinas y procesos de la sala, de modo que saludarles por su nombre y preguntar por la condición de su hijo ayudaba a que se sintieran cómodas y que accedieran a participar en la entrevista inicial. De igual forma se podía observar quienes no estaban interesadas en el apoyo por parte de psicología. El personal de trabajo social fungía frecuentemente como enlace con las madres ya que al observar la necesidad de apoyo les sugerían acercarse a la psicóloga o asistir a las sesiones grupales.

La entrevista inicial fue identificada como un componente importante dentro de la intervención al ser un momento en el que se establece la relación con de confianza con la psicóloga que en un escenario clínico sería considerado como el establecimiento de la alianza terapéutica. Una vez que la madre aceptaba participar en el programa, se le invitaba a un espacio privado para realizar la entrevista. El rapport fue importante y consistía en empatizar y comprender la situación de la familia. Considerar que hay madres que aún tienen los puntos de la cesárea y no pueden caminar rápido o bajar escaleras, preguntar acerca de su condición y salud ayudó a establecer un clima de confianza. Era común que las madres sintieran la necesidad de hablar sobre el nacimiento del menor. Esto se observó desde la detección de necesidades, por lo que en la entrevista se exploraba cómo había ocurrido el nacimiento prematuro y esto permitía que la madre elaborara la experiencia a través de la narrativa.

“Le encargo mucho a mi mujer, le dije que se esperara a que se sintiera mejor, pero quiso venir y la veo angustiada” *decía la pareja de una madre recién intervenida cuando acudió a ver a su bebé.*

Se identificó que la intervención podía iniciar desde el momento de la presentación ya que era común detectar sentimientos de culpa asociados al nacimiento prematuro que se consideraba importante explorar. Durante el registro de los datos de identificación, fue posible identificar algunas de las condiciones de riesgo en la madre como dificultades económicas, falta de redes de apoyo, antecedentes de trastornos mentales, adicciones o dificultades de pareja que se habían asociado con niveles elevados de estrés y ansiedad en la fase de evaluación formativa y determinaban si era necesaria la canalización individual.

Asimismo, en la entrevista las madres solían compartir las preocupaciones asociadas a la condición de salud del niño. En ese momento una intervención pertinente consistió en explorar si los padres contaban con información clara y si tenían dudas médicas que por temor o pena no habían podido preguntar a los doctores ya que, de acuerdo con el análisis de la detección de necesidades, la falta de información sobre el neonato podía elevar el estrés de la madre. Si se observaba que hacía falta información, se asesoraba a la madre para que pudiera realizar las preguntas pertinentes con el equipo médico. De igual forma, se alentaba a que indagaran con las enfermeras sobre los elementos de la incubadora, los monitores y las alarmas promovía que las madres entendieran mejor las condiciones de la UCIN y disminuyeran la ansiedad.

Acompañamiento a pie de cuna. La visita a la sala se realizaba dos veces a la semana aproximadamente por dos horas. Consistía en el registro de los bebés y la actualización de datos de quienes ingresaban y habían sido dados de alta, así como los que cambiaban de terapia intensiva a la sala de terapia intermedia o crecimiento y desarrollo.

Durante el registro de datos y revisión de expedientes se observaba la dinámica que se realizaba en ese momento en la sala. La intervención consistía en el acompañamiento que se brindaba a las madres, se pasaba con cada una a preguntar por la condición y pronóstico de su bebé y se exploraba como se sentían y si requerían de apoyo. Si durante la visita la madre estaba bañando o alimentando al bebé, la intervención era breve para permitir la interacción con su hijo y se esperaba a un momento en el que el bebé estuviera en la cuna para platicar con la madre. Si se daba la oportunidad se reconocía a la madre alguna conducta que promoviera el acercamiento con su hijo o las conductas maternas que iban realizando para reforzar la sensibilidad materna. Cargar por primera vez a su hijo, bañarlo o pegárselo al pecho para alimentarlo son en general, conductas que vienen acompañadas de mucha emoción. Por un lado, se observaba a las madres nerviosas y por otro emocionadas de ir avanzando poco a poco y participando en el cuidado de sus bebés. El reconocimiento de dichas acciones se observó como un componente importante de la intervención, ya que la psicóloga realizaba una función diferente a la de las enfermeras y doctores. Es un profesional no médico que se acerca a la madre y la mira en su función de madre, le reconoce y valida la emoción y le genera la confianza de una relación diferente a la que tiene con los médicos y enfermeras, lo que puede ayudar en la reducción del estrés como se ilustra en la figura 6.

Como ejemplo se presentan dos fragmentos de conversación con las madres, el primero de ellos, explica su sentir sobre la cirugía de su hija:

P: ¿cómo está la nena?

M1: Pues el viernes la operan de un soplo que tiene en su corazoncito

P: ¿Y usted cómo se siente?

M1: Pues cansada y un poquito nerviosa por la operación...

En el segundo ejemplo, una madre comenta su sentir sobre un evento de apnea que presentó su hijo:

P: ¿cómo está?

M: Pues triste porque le pusieron otra vez el CPAP, por eso no pude hacer canguro. El domingo me asusté mucho porque le dio una apnea, apagué mi celular y me fui a la iglesia porque me sentía muy mal, quiero que me lo bauticen porque me preocupa que le pueda pasar algo....

Figura 6. Padres cargando a gemelos



*Fotografía tomada y publicada con autorización de los padres

Intervenciones facilitadoras de la sensibilidad materna. A lo largo de la implementación del programa fue posible observar de qué manera se favorecía la sensibilidad materna en las participantes ya que era uno de los objetivos a trabajar durante el proyecto. Se consideró cotejar las conductas observadas con aquellos indicadores asociados a una alta sensibilidad materna tomando en cuenta la definición operacional de Ainsworth (Nicholls & Kirkland, 2006) que indica el reconocimiento, la interpretación y respuesta contingente,

apropiada y oportuna de las señales del bebé (Leerkes & Crockenberg, 2002) a través del contacto, la manipulación, la vigilancia de los estados de comportamiento del niño, así como las conductas propuestas por Tamis-LeMonda y Baumwell (2011): respuesta al llanto o distrés, contacto físico, sincronía en las interacciones cara a cara y durante la alimentación y los indicadores propuestos por David Pederson, Gred Moran y Sandi Bento (1995) en su instrumento "Maternal Behavior Q-Sort".

Cabe señalar que, al ser un concepto relacional, la sensibilidad materna se construye a través del tiempo y la interacción entre la madre y el hijo, de modo que, en el caso de los bebés prematuros, se observó que los periodos de alerta son muy breves, más en prematuros extremos, los cuales pasan la mayor parte del tiempo de hospitalización en estado de sueño profundo y sueño activo lo que repercute en que la interacción con el medio sea mínimo, de tal forma que las conductas de sensibilidad materna se reducen a la interacción de la madre hacia el menor aun cuando no se produzca una respuesta de su parte y conforme el neonato va madurando se comienzan a producir más respuestas conductuales de interacción. Se pudo observar una diferencia en las conductas que presentan las madres en la sala de cuidados intensivos en comparación con las realizadas en terapia intermedia.

Durante la estancia en UCIN es común que las madres pasen tiempo observando a sus hijos mientras ellos permanecen dormidos, cuando la incubadora permanece cerrada, se permite que la madre toque con su mano al bebé y una vez que se encuentra estable, se permite que lo cargue y realice método canguro. Una intervención orientada a favorecer la sensibilidad materna durante el acompañamiento a las madres consistía en preguntar "¿qué le dice su bebé?" las madres solían contestar interpretando la conducta de sus bebés, algunas contestaban "está enojada porque la tienen en ayuno", "ya tiene hambre", "ya tiene sueño". Del mismo modo se observaba y reforzaba cuando una madre hablaba con su bebé, además de

que en las sesiones grupales se alentaba a las madres a platicar con sus bebés durante la visita.

Otra de las intervenciones consistía en explicar a las madres sobre los estados de comportamiento del bebé y la posible respuesta de estrés de los más pequeños ante el contacto físico, lo cual permitía a las madres comprender la reacción de su hijo sin que lo percibieran como un rechazo, algunas madres comentaban que cuando tocaban a sus bebés comenzaban a desaturar y eso les preocupaba o les hacía pensar que no les gustaba, sin embargo a partir de la intervención fueron modificando el tipo de contacto que hacían con sus hijos y observar su respuesta: “ya me di cuenta que, cuando la toco con toda la mano comienza a desaturar, entonces mejor le pongo el dedo en la mano y así le gusta más”. Otra madre mencionó: “le hice como nos dijo usted y la acomodé de lado y así está más cómoda”

El personal de enfermería también realizaba intervenciones orientadas a facilitar la sensibilidad materna durante el entrenamiento en los cuidados del bebé. Por un lado, enseñaban y modelaban a las madres los procedimientos para bañar, cambiar y alimentar al bebé y por otro organizaban sus actividades para permitir que las madres realizaran conductas maternas: “yo le cambio la sabanita para que usted lo cambie” le propone la enfermera a la madre. Otra forma era motivando a las madres, un ejemplo fue cuando una de las enfermeras alentó a la madre a que le diera la vitamina a su bebé “no tenga miedo mamá, no pasa nada”, y aunque la mamá se asustó, le brindó confianza diciendo “tranquila, no pasa nada” haciendo contacto físico y sonriendo.

Cuando se realizaba el acompañamiento se motivaba a las madres reconociendo los logros y el esfuerzo que hacían a pesar de sentirse nerviosas. Cuando comenzaban a realizar las tareas de cuidado, era importante celebrar con ellas cada conducta que iban realizando, las madres solían mostrarse satisfechas cuando bañaban a su bebé solas por primera vez,

hacían método canguro o se pegaban al pecho. “Le hace bien a ella y me hace bien a mí” decía una madre al compartir su experiencia al cargar piel con piel a su bebé. El reconocimiento positivo de las conductas de cuidado favorecía la interacción verbal y el contacto visual entre la madre y el menor, cuando las mamás cargaban a sus bebés o los bañaban se observaba que platicaban más con ellos.

Durante las sesiones grupales las intervenciones se dirigían a facilitar el reconocimiento de las conductas de su hijo, para ello se les preguntaba: ¿cómo se dan cuenta de que su hijo está molesto?, ¿qué posición les gusta más a sus bebés?, ¿qué cara ponen cuando están incómodos?, ¿qué los tranquiliza?

Algunas de las respuestas eran: “Se quiere quitar la sonda”, “se pone rojito, pateo y se empuja para atrás”, “se quita el gorro porque está sudado por eso ya no le traje gorro porque siento que tiene calor y no le gusta”. “Le gusta estar sobre el pecho” comentó una, “sobre las piernas” dijo otra. “Ayer le estaba dando biberón y no quería, cerraba su boca y la aventaba y se veía que no quería, pero la enfermera decía que tenía que acabarse toda la mamila y yo veía que ya no” comentaba una mamá para referirse a cómo podía entender la señal de su hijo de estar satisfecho. La intervención requería que se le reconociera la capacidad que tenían las madres de reconocer las conductas de sus hijos. Aquí otro ejemplo:

Cuando escucha mi voz se queda tranquilo por eso me quedé con pendiente ayer que me fui porque solo se tranquiliza con mi voz, no le gusta mucho el agua pero pongo mi frente con su frente y le hablo y se queda tranquilo. (madre)

En el mismo sentido se facilitaba que las madres refirieran momentos en los cuales podían entender las señales de comunicación de sus hijos. Esto les permitió sensibilizarse sobre la capacidad que tenían de reconocer las expresiones y necesidades de sus hijos mejor

incluso que las enfermeras y poder atender sus demandas: “El me ve como si estuviera enojado, si pudiera hablar diría: ya quítenme el tubo, ¡déjenme ya!

Una pregunta que ayudaba a compartir las experiencias al reconocer sus señales de comunicación era ¿Cómo saben cuándo tienen sueño? “Se talla sus ojos” “se le hacen sus ojitos chiquitos” comentaban. Y una pregunta que favorecía el reconocimiento del vínculo era ¿qué es lo que más les gusta de su bebé? Algunas respuestas eran: “sus chinos”, “su sonrisa”, “sus ojos”

Durante las llamadas de seguimiento también se realizaban este tipo de intervenciones cuando se daba la oportunidad de evaluar si las madres eran capaces de referir aquellas situaciones en las que observaban a sus hijos y respondían a sus necesidades. Fue posible observar que las madres se escuchaban más seguras cuando identificar fácilmente las señales de comunicación de sus hijos.

Espacios grupales y redes de apoyo. Otro componente importante de la intervención es la apertura de espacios grupales y redes de apoyo ya sea de manera formal o informal. Las madres recién llegadas solían ser acogidas por madres expertas de forma espontánea lo que permitía establecer redes de apoyo informales. También, las sesiones grupales permitían establecer nuevos vínculos con otras madres, identificarse y encontrar un espacio para socializar las emociones relacionadas al nacimiento prematuro y la hospitalización. En el grupo se observó que la participación de aquellas madres más extrovertidas permitía que aquellas más inhibidas expresaran opiniones y experiencias. Es probable que la relación entre las madres se diera de forma espontánea más allá del programa, sin embargo, parte de la intervención consistía en utilizar la relación entre las madres como un medio de apoyo para la reducción del estrés. “Ya le dije que hablara con usted” comenta una mamá que recibió atención individual indicando que le había sugerido a otra madre hablar la psicóloga. “Ella me

comentó que le ayudó y quería ver si podía platicar con usted”. Otro ejemplo es al realizar una llamada de seguimiento con una madre que comenta “Le encargo por favor que le llame a la sra. L, la siento que está muy ansiosa porque se le está yendo la leche”, de este modo se observa que los vínculos entre las madres no solo favorecen las redes de apoyo, sino que pueden ser un medio para la intervención y detección de situaciones de riesgo.

Por otro lado, se observó que durante las sesiones grupales se daban experiencias positivas en donde incluso las madres se observaban animadas y relajadas, sobre todo en las sesiones en las que se practicaba el uso del rebozo y la técnica de masaje infantil. Al realizar las actividades, se observaba a las madres con un estado de ánimo positivo haciendo bromas o comentando entre ellas.

Figura 7. Sesiones grupales: uso del rebozo



Una mamá que habían referido al programa por parte de trabajo social debido a que presentaba un aplanamiento afectivo, se le aplicó la entrevista inicial y se le invitó a participar en las sesiones. Durante dos semanas no asistió hasta que fue invitada por otra madre y

accedió. Durante las siguientes sesiones acudió y su participación se volvió más activa incluso invitando a otra mamá a participar. Sus conductas maternas fueron más responsivas conforme avanzaba su estancia y durante el periodo de prealta se observó como mostró mayor cuidado en su aspecto personal, su estado de ánimo se observaba positivo y mostraba mayor seguridad para cuidar a su hijo.

A lo largo de toda la intervención se hacía énfasis en la importancia de las redes de apoyo externas y se solicitaba a las madres que identificaran con quienes contaban. Durante la entrevista inicial se exploraba si la pareja participaba en los cuidados del menor y si los familiares apoyaban en casa tanto en la hospitalización como en el egreso. Fue posible identificar si existían familiares que ayudaran económicamente o en casa con la comida o limpieza. se enfatizaba la importancia de compartir los cuidados del bebé con otros para reducir la carga de estrés y promover el autocuidado. En el seguimiento telefónico una madre reportaba que le gustaba practicar futbol y que lo estaba retomando gracias a que su pareja y su mamá le ayudaban a cuidar a su hijo para que asistiera a los partidos dos veces por semana.

Expresión de fantasías y emociones. Desde la detección de necesidades y la revisión de la literatura, se identificó como componente clave para la reducción del estrés en las madres, facilitar la expresión de las emociones durante el programa de intervención. Esto se pudo observar en las distintas fases del programa y cómo para las madres fue posible identificarme como una figura de confianza con la cual expresar sus emociones.

Las emociones comúnmente expresadas eran culpa, miedo y tristeza. La intervención estaba enfocada en favorecer la identificación y expresión, validación y reconocimiento de estrategias para el manejo de estas. Se exploraba si existían datos clínicos que sugirieran un padecimiento mayor y que requirieran canalización a tratamiento individual.

Dentro de las fantasías que reportaron a lo largo del programa se observaron como recurrentes las preocupaciones que tenían las madres sobre lo que ocurría con sus bebés cuando ellas no estaban. En una de las sesiones se comentó como temían que durante la noche las enfermeras se quedaran dormidas y no atendieran a sus hijos si lloraban. Otra fantasía recurrente era la relacionada con el estado de salud de su hijo por lo que la intervención se enfocaba en verbalizar la fantasía y los pensamientos asociados para después ofrecer estrategias de reestructuración cognitiva.

Asimismo, se identificaron emociones asociadas a situaciones externas al nacimiento prematuro como conflictos de pareja, dificultades económicas o conflictos con otros familiares que repercutían en el estado de ánimo y disponibilidad de la madre para vincularse con su hijo.

Como ejemplo en la visita se le preguntó a una madre porque se había ausentado y respondió que había tenido dificultades familiares y que por eso no había podido venir. Refirió sentirse mejor al visitar a su hijo y estar con él le permitía distraerse de los conflictos de casa.

Una de las madres comentó durante el seguimiento telefónico que le preocupaba sacar a su bebé de la habitación y que prefería traerla en brazos todo el tiempo. Una noche se quedó dormida con la bebé en brazos y la soltó. Se angustió mucho ya que se pegó en la cabeza y tuvo que llevarla a revisión. La intervención permitió no sólo que expresara los sentimientos de culpa, sino que se pudieron abordar las fantasías sobre una posible rehospitalización y los temores asociados a las conductas de sobreprotección.

Otra preocupación recurrente durante los primeros días del bebé en casa era si presentaban dificultades al respirar como se ejemplifica aquí:

Al principio sentía así como miedo de que las enfermeras no estuvieran a mi lado y sonaran las alarmas, pero poco a poco tengo más seguridad. El otro día me asusté porque no había despertado y le moví su pecho para ver si estaba respirando.

Información y capacitación. Una de las intervenciones más importantes era la capacitación que se ofrecía a las madres en las sesiones grupales bajo un enfoque psicoeducativo y aquella que se daba por parte del equipo de enfermería para ofrecer los cuidados básicos al neonato. Por un lado, se ofrecía información sobre el nacimiento prematuro y el seguimiento que requerían los bebés prematuros a fin de que pudieran monitorear el desarrollo de sus hijos y solicitar atención en caso de requerirse, la información incluía la conducta de los bebés prematuros y el cálculo de la edad corregida. Asimismo, se explicaba a las mamás los estados de comportamiento del bebé, las señales de comunicación y los cuidados que requería el bebé en la UCIN y en casa lo que permitía que expresaran dudas y compartieran acciones que llevaban a cabo. Se observó que la capacitación les resultaba de utilidad ya que al realizar las llamadas de seguimiento las madres compartían experiencias en las que habían puesto en práctica los conocimientos adquiridos: “Como usted dijo la otra vez. Estaba muy llorona y ya le había hecho de todo. La dejé acostada un rato y ya se le pasó”. “Le puse un nidito como usted me dijo y estuvo muy tranquilo”. “Si ya me fijé cuando es un llanto de molestia y cuando es un llanto de hambre no sé muy bien, la cargo en diferente posición”

Por otro lado, durante la capacitación acerca del temperamento, se cuestionaba acerca del propio temperamento de las madres y aunque en muchas ocasiones no habían tenido oportunidad de observar claramente el temperamento de su hijo dada su inmadurez, había quienes sí podían detectar fácilmente aquel bebé que se mostraba más irritable: “El mío es rebelde. Lloro y llora” y quienes mostraban un temperamento más fácil: “El mío es muy tranquilo”. Durante las sesiones de seguimiento telefónico, se iba indagando si las conductas observadas en la UCIN permanecían como indicadores del temperamento: “A veces se enoja y juega con sus manos, de pronto se enoja, pero se le quita muy rápido, le ha costado trabajo adaptarse un poco a dormir a veces yo me duermo con ella”

La capacitación incluía el entrenamiento en la técnica de masaje infantil y uso del rebozo. La práctica se realizaba con muñecos y permitía que se compartieran experiencias que habían tenido al realizar método canguro y al cargar a su bebé para bañarlos. Esto permitía expresar las dudas y preocupaciones que surgían acerca de la posición del bebé o incluso de lactancia que se comentaban con el grupo y se referían con la doctora encargada. Se observaba que durante las sesiones las madres se mostraban motivadas y con estado de ánimo positivo. Durante las llamadas de seguimiento se corroboró que las madres utilizaban el rebozo de forma recurrente, así como el masaje.

Figura 8. Mamá cargando a bebé en rebozo



Relación positiva. Parte importante de la intervención fue establecer una relación de confianza con las mamás lo que facilitó el involucramiento en las sesiones grupales, la participación e identificación de la psicóloga como figura de apoyo. Se reportó por parte del personal de trabajo social, el equipo médico y las enfermeras que las mamás reconocían a la psicóloga como facilitadora del programa y como una figura con la que podían acercarse en caso de requerir contención. El personal de enfermería le reportaba cuando observaban un cambio en la conducta de alguna mamá o si percibían que requería apoyo individual. Se

identificó que la formación clínica previamente adquirida para realizar las tareas de acompañamiento, entrevista y facilitación del programa permitió establecer una relación cercana a las mamás que iniciaba al preguntar por su hijo utilizando su nombre y retomando algún comentario que se habían hecho previamente, mostrar empatía hacia la condición de las madres, reconocer los cambios en la conducta materna, así como establecer una comunicación que se adaptara al lenguaje y comprensión de las madres ya que se había observado que el lenguaje técnico y comunicación de los médicos se percibía por las madres como poco comprensible y establecía una relación jerárquica. Como parte del perfil para trabajar con las mamás, se identificó que la experiencia y formación en el trabajo con bebés prematuros adquirido previamente permitía no solo entender la vivencia de las madres, sino la facilidad de compartir con las madres experiencias relacionadas con la maternidad. Incluir la participación de la psicóloga como una categoría de intervención surgió ante la solicitud de entrenar a otras psicólogas para dar continuidad al programa una vez que concluyera la estancia de investigación. La relación con las participantes, la técnica al impartir las sesiones grupales y la comunicación durante el acompañamiento en la sala se fue adaptando en la medida en la que se observaba cómo en sí misma podía ser una intervención clave. Aun cuando es difícil realizar un ejercicio de autoobservación, la retroalimentación de las participantes y del personal de neonatología permitieron identificar las conductas que como facilitadora del programa contribuían al resultado.

Intervenciones individuales. Durante la hospitalización y el seguimiento al alta se dio la oportunidad de ofrecer breves intervenciones individuales a las participantes. Aunque en un inicio no se tenían consideradas realizar intervenciones individuales durante la estancia hospitalaria, las participantes fueron solicitando espacios para platicar de forma individual. Durante la entrevista inicial se sugería que en caso de requerir contención podrían pedirlo al área de psicología explicando que la atención sería independiente a la participación del

programa, sin embargo, ocurría que se dirigían a la psicóloga para solicitar la atención dado que ya se había establecido una relación de confianza. Se acordó entonces que ofrecería una intervención breve orientada a brindar contención emocional a las madres que así lo requerían y evaluar si era necesario canalizar al área de psicología para llevar un seguimiento individual. De esta forma se brindó atención individual a cinco de las participantes en el programa que referían necesitar hablar sobre la condición de su hijo o sobre conflictos familiares o de pareja.

Durante las llamadas de seguimiento, se exploraba el estado de ánimo de las mamás y si existían datos que sugirieran síntomas relacionados con ansiedad o depresión. Fue relevante que aquellas madres que se observaron con mayor ansiedad y preocupación durante la hospitalización continuaban reportándose como nerviosas al llegar a casa. Como ejemplo, una de las madres que las enfermeras reportaban como “aprehensiva” durante la estancia en UCIN, mencionó en el seguimiento sentirse preocupada porque la bebé lloraba mucho y sentir que le demandaba más. Otra madre que anteriormente había solicitado una consulta individual en la hospitalización refirió sentir “estrés y nervios” al observar que su bebé seguía presentando pausas en su respiración haciendo referencia a que el menor todavía utilizaba oxígeno y presentaba ciertas dificultades para respirar. Esto marca una pauta el análisis ya que las secuelas de la prematurez podrían aumentar los niveles de estrés y ansiedad, más en los casos con madres que ya presentaban características ansiógenas. “A veces hasta me pongo a llorar de que tengo que pedir favor para todo y no es fácil” refería la misma madre haciendo referencia a su estado de ánimo.

Por otro lado, durante las intervenciones individuales se verificaba si la madre tenía dudas sobre el cuidado del menor y se enfatizaba aquellas que debía aclarar en la consulta médica. Se observó que en 4 casos había dudas relacionadas con la lactancia, la producción de leche, cólicos y sueño. Se retroalimentaba a la madre sobre las conductas esperadas para la edad corregida del bebé como ejemplo el caso de una madre que refería que su bebé no sonreía

mucho, refirió que tenía una semana de edad y se le explicó que se esperaba que los bebés presentaran sonrisas espontáneas a partir de la tercer semana de edad corregida. Esto ayudó a tranquilizar a la madre para ajustar sus expectativas sobre la conducta del bebé. Finalmente se monitoreaban las conductas de autocuidado que tenían las mamás y se evaluaba si existían dificultades en el ajuste a la maternidad. Durante el acompañamiento a pie de cuna fue posible identificar a las madres que presentaban conductas ansiógenas o que eran referidas por parte del personal de enfermería como “muy ansiosas”. Esto permitió dar un seguimiento puntual y ofrecer estrategias para la reducción de la ansiedad además de favorecer la seguridad y competencia materna

Factores ambientales. Una categoría que no era propia de la intervención pero que durante la etapa de análisis se identificó que contribuía a la reducción del estrés y el aumento de la sensibilidad fue el ambiente de la unidad ya que intervenía en la promoción de la interacción entre la madre y el bebé. Se observó que cuando había menos personal en la sala las madres conversaban más con sus bebés, mientras que cuando había muchas personas, la interacción era mínima. El contraste era evidente entre la sala de cuidados intensivos y la de crecimiento y desarrollo que comúnmente tenía solo dos cunas y muy poco personal. En esta área se observaba como las madres hablaban en un tono más alto con sus bebés mientras que en cuidados intensivos las madres hablaban en un tono más bajo con ellos. Asimismo, se observaba que mientras más personal había, las madres se mostraban más atentas a lo que sucedía a su alrededor, mientras que al estar en un área más privada podían enfocarse más a observar a su bebé. Esto se reforzó durante las sesiones grupales y en el seguimiento al alta, alentando a las mamás a conversar con sus bebés en un tono más alto.

Los resultados presentados engloban todas las fases del proyecto de investigación. Como fue posible observar, el análisis de cada fase permitió el desarrollo de las siguientes hasta culminar con la identificación de aquellos componentes de la intervención que se

asociaban a la reducción del estrés parental y la promoción de la sensibilidad materna para así responder al planeamiento inicial de la investigación. La etapa de evaluación formativa ofreció las bases para entender la problemática de las familias de prematuros en el contexto hospitalario mexicano y consolidar el programa de intervención integrando las adecuaciones necesarias; los resultados obtenidos durante la etapa piloto dieron oportunidad a que en la etapa de sistematización se replicaran aquellas estrategias que se habían identificado como exitosas y considerar aquellas limitaciones encontradas en la primera implementación.

Desafortunadamente, como se reportó previamente no hubo oportunidad de concluir con la última etapa, sin embargo, se considera que los resultados obtenidos permiten una discusión amplia del tema y en línea con la metodología seleccionada, la obtención de argumentos teóricos que abonen al tema del acompañamiento psicológico de familias de bebés prematuros. A continuación, se expondrán las principales aportaciones obtenidas del proceso de análisis e integración de los resultados con la documentación teórica revisada previamente.

5 Discusión

5.1 Hallazgos principales

El presente proyecto de investigación tenía como objetivo diseñar e implementar un programa de intervención psicológica para madres de bebés prematuros, e identificar los elementos que podían ayudar a reducir el estrés de las madres y favorecer la sensibilidad materna durante el periodo de hospitalización y al alta. Para ello, fue necesario dividir el proyecto en fases: evaluación formativa, etapa piloto y etapa de sistematización. La etapa de evaluación formativa permitió entender las necesidades de las familias de prematuros y el contexto en el cual se llevaría a cabo la intervención para así adecuar el diseño y material del programa. En la etapa piloto se puso a prueba la intervención, se obtuvieron los primeros resultados y se identificaron limitaciones en el programa y, por último, en la etapa de sistematización se llevaron a cabo las modificaciones y ajustes finales. Los productos obtenidos de este trabajo fueron el programa de intervención denominado “Proyecto Libemor” que incluye el manual del instructor, el material necesario para la implementación del programa en versión impresa y digital, así como una página web que posibilita la implementación del programa a distancia. Como hallazgos principales se identificó que para implementar un programa de este tipo es necesario tomar en cuenta aspectos como el escenario en el que se va a trabajar, las características de la población, los procesos de la unidad de neonatología, el equipo multidisciplinario que participará, las prácticas ya establecidas en la institución y los componentes que han sido reportados como exitosos por la literatura. A la revisión de estos aspectos se le denominó “consideraciones previas” y se considera relevante ya que el programa deberá modificarse en función del análisis de dichos aspectos para poder implementarse con éxito, proceso denominado “ajuste de la intervención”. Otro de los hallazgos es la identificación de las fases del programa como elementos unitarios

del mismo con la posibilidad de utilizarse de manera flexible como se discutirá más adelante. Finalmente, como resultado relevante se presenta el análisis de los componentes de la intervención que favorecieron la sensibilidad materna y reducían el estrés de las madres que participaron en la intervención, mismos que serán discutidos en esta sección.

5.2 Consideraciones previas

Tomando como punto de partida para iniciar la discusión una de las preguntas de investigación planteada al inicio del proyecto: *¿Qué elementos debe incluir una intervención psicológica para madres de bebés prematuros al alta?*, se consideraron los resultados de la revisión teórica de las intervenciones basadas en la evidencia para familias de prematuros con resultados positivos como el programa NIDCAP (Als, Duffy, & McAnulty, 1996; Puthussery et al., 2018) y el modelo de cuidados centrados en la familia (Hynan & Hall, 2015; Treyvaud et al., 2019), así como las revisiones sistemáticas que analizaron la efectividad de estos y otros programas (Altimier & Phillips, 2016; Benzies et al., 2013; Lavallée et al., 2017; Puthussery et al., 2018; Vanderveen et al., 2009) y se identificó que uno de los principales elementos utilizados era la promoción de la interacción entre el neonato y su familia desde la hospitalización, subrayando la importancia en la ampliación en el tiempo de visitas, la capacitación, el involucramiento de los padres en el cuidado de sus bebés en la UCIN y el seguimiento posterior al alta médica. Asimismo, la revisión de la literatura sugirió que, para reforzar las habilidades enseñadas a los padres, las técnicas más utilizadas son el modelado, el uso de material escrito y la práctica supervisada. Sin embargo, se tomaron en cuenta dos razones principales para decidir no importar uno de los programas ya evaluados a la presente investigación, una de ellas fue porque parte de las limitaciones de este tipo de programas es que han sido implementados en países desarrollados en donde la infraestructura hospitalaria y el equipo de salud posibilitan el éxito de los mismos, además de que las participantes cuentan

en promedio con una escolaridad de bachillerato o nivel superior y una edad media por arriba de los 30 años (Benzies et al.,2013; Evans et al.,2017; Johnson et al., 2005; Lavallée et al.,2017; Milgrom et al., 2019; Newnham et al.,2009; Puthussery et al., 2018). Por otro lado, en sintonía con la propuesta de adaptación cultural (Parra Cardona et al., 2012), se identificó la importancia de conocer las necesidades y características de la población beneficiada, así como los factores culturales y de contexto a fin de realizar las modificaciones necesarias al programa previo a la implementación de la intervención. Por lo tanto, se consideró importante tomar en cuenta los componentes reportados como eficaces en las intervenciones basadas en la evidencia e integrarlos a los resultados de la etapa de evaluación formativa, los cuales mostraron que, efectivamente las familias de prematuros requerían capacitación práctica e información clara sobre la salud de su hijo, aspectos que la mayoría de los programas abarcaban. No obstante, existieron otros aspectos identificados como importantes para las beneficiarias durante esta etapa que solo se encontraban de forma parcial en los programas reportados, tal es el caso del manejo de emociones que solo se encontraba en el programa Modified Mother Infant Transaction Program [M-MITP] (Milgrom et al., 2019) y el abordaje de las habilidades de afrontamiento que solo se maneja de manera específica en el programa COPE [Creating Oportunities for Parent Empowerment] (Melnyk et al., 2001), ambos que se integraron al proyecto. Esto demostró que, aunque de manera general los programas de intervención para familias de prematuros enfocan su atención a la interacción entre la madre y el hijo y se refuerzan a través de la capacitación el entendimiento de las señales de estrés del neonato para facilitar la respuesta de los padres, no hay un programa específico que abarque todas las necesidades reportadas por las familias y que atienda a las particularidades del contexto.

El modelo que se identificó como más completo y que se tomó como referencia para el diseño del programa Libemor fue el M-MITP (Newnham et al., 2009b), sin embargo, parte de

los hallazgos relevantes de esta investigación es que frente a la dificultad para implementar de forma exacta los programas reportados como efectivos y basados en la evidencia en países en vías de desarrollo como México, ya sea por las condiciones de los escenarios, por limitaciones económicas o institucionales, surge la necesidad de realizar lo que se denomina en este proyecto como “Ajuste de la intervención” concepto comprendido como *“la adecuación de un programa de intervención a fin de ajustarse a las características de la población beneficiada, del contexto y a los recursos que se cuentan para la implementación y que incluye la identificación de necesidades de los beneficiarios, la comprensión de los elementos contextuales del escenario en donde se lleva a cabo el programa, el análisis de los procesos institucionales y las relaciones entre los participantes y el personal que ofrece los servicios de atención, así como la selección de aquellos componentes de la intervención que mejor convengan en cada caso”*. Como se observa, el ajuste de la intervención va más allá de un proceso de adaptación cultural ya que pretende evaluar características de las instituciones, beneficiarios y procesos internos que varían de escenario a escenario incluso en una misma región.

Como se reportó, gracias al ajuste de la intervención se tomaron en cuenta las denominadas “consideraciones previas” y se adecuó el lenguaje y contenido del programa a las características de las beneficiarias, se implementó el formato “detección de factores de riesgo en la madre” que posibilita la decisión de incluir a la beneficiaria en el programa o canalizarla a una atención individual, se involucró al equipo de salud en el desarrollo de los recursos didácticos y se incorporaron las prácticas basadas en el modelo de cuidados centrados en la familia que ya estaban establecidas en los procesos de la institución.

Otros ajustes realizados fueron la consideración de los elementos logísticos y de estructura que cobraron relevancia gracias a la etapa de exploración del contexto, así como la decisión de abordar de forma individual a las beneficiarias durante la presentación, entrevista y

acompañamiento a pie de cuna, aspecto que surgió de la observación de los procesos de la unidad. Asimismo, se adecuó el espacio en donde trabajar de manera grupal respondiendo a las posibilidades de la institución y se realizó la modificación de un seguimiento vía telefónica, este cambio se llevó a cabo gracias a que en la etapa piloto se pudo identificar que era más accesible para las beneficiarias. Finalmente, ante la suspensión de las actividades presenciales debido a la contingencia por la pandemia de COVID-19, se abrió la posibilidad de que el curso se trasladara a una modalidad a distancia lo que se deja como una posible línea de investigación futura.

De los ajustes al contenido resaltan los elementos incorporados a la intervención que no se reportaron como utilizados en los programas revisados previamente. Uno de ellos fue el ejercicio de narrativa de la experiencia del nacimiento prematuro. La decisión de incorporar esta actividad dentro del programa fue porque se detectó que para muchas madres, la vivencia del nacimiento había sido una experiencia traumática difícil de asimilar y a pesar de que la literatura reporta tasas de hasta el 79% de prevalencia de síntomas de estrés postraumático en madres que tuvieron partos prematuros (Beck & Harrison, 2017; Gökçe İsbir et al., 2022) no se suele trabajar este aspecto en las intervenciones hospitalarias, solo el programa de prevención del estrés traumático posparto en madres de prematuros (Shaw, Sweester, et al., 2013) el cual incluye un manejo específico aunado a la promoción de la interacción entre la madre y su bebé. Un aspecto novedoso que se encontró en esta investigación fue la posibilidad de elaborar la experiencia en el grupo a través de la identificación.

El “ajuste de la intervención” como hallazgo relevante de este proyecto de investigación propone que los elementos de un programa de intervención deben ser capaces de ser modificados de acuerdo con el contexto previa evaluación de las necesidades de los beneficiarios y la institución. El producto de este proceso se puede denominar “intervención

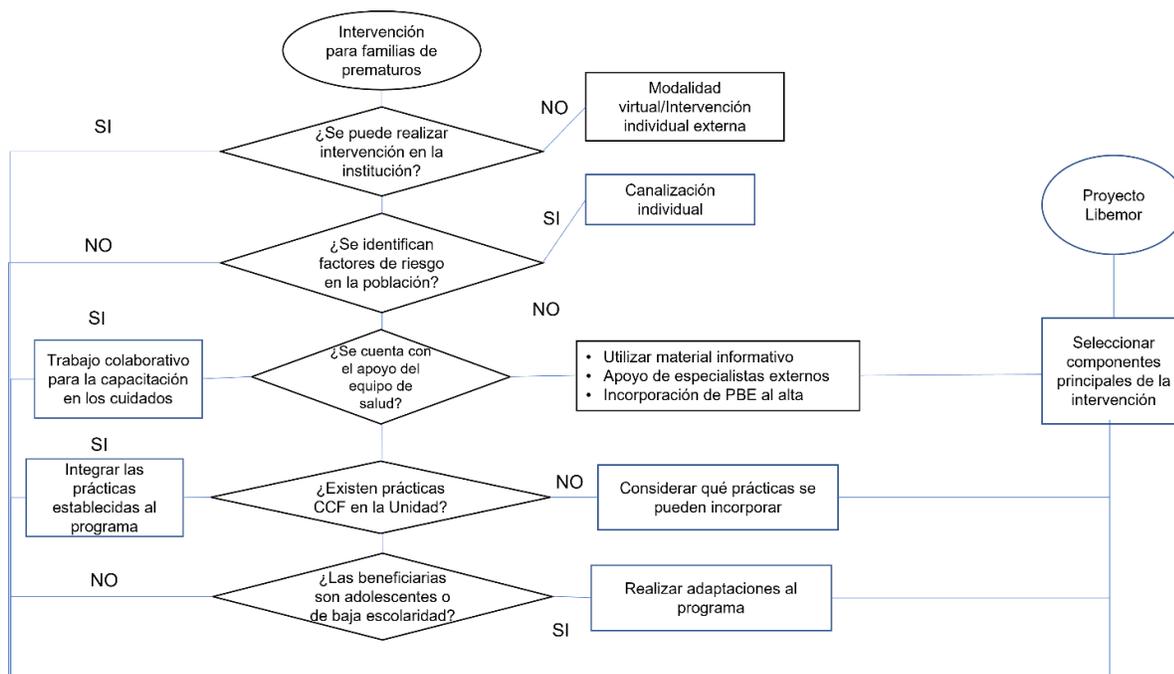
flexible” y ofrece una alternativa para que las intervenciones basadas en la evidencia puedan ser utilizadas en una variedad de escenarios.

En este caso, el producto final es un programa integral conformado por una serie de fases que abarcan distintos momentos en los que se acompaña a la familia, desde el ingreso, la visita, el tiempo de cuidados, los espacios grupales y el seguimiento al alta. Cada una puede ser abordado de forma independiente o enlazada a otra según convenga. Desde el análisis de los resultados, el acompañamiento durante las etapas iniciales de hospitalización facilitaron la reducción del estrés, mientras que el acompañamiento a pie de cuna y los espacios grupales permitieron desarrollar habilidades de sensibilidad materna favoreciendo el involucramiento y minimizando la experiencia de falta de completitud parental descrita por Hutchinson & Cronin (2012), mientras que el acompañamiento durante la transición a casa y el seguimiento completan el proceso.

5.3 Técnicas de intervención

Además del ajuste de intervención y la flexibilidad en la estructura del programa, otro elemento innovador en el proyecto fue la identificación de aquellas estrategias utilizadas durante el programa que se relacionaron con el aumento de la sensibilidad materna y la reducción del estrés y que se denominaron “técnicas de intervención”. Estas son el eje conductor que relaciona los elementos de contenido y estructura del programa (figura 10). En este caso, se identificó que las técnicas de intervención son los componentes principales del proyecto y gracias a su carácter terapéutico y psicoeducativo contribuyeron al logro de los resultados.

Figura 9. Consideraciones previas a la implementación del programa



5.4 Flexibilidad del programa

El concepto de ajuste de la intervención se relaciona con la discusión propuesta por Mei Yi Ng y John R. Weisz (2016), quienes señalan que a pesar de que existen muchos beneficios del trabajo con intervenciones basadas en la evidencia ya que demuestran su efectividad a través de estudios controlados y especifican sus procedimientos a través de manuales estandarizados, se han documentado los obstáculos que han enfrentado los profesionales para implementar este tipo de intervenciones debido a que no siempre se

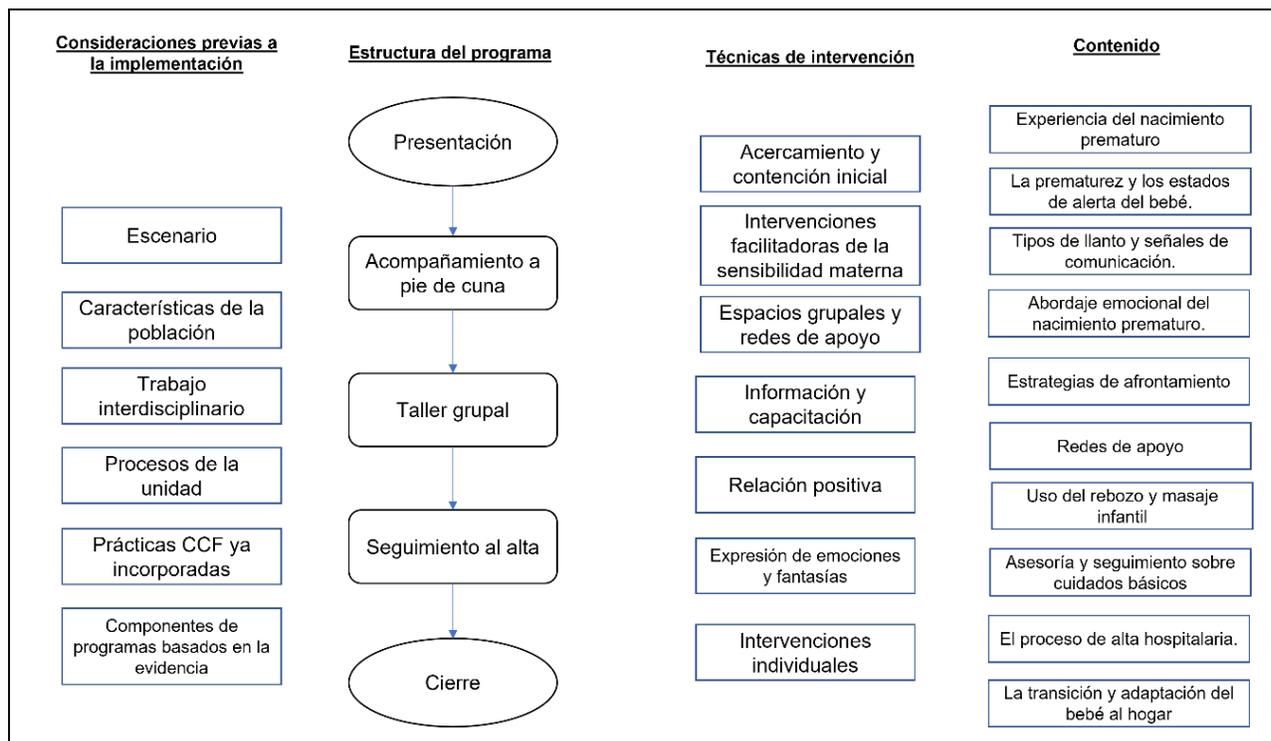
indican los procedimientos a seguir cuando las características de los participantes se salen de la población objetivo o en los casos en donde la situación requiere de una adaptación particular o surgen nuevas necesidades en el tratamiento que requieren de modificaciones a las indicaciones de los manuales (Ng & Weisz, 2016), lo que limita la difusión de este tipo de programas en diversos contextos. Los autores señalan distintas propuestas que se han hecho con el objetivo de diseñar intervenciones flexibles o personalizadas como se realizó en el presente proyecto.

Una de estas propuestas es la de terapias modulares que propone organizar las estrategias de tratamiento en módulos autónomos para utilizarse según convenga con la guía para la toma de decisiones (Chorpita et al., 2008). En el caso del Proyecto Libemor, el proceso que se llevó a cabo para ajustar la intervención requirió de una serie de pasos y decisiones que se muestran en la figura 9 denominadas “consideraciones previas a la implementación del programa”, que, de forma similar a la propuesta de Chorpita, permiten distinguir elementos de logística, estructura, contenido y metodológicos de forma independiente, lo que posibilita el ajuste de la intervención o la selección de las técnicas a utilizar en cada caso. En su modelo de destilación y emparejamiento (Chorpita et al., 2005), la autora propone un proceso similar de selección de unidades de intervención o estrategias independientes utilizando como referencia la evidencia acumulada y un proceso de empatar la intervención con el escenario, los beneficiarios y otros factores utilizando incluso información obtenida del análisis de datos.

El proyecto Libemor permite seleccionar fases de la estructura del programa (figura 10) para utilizarse de manera independiente o como un programa integrado ya que en cada una de ellas se utilizan las técnicas de intervención que se analizaron en la etapa de resultados y que se vincularon de forma cualitativa con la reducción del estrés en las madres y en el aumento de la sensibilidad materna. Asimismo. El contenido del programa permite ser

abordado tanto de forma individual como de forma grupal de forma que se puede adaptar a las fases del programa seleccionados.

Figura 10. Elementos generales del programa



Al analizar las técnicas se observa una similitud con la propuesta de Grenavage y Norcross de factores comunes (Grenavage & Norcross, 1990) ya que los componentes de acercamiento, contención inicial y relación positiva guardan estrecha relación con el concepto de alianza terapéutica observada en contextos clínicos y que, de acuerdo con los autores, es uno de los principales factores asociados al cambio en contextos clínicos. De igual forma, en los espacios grupales, las intervenciones individuales y en el acompañamiento a pie de cuna se posibilitó la expresión de emociones, lo que facilitaba la catarsis, otro factor de éxito reportado en la literatura de psicoterapia integrativa y finalmente las estrategias de información y capacitación, así como las intervenciones facilitadoras de la sensibilidad materna se asocian con otro de los factores comunes denominado práctica de nuevas habilidades. Como se

demuestra en la figura 10, las técnicas de intervención se utilizan de manera reiterada durante todas las fases del programa, de forma que, si se deciden utilizar de forma independiente, se asegura el alcance de los resultados.

Ahora bien, desde la metodología de la teoría fundamentada se busca identificar cómo es que las variables se relacionan entre sí. En este caso, se identificó que el acercamiento paulatino con los familiares después del ingreso a la UCIN, les permitía familiarizarse con la facilitadora del programa y aceptar el apoyo sin sentirlo intrusivo. Gracias a este primer acercamiento, las mamás de prematuros podían contar con una breve explicación sobre la estancia en el hospital, conocer el funcionamiento de la unidad y hablar sobre su experiencia. Se infiere que uno de los aspectos que posibilitan la reducción de estrés es la relación entre la familia y la facilitadora, quien no solo realizaba un rol de intermediaria entre la institución y las madres sino que a través del programa ofrecía espacios de acompañamiento en donde las familias podían expresarse y ser contenidos.

Uno de los elementos a considerar en la discusión es el perfil de la investigadora y su rol como facilitadora de la intervención. Desde la teoría fundamentada constructivista “se pone énfasis en los datos obtenidos a partir de las experiencias compartidas y de las relaciones entre los participantes para obtener partidas de las relaciones de los para obtener una mejor comprensión del fenómeno estudiado” (Charmaz p. 239), pero también se reconoce la visión del investigador en la interpretación de la realidad, asumiendo que la teoría resultante surge de la visión del investigador y de su participación activa en el estudio. En este proyecto, la investigadora se asume no solo como experta en el acompañamiento de familias de prematuros, reconoce su experiencia en el campo clínico y en la impartición de talleres y cursos para padres e incluso se asume que su experiencia como madre pudo ser un factor que influyó en la intervención. Este análisis permitiría identificar el perfil del profesional o profesionales que podrían replicar una intervención similar, es decir, se requiere experiencia

en el área de psicología clínica y de la salud, en el acompañamiento a padres y en la impartición de cursos, pero además requiere capacitarse en la problemática de los nacimientos prematuros a fin de conocer el proceso que viven las familias durante la hospitalización y el seguimiento de los niños.

Para que un proyecto como el desarrollado en esta tesis pueda evolucionar a futuro se requiere reconocer aquellas limitaciones que se encontraron en el camino. Una de las principales fue que el diseño, ejecución y análisis de la intervención fue realizado por una sola persona. Se recomienda para futuras investigaciones que el proyecto se realice en equipo para que colaboren en las diferentes fases del proyecto y que idealmente formen parte del organigrama de la institución. Otra de las limitaciones fue el hecho de que se suspendiera la etapa de sistematización a consecuencia de las medidas de restricción establecidas por la pandemia de COVID-19 lo que impidió tener una muestra mayor y contar con datos cuantitativos sobre los resultados del proyecto. Aunque se obtuvieron resultados significativos a partir del análisis cualitativo de los datos, se recomendaría que a futuro se realizaran comparaciones con un grupo control y una evaluación previa y posterior a la intervención utilizando los instrumentos de evaluación considerados inicialmente en este proyecto, esto se podría realizar con el programa completo o trabajando con fases de manera independiente. Finalmente, la selección de instrumentos de evaluación inicial no fue pertinente para las participantes y las condiciones de la institución, se recomendaría utilizar escalas breves con un lenguaje accesible a las beneficiarias.

6 Conclusiones

En esta tesis se elaboró el “Proyecto Libemor”, un programa de intervención psicológica para mamás de bebés prematuros que contribuye a reducir el estrés y aumentar la sensibilidad materna de las beneficiarias que fue diseñado como un programa de intervención flexible utilizando el modelo propuesto en este proyecto como *ajuste de la intervención* que permite la adecuación de una intervención a las características de los beneficiarios, la institución y el contexto, así como la selección de los componentes principales que facilitan el alcance de los resultados.

El programa incluye el involucramiento de los padres en el cuidado de sus bebés, la capacitación práctica en los cuidados del neonato y la problemática de los nacimientos prematuros, así como el acompañamiento emocional que abarca el ingreso a la UCIN, el acompañamiento a pie de cuna y la transición y seguimiento al alta.

El proyecto de investigación presentado no solo contribuye en sí mismo al beneficio de las familias de prematuros ofreciendo una alternativa flexible capaz de implementarse en una diversidad de escenarios gracias a la posibilidad de seleccionar las fases como unidades independientes de intervención utilizando las estrategias de intervención como eje conductor del programa, sino que abre la discusión de la necesidad que existe de ajustar las intervenciones basadas en la evidencia no solo en el contexto clínico sino en instituciones. La flexibilización del proyecto Libemor respondió en el caso de esta investigación a las características del escenario en donde se llevó a cabo, no obstante, tomó en cuenta la diversidad de circunstancias reportadas en otras instituciones del país en donde se atiende a prematuros y las limitaciones a las que se enfrentan otros profesionales que buscan implementar un programa similar.

Esta investigación respondió a la problemática de los nacimientos prematuros como una alternativa de prevención a las afectaciones emocionales que surgen en el prematuro a partir de la separación con su madre, así como en la competencia de esta última para respondiendo mejor a las necesidades de su hijo. En México existe la demanda de programas de intervención dirigidos a fortalecer las habilidades de crianza y las competencias parentales, sin embargo, ante la dificultad de importar intervenciones exitosas difíciles de implementar se deja con este trabajo la evidencia de que es posible diseñar propuestas flexibles capaces de responder a diversos contextos.

7. Referencias

- Abidin, R. R. (2012) "Parenting Stress Index, Fourth Edition" ("PSI-4"). Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources
- Acosta, M., & Cabrera Bravo, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. *Rev. UNIMAR.*, 34(1), 193–199. <https://doi.org/2216-0116>
- Agami-Micha, S.; Iglesias-Leboreiro, J.; Bernárdez-Zapata, I.; Rendón-Macías, M. E.; Juárez-Domínguez, G. (2013). Capacitación de padres para el cuidado de niños pretérminos en su casa. *Rev Mex Pediatr*, 80(2), 61–64.
- Ainsworth, M. D. (1969). Maternal Sensitivity Scales: The Baltimore Longitudinal Project. *Power*, 6(1969), 1379–1388.
- Alba Romero, C., Aler Gay, I., & Olza Fernández, I. (2012). Maternidad y Salud Ciencia , Conciencia y Experiencia. *Informes, Estudios e Investigación 2012*, 168.
- Als, H., Duffy, F. H., & McAnulty, G. B. (1996). Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (NICU). *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, Supplement*, 85(416), 21–30. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1996.tb14273.x>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 269–281. <https://doi.org/10.1007/s10826-005-5054-4>
- Arreola-Ramírez, G., Fernández-Carrocerá, L. A., Ramírez-López, C. Z., Barrera-Reyes, R. H., Regil-Vélez, L. M., Ríos-Flores, B., & Fabián, C. (2011). Desarrollo neurológico en el primer año de vida de infantes prematuros con peso menor a 1 , 500 g en una institución de tercer nivel. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(3), 146–154.
- Barrera, M. E., Kitching, K. J., Cunningham, C. C., Doucet, D., & Rosenbaum, P. L. (1991). A 3-Year Early Home Intervention Follow-up Study with Low Birthweight Infants and Their Parents. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10(4), 14–28. <https://doi.org/10.1177/027112149101000403>
- Beck, C. T., & Harrison, L. (2017). Posttraumatic Stress in Mothers Related to Giving Birth Prematurely: A Mixed Research Synthesis. In *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* (Vol. 23, Issue 4, pp. 241–257). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1078390317700979>

- Benzies, K. M., Magill-Evans, J. E., Hayden, K. A., & Ballantyne, M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13 Suppl 1*(Suppl 1), S10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S10>
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., Adler, A., Vera Garcia, C., Rohde, S., Say, L., & Lawn, J. E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: A systematic analysis and implications. *The Lancet*, *379*(9832), 2162–2172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
- Boykova, M. Kenner, C. (2005a). Transition of preterm infants from hospital to home. *Neonatal Intensive Care*, *18*(8), 22-25 4p. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318243e948>
- Bowlby, D. (1969). El vínculo afectivo. Paidós
- Brazelton, T.B., Nugent, J.K. (1997) Escala para la evaluación del comportamiento neonatal. Paidós.
- Bretherton, I. (2013). Revisiting Mary Ainsworth's conceptualization and assessments of maternal sensitivity-insensitivity. *Attachment and Human Development*, *15*(5–6), 460–484. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.835128>
- Cattaneo, A., Davanzo, R., Worku, B., Surjono, A., Echeverria, M., Bedri, A., Haksari, E., Osorno, L., Gudetta, B., Setyowireni, D., Quintero, S., & Tamburlini, G. (1998). Kangaroo mother care for low birthweight infants: A randomized controlled trial in different settings. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, *87*(9), 976–985. <https://doi.org/10.1080/080352598750031653>
- Charmaz, K. (2014). Constructing grounded theory. Sage Publications
- Chesney, A. R., & Champion, P. R. (2008). Understanding the dynamics between preterm infants and their families. *Support for Learning*, *23*(3), 144–151. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00385.x>
- Chorpita, B. F., Bernstein, A., Daleiden, E. L., Weisz, J., Chorpita, B., Gibbons, R., Glisson, C., Green, E. P., Hoagwood, K., Jensen, P. S., Kelleher, K., Landsverk, J., Mayberg, S., Miranda, J., Palinkas, L., & Schoenwald, S. (2008). Driving with roadmaps and dashboards: Using information resources to structure the decision models in service organizations. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *35*(1–2), 114–123. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0151-x>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, *7*(1), 5–20. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1962-6>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2010). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030, Distrito Federal*.
- De Luna, M. [proyectolibemor]. (2022). El bebé prematuro: desarrollo y cuidados. <https://youtu.be/foEO4XFfeOo>

- Díaz-herrero, Á., López-pina, J. A., Pérez-lópez, J., Brito, A. G., Nuez, D., & Martínez-fuentes, M. T. (2011). *Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a Sample of Spanish Fathers*. *14*(2), 990–997.
- Doyma, M. (2015). Desarrollo infantil temprano en México : avances y retos Early child development in Mexico : advances and challenges. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, *72*(6), 10–12. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.11.001>
- European Foundation for the care of newborn infants [EFCNI], 2 de enero de 2020. Key facts preterm birth. Recuperado de <https://www.efcni.org/health-topics/key-facts-preterm-birth/>
- Evans, T., Boyd, R. N., Colditz, P., Sanders, M., & Whittingham, K. (2017). Baby Triple P for Parents of a Very Preterm Infant: A Case Study. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(2), 633–642. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0571-x>
- Feldman, R. (2009). The Development of Regulatory Functions From Birth to 5 Years: Insights From Premature Infants. *Child Development*, *80*(2), 544–561. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01278.x>
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum Behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: the role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, *49*, 290–302. <https://doi.org/10.1002/dev>
- Flik, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata
- Gasson, S. (2014). Rigor in Grounded Theory Research. *The Handbook of Information Systems Research*, June 2003, 79–102. <https://doi.org/10.4018/978-1-59140-144-5.ch006>
- Galehouse, P., & Foley, M. (2013). Temperament and Self-Regulation. *Child and Adolescent Behavioral Health: A Resource for Advanced Practice Psychiatric and Primary Care Practitioners in Nursing*, *27*(4), 22–41. <https://doi.org/10.1002/9781118704660.ch2>
- Gallegos-Martínez, J., Reyes-Hernández, J., & Scochi, C. G. S. (2013). The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *21*(6), 1360–1366. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2970.2375>
- Garten, L., Nazary, L., Metze, B., & Bühner, C. (2013). Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, *33*(1), 65–69. <https://doi.org/10.1038/jp.2012.32>
- Gökçe İsbir, G., İnci, F., Kömürcü Akik, B., Abreu, W., & Thomson, G. (2022). Birth-related PTSD symptoms and related factors following preterm childbirth in Turkey. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03805-5>
- González, M. P. O., & Espitia, E. C. (2014). Caring for a premature child at home: from fear and doubt to trust TT - Cuidando un hijo prematuro en casa: del temor y la duda a la confianza TT - Cuidando um filho prematuro em casa: do temor e da dúvida à confiança. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *23*(4), 828–835. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003280013>

- Gray, P. H., Edwards, D. M., Callaghan, M. J. O., & Cuskelly, M. (2012). Early Human Development Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Human Development*, 88(1), 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.06.014>
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where Are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? In *Professional Psychology: Research and Practice* (Vol. 21, Issue 5).
- Herd, M., Whittingham, K., Sanders, M., Colditz, P., & Boyd, R. N. (2014). Efficacy of preventative parenting interventions for parents of preterm infants on later child behavior: A systematic review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 630–641. <https://doi.org/10.1002/imhj.21480>
- Hutchinson, S. W., & Cronin, M. (2012). *Parents' Experiences during their Infant's Transition from Neonatal Intensive Care Unit to Home: A Qualitative Study Parents' Experiences during their Infant's Transition from Neonatal*. 17(12), 1–20.
- Hynan, M. T., & Hall, S. L. (2015). Psychosocial program standards for NICU parents. *Journal of Perinatology*, 35(S1), S1–S4. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.141>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], (2013). Intervenciones De Enfermería Del Recién Nacido Prematuro, 55. <https://doi.org/645-13546>
- Ispa, J. M., Su-Russell, C., Palermo, F., & Carlo, G. (2017). The interplay of maternal sensitivity and toddler engagement of mother in predicting self-regulation. *Developmental Psychology*, 53(3), 425–435. <https://doi.org/10.1037/dev0000267>
- Johnson, S., Ring, W., Anderson, P., & Marlow, N. (2005). Randomised trial of parental support for families with very preterm children: outcome at 5 years. *Arch Dis Child*, 90, 909–915. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.057620>
- Kelly, M. M. (2016). National Perspective of Health Outcomes of 8- to 11-Year-Old Children Born Prematurely and Their Full-Term Peers. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 422–429. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.01.005>
- Lachman, J. M., Sherr, L. T., Cluver, L., Ward, C. L., Hutchings, J., & Gardner, F. (2016). Integrating Evidence and Context to Develop a Parenting Program for Low-Income Families in South Africa. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2337–2352. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0389-6>
- Lakshmanan, A., Agni, M., Lieu, T., Fleegler, E., Kipke, M., Friedlich, P. S., McCormick, M. C., & Belfort, M. B. (2017). The impact of preterm birth ≤ 37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0602-3>
- Lavallée, A., Aita, M., Bourbonnais, A., & De Clifford-Faugère, G. (2017). Effectiveness of early interventions for parental sensitivity following preterm birth: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 6(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0459-x>

- Le, H. N., & Lambert, S. F. (2008). Culture, context, and maternal self-efficacy in Latina mothers. *Applied Developmental Science, 12*(4), 198–201.
<https://doi.org/10.1080/10888690802388136>
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy, 3*(2), 227–247.
https://doi.org/10.1207/S15327078IN0302_7
- Loyd, B. H., & Abidin, R. R. (1985). *Revision of the Parenting Stress Index. 10*(2).
- March of Dimes, Partnership for maternal newborn and child health, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. (2012). Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva. 13(5), 1–126. Recuperado de
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241503433>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia e Saude Coletiva, 17*(3), 613–619.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., Sherman, L., LeMoine, C., Moldenhauer, Z., Small, L., Bender, N., & Sinkin, R. A. (2001). Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: A pilot study of the benefit of early NICU intervention with mothers. *Research in Nursing and Health, 24*(5), 373–389. <https://doi.org/10.1002/nur.1038>
- Mendizabal, R., Vega, A., Vázquez, B., Vale, M., Paillés, M., De Luna, M., Goldin, N., (2011). Diario de un bebé que nació temprano. Edición adaptada. Nacer Temprano, vivir en grande.
- Mendizabal, R. M. (2017). *A critical realist study of neonatal intensive care in Mexico. March, 0–271.*
- Miles, M. S., & Carter, M. (1982). parental stress.pdf. *Childrens Health Care, 11*(2), 66–69.
- Milgrom, J., Martin, P. R., Newnham, C., Holt, C. J., Anderson, P. J., Hunt, R. W., Reece, J., Ferretti, C., Achenbach, T., & Gemmill, A. W. (2019). Behavioural and cognitive outcomes following an early stress-reduction intervention for very preterm and extremely preterm infants. *Pediatric Research, 86*(1), 92–99. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0385-9>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. In *Journal of Counseling Psychology* (Vol. 52, Issue 2, pp. 250–260).
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Myers, R., & Fernández, J. L. (2013). Desarrollo Infantil Temprano en México Diagnóstico y recomendaciones Marco Antonio Delgado. *Banco Interamericano Del Desarrollo. Division de Protección Social y Salud, 1–676.*
- Narberhaus, S. D. (2004). Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. *Anales de Psicología, 20*(0212–9728), 318.

- Neri, E., Agostini, F., Baldoni, F., Facondini, E., Biasini, A., & Monti, F. (2017). Early Human Development Preterm infant development , maternal distress and sensitivity : The influence of severity of birth weight. *Early Human Development*, 106–107, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.01.011>
- Newnham, C. A., Milgrom, J., & Skouteris, H. (2009a). Effectiveness of a Modified Mother-Infant Transaction Program on Outcomes for Preterm Infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.09.004>
- Ng, M. Y., & Weisz, J. R. (2016). Annual Research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (Vol. 57, Issue 3, pp. 216–236). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12470>
- Nicholls, A., & Kirkland, J. (2006). *Early Child Development and Care Maternal Sensitivity : A Review of Attachment Literature Definitions Maternal Sensitivity : A Review of Attachment Literature Definitions*. February 2015, 37–41. <https://doi.org/10.1080/0300443961200106>
- Nidcap Federation International. 14 de noviembre de 2019. Our model. Recuperado de <https://nidcap.org/synactive-model-of-developmental-care/>
- QSR International. (2012). NVivo (Versión 12). <https://nvivo-spain.com/>
- Olshtain-Mann, O., & GK, A. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: are they still at (parental) risk? *Health & Social Work*, 33(4), 299-308 10p. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.4.299>
- Organización Mundial de la Salud (14 de noviembre de 2022). Nacimientos prematuros. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud Ginebra. *Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas*, 3.
- O'Shea-Cuevas, G., Rizzoli-Córdoba, A., Aceves-Villagrán, D., Villagrán-Muñoz, V. M., Carrasco-Mendoza, J., Halley-Castillo, E., Delgado-Ginebra, I., Pizarro-Castellanos, M., Vargas-López, G., Antillón-Ocampo, F. A., Villasís-Keever, M. T., & Muñoz-Hernández, O. (2015). Health Social Protection System for early detection and care of child developmental problems in Mexico . *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(6), 429–437. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.10.002>
- Osorio Galeano, S. P., Ochoa Marín, S. C., & Semenic, S. (2017). Preparing for post-discharge care of premature infants: Experiences of parents. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 35(1), 100–106. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a12>
- Parra Cardona, J. R., Domenech-Rodriguez, M., Forgatch, M., Sullivan, C., Bybee, D., Holtrop, K., Escobar-Chew, A. R., Tams, L., Dates, B., & Bernal, G. (2012). Culturally Adapting an Evidence-Based Parenting Intervention for Latino Immigrants: The Need to Integrate Fidelity and Cultural Relevance. *Family Process*, 51(1), 56–72. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01386.x>

- Pederson, D. R., Moran, G., Bento, S., Pederson, D. R., Moran, G., & Bento, S. (1999). *Maternal Behaviour Q-sort*.
- Perry, N. B., Calkins, S. D., & Bell, M. A. (2016). Indirect Effects of Maternal Sensitivity on Infant Emotion Regulation Behaviors: The Role of Vagal Withdrawal. *Infancy*, 21(2), 128–153. <https://doi.org/10.1111/infa.12101>
- Puthussery, S., Chutiyami, M., Tseng, P. C., Kilby, L., & Kapadia, J. (2018). Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: A meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatrics*, 18(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1205-9>
- Abidin, R. R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407–412. <https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104>
- Rizzoli-Córdoba, A., Campos-Maldonado, M. C., Vélez-Andrade, V. H., Delgado-Ginebra, I., Baqueiro-Hernández, C. I., Villasís-Keever, M. Á., Reyes-Morales, H., Ojeda-Lara, L., Davis-Martínez, E. B., O’Shea-Cuevas, G., Aceves-Villagrán, D., Carrasco-Mendoza, J., Villagrán-Muñoz, V. M., Halley-Castillo, E., Sidonio-Aguayo, B., Palma-Tavera, J. A., & Muñoz-Hernández, O. (2015). Evaluación diagnóstica del nivel de desarrollo en niños identificados con riesgo de retraso mediante la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(6), 397–408. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.11.005>
- Sánchez-Castellanos, M. (2004) Nivel de estrés de las madres con hijos en la unidad de cuidados intensivos neonatales. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad Autónoma de Nuevo León
- Schappin, R., Wijnroks, L., Uniken Venema, M. M. A. T., & Jongmans, M. J. (2013). Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054992>
- Secretaría de Salud, (2010). Manejo Del Recien Nacido Prematuro Sano En La Sala De Prematuros. *Catalogo Maestro De Guías Practicas Clínica*, 10(362–10), 1–63.
- Secretaría de Salud (2021) Cada año se registran hasta 200 mil nacimientos prematuros: Perinatología. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/508-cada-ano-se-registran-hasta-200-mil-nacimientos-prematuros-perinatologia#:~:text=Cada%20a%C3%B1o%20se%20registran%20hasta,Salud%20%7C%20Gobierno%20%7C%20gob.mx>
- Secretaria de Salud Pública. (2022). *Programa de Salud Materna y Perinatal*. CNEGSR. 1,16-22. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* Gobierno de la República.
- Shaw, R. J., Bernard, R. S., Storfer-Isser, A., Rhine, W., & Horwitz, S. M. (2013). Parental coping in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2). <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9328-x>

- Shaw, R. J., Sweester, C. J., St. John, N., Lilo, E., Corcoran, J. B., Jo, B., Howell, S. H. K., Benitz, W. E., Feinstein, N., Melnyk, B., & Horwitz, S. M. (2013). Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants: Manual development and evaluation. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(8), 578–586. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.789943>
- Singer, I. T., Fulton, S., Davillier, M., Koshy, D., Salvator, A., & Baley, J. E. (2003). Effects of Infant Risk Status and Maternal Psychological Distress on Maternal-Infant Interactions During the First Year of Life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 24*(4), 233–241. <https://doi.org/10.1097/00004703-200308000-00003>
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Sage publications
- Tamis-Lemonda, C. & Baumwell, L. (2010). Parental sensitivity in early development: definition, methods, measurement, and generalizability. In Winders, D. & Logsdon, C. (Eds.) *Maternal Sensitivity: A Scientific Foundation for Practice*. Nova Science Publishers. pp. 2-15
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Maternal Self-Efficacy. *Child Development, 62*(5), 918–929. <https://doi.org/10.1097/00125480-199803000-00002>
- Teti, D. M., Black, M. M., Viscardi, R., Glass, P., O'Connell, M. A., Baker, L., Cusson, R., & Reiner Hess, C. (2009). Intervention With African American Premature Infants. *Journal of Early Intervention, 31*(2), 146–166. <https://doi.org/10.1177/1053815109331864>
- Treyvaud, K., Spittle, A., Anderson, P. J., & O'Brien, K. (2019). A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant. *Early Human Development, xxx*, 104838. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104838>
- Vanderveen, J., Bassler, D., Robertson, C., & Kirpalani, H. (2009). Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. *Journal of Perinatology, 29*(10), 343–351. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.229>
- Villanueva Egan, L. A., Contreras Gutiérrez, A. K., Pichardo Cuevas, M., & Rosales Lucio, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México, 76*(9), 542–548.
- Yorgason, L.A.T., "Effectiveness of Mary Ainsworth's Maternal Sensitivity Scale with Four-weekold Infants" (2015). Graduate Student Theses, Dissertations, & Professional Papers. 4421. <https://scholarworks.umt.edu/etd/4421>
- Wang, H., Bhutta, Z. A., Coates, M. M., Coggeshall, M., Dandona, L., Diallo, K., Franca, E. B., Fraser, M., Fullman, N., Gething, P. W., Hay, S. I., Kinfu, Y., Kita, M., Kulikoff, X. R., Larson, H. J., Liang, J., Liang, X., Lim, S. S., Lind, M., ... Murray, C. J. L. (2016). Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet, 388*(10053), 1725–1774. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31575-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31575-6)

Zamudio, R. P., Rafael, C., Terrones, L., & Barboza, A. R. (2013). Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Bol Med Hosp Inft Mex*, 70(4), 299–303.

Apéndice A

Consentimiento informado

Programa de intervención psicológica para madres de prematuros al alta en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención de la CDMX

Muchas gracias por su interés en participar en el Programa de apoyo para mamás de bebés prematuros al alta hospitalaria, esperamos le sea de utilidad.

El propósito de este documento es informar en qué consiste el programa y las condiciones éticas del mismo, así como las condiciones necesarias para su participación. Es muy importante que lea el documento y acepte las condiciones antes de comenzar el programa.

El Programa de apoyo para mamás de bebés prematuros al alta hospitalaria forma parte del proyecto de investigación que realiza la Dra. Mercedes Luque Coqui en colaboración con la Mtra. Myriam de Luna Jiménez quien realiza sus estudios de Doctorado en Investigación Psicológica.

Preocupadas por ofrecer una atención integral al recién nacido pretérmino y su familia, así como un seguimiento al alta hospitalaria, la implementación del programa se basa en la evidencia de que la promoción de habilidades de crianza en los padres, impacta directamente en el desarrollo socioemocional de los niños, además de que facilita la detección e intervención oportuna de alteraciones en el neurodesarrollo

¿Cuáles son los objetivos?

- Ofrecer información sobre los cuidados básicos del bebé en casa
- Ofrecer un seguimiento durante la transición del hospital a casa
- Brindar apoyo y resolver dudas sobre el desarrollo del recién nacido prematuro
- Ofrecer estrategias para facilitar los cuidados del bebé y la crianza
- Reducir el estrés de la madre y favorecer su sensibilidad materna
- Analizar los resultados del programa

¿Quién puede participar?

- Mamás mayores de 18 años
- Que sus bebés hayan nacido antes de la semana 37 de gestación
- Que sus bebés tengan entre 0 y 6 meses de edad al iniciar el programa
- Que vivan en la ciudad de México

En qué consiste:

- Se le pide que llene una encuesta inicial y se realizará una entrevista para conocer su caso.

- El programa cuenta con materiales con información sobre el nacimiento prematuro, los cuidados del bebé al alta y orientación a las mamás en temas de crianza. Usted puede consultar los materiales cuantas veces sea necesario.
- Se le pide que asista a 3 sesiones de orientación durante la estancia hospitalaria en donde se le ofrecerá orientación sobre los cuidados de su bebé y el nacimiento prematuro.
- Se le pedirá autorización para videograbar una interacción de 10 minutos con su bebé durante la visita.
- Se programarán 3 llamadas de seguimiento para ofrecer orientación, resolver dudas en temas de crianza y acompañar en el proceso de transición de la casa al hospital.
- Se realizará una encuesta final para conocer los resultados del programa

Beneficios:

- Se ha documentado que los programas de apoyo para padres prematuros ayudan en la reducción del estrés y la ansiedad en los padres.
- Aprenderá sobre técnicas de cuidado del recién nacido en casa como el masaje infantil, el uso del rebozo.
- Contará con asesoría y orientación para el cuidado de su hijo durante el periodo de alta hospitalaria.
- Se promoverán los vínculos afectivos con su bebé y esto beneficiará su desarrollo socioemocional

Puntos a considerar:

- La participación es voluntaria.
- Se requiere su autorización para la grabación de las entrevistas y el análisis de los datos que nos proporcione
- La información proporcionada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los fines de esta investigación.
- Los datos personales que usted proporcione de sí mismo o de terceras personas no se revelarán ni se harán públicos y sólo se tomarán en cuenta para fines estadísticos.
- El manejo de las grabaciones y material documentado será debidamente resguardado por los responsables de la investigación.
- La participación en este proyecto no representa un riesgo para usted.
- Usted puede decidir retirarse de la investigación si así lo decide sin que eso le perjudique de ninguna forma.
- Si en algún momento se siente incómodo con algún procedimiento puede hacérselo saber al investigador.
- La participación en la presente investigación no tendrá retribución alguna.
- Al final del proyecto se ofrecerán los resultados a los participantes.
- Si requiere de asistencia psicológica, solicítelo al equipo y se canalizará con el especialista correspondiente.

Las responsables de la investigación son profesionistas en el área de la salud mental, capacitados para intervenir y detectar oportunamente los casos que requieran atención psicológica para ser canalizarlos a las instancias de atención psicológica con las que cuenta el hospital o atención externa, en caso de que el hospital no cuente con el servicio.

Agradecemos su valiosa participación. Preguntas e información: myrdelu@gmail.com

Investigador responsable:

Dra. Mercedes Luque Coqui

Investigador suplente:

Mtra. María José Adame Vivanco

Investigadores participantes:

Mtra. Myriam de Luna Jiménez

Apéndice B

ENTREVISTA INICIAL -FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. Folio: _____

fecha: _____

• **Datos del bebé**

Nombre del bebé: _____ Sexo: H () M ()

Fecha de nacimiento: _____ SDG al nacer: _____ Peso: _____ Tipo de parto _____

Fecha de ingreso a UCIN: _____ Fecha de egreso: _____ Lugar que ocupa en familia _____

¿En qué hospital nació? _____ Motivo de ingreso a UCIN: _____

¿La madre y el padre del bebé viven juntos? _____

• **Datos de la madre**

Nombre: _____ Edad: _____

—

Escolaridad: _____ Estado civil: _____ No. De hijos: _____

Alcaldía o Municipio: _____

Estado: _____

Teléfono de contacto: _____

¿Con quién vive? _____

¿Cuál es su principal ocupación? _____

¿Ha iniciado lactancia materna con el bebé? _____

¿Fuma? _____ ¿Bebe? _____ ¿Ha consumido alguna droga? _____

¿Ha recibido atención psicológica previamente? _____ ¿Por cuánto tiempo?

¿Quién le apoya en el cuidado del niño? _____

AGRADECEMOS SU VALIOSA PARTICIPACIÓN

Apéndice C

Guía de observación -Sensibilidad Materna-

Basado en MBSQS

M-madre

B-bebé

VISITA	
INDICADOR	EXPLICACIÓN
1	Saluda a B cuando entra en la habitación.
2	Da señal o explicación a B al salir de la habitación.
3	Supervisa las actividades de B durante la visita.
4	Habla con B directamente.
5	Vocaliza a B durante toda la visita.
6	Organiza su ubicación para que pueda percibir las señales de B

INTERACCIÓN	
INDICADOR	EXPLICACIÓN
1	Se da cuenta cuando B sonríe y vocaliza
	Se anima cuando interactúa con B
2	Muestra afecto tocando, acariciando

3	Usa el contacto corporal cercano para calmar B.	Ejemplo cuando B angustiado M recoge y abraza.
4	Responde inmediatamente a los llantos/lloriqueos	Explicación: Lo que se evalúa es el momento de la respuesta de M. Considere todas las formas de afecto negativo, incluidos los llantos, las muestras de frustración y los alborotos.
5	Cuando B está angustiado, M puede identificar la fuente	Explicación: M no parece estar adivinando lo que B necesita, parece conocer bien a B, como lo demuestran las respuestas de B a sus intervenciones.
6	Expresa espontáneamente sentimientos positivos a B.	Explicación: el amor y la aceptación se expresan exteriormente a B; M no solo ama a B, sino que estos sentimientos se hacen evidentes para B. Ejemplos: muestra sus sentimientos de placer a B diciéndole cosas cariñosas a B, cuando B hace algo lindo, sonrío y comenta a B.

BAJA SENSIBILIDAD		
INDICADOR	EXPLICACIÓN	
1	Trata a B como un objeto inanimado cuando la mueve o ajusta su postura.	Explicación: Los movimientos físicos de M son torpes, tal vez sin delicadeza. Ejemplos: trata a B como una marioneta, se abalanza sobre B, ajusta bruscamente la postura de B.
2	Parece desconectarse y no darse cuenta de los intentos de atención.	Explicación: Psicológicamente inaccesible para B, inconsciente de las señales de B.
3	Angustiado por las demandas de B.	Explicación: Tiene poca tolerancia a las señales más insistentes; tiene dificultad para aceptar la responsabilidad del cuidado de B. Ejemplos: cuando B necesita atención o consuelo, M está molesto, irritable, exasperado o resentido.
4	Distraído al interactuar con B	Explicación: las interacciones son impersonales, desapegadas y alejadas de la actividad de B en curso. Ejemplo: las interacciones parecen más obligatorias que placenteras
5	Durante la visita no se da cuenta B.	M está preocupado por las personas de la sala y no supervisa a B, sin darse cuenta de las acciones de B. M no nota ni comenta las actividades de B.

Apéndice D : Materiales de apoyo y audiovisuales

1. Página web del Proyecto Libemor
<https://proyectolibemor.wixsite.com/proyectolibemor>
2. Manual del instructor
3. Videos:
 - a. El bebé prematuro: desarrollo y cuidados <https://youtu.be/foEO4XFfeOo>
 - b. Básicos de lactancia <https://youtu.be/M-69lkY0glU>
 - c. Testimonios de familias <https://youtu.be/HUNN9jPlt3A>
 - d. El baño <https://youtu.be/TO1DgVwfQbs>
4. Presentaciones y recursos didácticos
 - a. El bebé prematuro
<https://view.genial.ly/602ea7b6096b9d0d0c74d10c/presentation-el-nacimiento-prematuro>
 - b. Masaje infantil https://534487c4-81c2-4c6d-be92-14673be793fd.filesusr.com/ugd/adee55_e76dcbf399644938a8b28d0415484bd2.pdf
 - c. Mis redes de apoyo https://534487c4-81c2-4c6d-be92-14673be793fd.filesusr.com/ugd/adee55_1c6e090b67734d5a83288c804f17a0fa.pdf

Apéndice E: Identificación de factores de riesgo psicosocial en la madre

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN LA MADRE

NOMBRE DE LA MADRE:

NOMBRE DEL BEBÉ:

FECHA DE NACIMIENTO:

INDICADOR		SI	NO
1	La madre es menor de 18 años		
2	La madre es soltera (sin pareja)		
3	La madre es primigesta		
4	Pérdidas gestacionales previas		
5	Antecedentes de ansiedad en la madre*		
6	Antecedentes de depresión en la madre*		
7	Antecedentes de adicciones en la madre*		
8	Antecedentes de otra condición psiquiátrica en la madre*		
9	Nacimiento múltiple		
10	La edad gestacional del neonato es \leq a 32SDG*		
11	Falta de redes de apoyo		
12	Condición socioeconómica baja		
13	Nivel de estudios \leq educación básica		

**En caso de presentar 3 o más de los indicadores se recomienda participar en un programa de intervención

**En caso de presentar 4 o más de los indicadores (o 1 de los marcados con *) se recomienda canalización a intervención psicológica individual