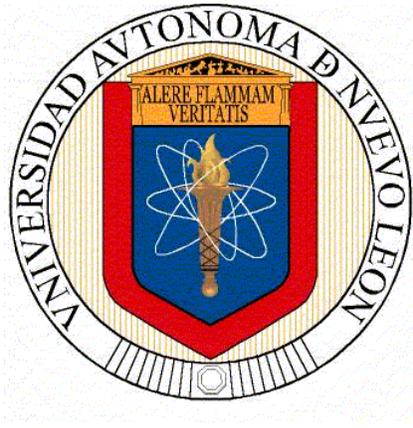


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**EFFECTOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO EN LOS
NIVELES DE ESTRÉS, ANSIEDAD, AUTOEFICACIA MATERNA
Y RESILIENCIA DE MADRES DE BEBÉS PREMATUROS**

**PRESENTADA POR
MARIANA ROCÍO MORENO CAVAZOS**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

FEBRERO 2025

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**



**EFFECTOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO EN LOS NIVELES DE ESTRÉS,
ANSIEDAD, AUTOEFICACIA MATERNA Y RESILIENCIA DE MADRES DE
BEBÉS PREMATUROS**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**PRESENTA
MARIANA ROCÍO MORENO CAVAZOS**

**DIRECTOR(A) DE TESIS:
DRA. LUCÍA DEL CARMEN QUEZADA BERUMEN**

MONTERREY, N. L., MÉXICO, FEBRERO 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGIA DE LA
SALUD

La tesis titulada “EFECTOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO EN LOS NIVELES DE ESTRÉS, ANSIEDAD, AUTOEFICACIA MATERNA Y RESILIENCIA DE MADRES DE BEBÉS PREMATUROS” que presenta Mariana Rocío Moreno Cavazos ha sido aprobada por el Comité de Tesis.

Dra. Lucía del Carmen Quezada Berumen
Director/a de Tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor/a de Tesis

Dr. René Landero Hernández
Revisor/a de Tesis

Monterrey, Nuevo León, México, febrero de 2025

DEDICATORIA

A mis padres Francisco y Rosalinda, quienes siempre me han impulsado y apoyado en mi formación personal y profesional, por haber puesto todos sus medios -y más- a mi disposición para convertirme en quien soy ahora; y a mi hermano Francisco, por compartir conmigo ese lugar de estabilidad y seguridad dentro de casa que siempre estaré agradecida de que hayamos construido.

A Armando, que llegó a mi vida a la mitad de mi maestría y se dedicó a apoyarme e impulsarme en este y otros proyectos; porque ha estado presente de una manera que no sabía posible e ilumina mi presente y mi futuro con su amor y dedicación.

A mi madrina Iliana del Socorro, quien me acompañó durante casi la mitad de mi preparación como licenciada en Psicología, porque mientras estuve con ella pude ser testigo de lo que es estar y dar de manera auténtica y desinteresada; por ser un gran modelo de mujer para mí que he tenido y tendré presente por el resto de mi vida.

Y a la Mariana de hace unos años, que se sentía tan pérdida respecto a quién era, qué quería y hacia dónde iba, pero que decidió descubrirlo y trabajar mucho para alcanzarlo; todo ese esfuerzo me volvió capaz de realizar lo que ahora queda plasmado en estas páginas. Solamente ella y yo conocemos los lugares en los que hemos estado, los sentimientos y pensamientos por los que hemos sido atravesadas y el camino que nos ha traído al día de hoy.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Lucía Quezada del Carmen por su orientación y apoyo a lo largo de todo este proyecto, porque fue paciente y amable en todo momento y compartió conmigo años de conocimiento y experiencia. A mis revisores el Dr. René Landero y el Dr. José Moral por sus siempre oportunas observaciones y recomendaciones; y a mis profesores por sus enseñanzas en los campos de la psicología y la investigación.

A la Dra. Adriana Nieto y al Dr. Arturo Garza por autorizar la realización de este proyecto en la UCIN y recibirme siempre interesados en él y con la mayor disposición para que todo se diera de la mejor manera posible.

Al equipo de enfermeros y enfermeras de la UCIN, por su trabajo diario en el cuidado en los recién nacidos prematuros, por capacitar y auxiliar a las madres de los mismos en la implementación del MMC y por recibirme cálidamente en su espacio de trabajo para observar su gran labor.

A la Lic. Violeta Rivera quien, junto a la Lic. Tanya Márquez, forman el Equipo de Lactancia y me permitieron acompañarlas en su quehacer diario durante las visitas a la UCIN; por sus consejos, enseñanzas y buen humor.

Finalmente, a la Lic. Tanya, quien ha sido mi psicóloga desde hace más de 8 años y me ha acompañado en este proceso de crecimiento personal y profesional, por brindarme un espacio seguro sin el cual el camino habría sido mucho más complicado. Por su apoyo para la realización de esta investigación al ser el puente entre la institución donde se realizó y yo, así como por su orientación y capacitación necesaria durante el proceso.

RESUMEN

Se estima que cada año nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros en el mundo y cerca de doscientos mil en México. Diversas investigaciones han encontrado alta prevalencia de estrés y ansiedad en las madres de prematuros y se ha demostrado que la práctica del Método Madre Canguro (MMC), propuesta por la Organización Mundial de la Salud, ha ayudado a disminuir los síntomas relacionados y a desempeñarse en su rol materno. El objetivo del presente trabajo fue evaluar el impacto de esta práctica en los niveles de estrés, ansiedad, resiliencia y autoeficacia materna de las madres de prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología de un hospital de la localidad. Se realizó un estudio preexperimental con muestreo no probabilístico por conveniencia y se aplicó la *Escala de Depresión, Estrés y Ansiedad (DASS-21)*, el *Inventario de Ansiedad de Beck*, la *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)* y la *Escala de Evaluación Parental*. Se observó aumento en el estrés de madres de bebés con padecimientos agregados, aumento de la ansiedad en madres con experiencia previa de prematuridad y disminución de esta en aquellas que no la tenían; y relaciones entre ansiedad, estrés y algunos factores de la resiliencia. Como conclusión, aunque se ha demostrado la eficacia del MMC, existen otras variables pertenecientes al contexto personal y sociocultural que influyen en el bienestar de las madres de los recién nacidos prematuros como las creencias sobre la maternidad, el apoyo familiar y social, la capacidad de establecer rutinas, entre otros.

Palabras clave: posnatal, prematuridad, hospitalización, UCIN, maternidad.

ABSTRACT

It is estimated that around 15 million premature children are born each year in the world and about two hundred thousand in Mexico. Various studies have found a high prevalence of stress and anxiety in mothers of premature babies and it has been shown that the practice of the Kangaroo Mother Care Method (KMC), proposed by the World Health Organization, has helped to reduce related symptoms and to perform in their maternal role. The objective of this study was to evaluate the impact of this practice on the levels of stress, anxiety, resilience and maternal self-efficacy of mothers of premature infants hospitalized in the Neonatology Intensive Care Unit of a local hospital. A pre-experimental study was carried out with non-probabilistic convenience sampling; Depression, Stress and Anxiety Scale (DASS-21), the Beck Anxiety Inventory, the Mexican Resilience Scale (RESI-M) and the Parental Assessment Scale were applied. Increased stress in mothers of babies with added conditions, increased anxiety in mothers with previous experience of prematurity and decreased anxiety in those who did not have it were observed; as well as correlations between anxiety, stress and some resilience factors. In conclusion, although the effectiveness of the MMC has been demonstrated, there are other variables belonging to the personal and sociocultural context that influence the well-being of mothers of premature newborns such as beliefs about motherhood, family and social support, the ability to establish routines, among others.

Keywords: postnatal, prematurity, hospitalization, NICU, maternity.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
Justificación de la Investigación	6
Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Hipótesis	7
Limitaciones y Delimitaciones	8
II. MARCO TEÓRICO	9
Prematuridad	9
Consecuencias Económicas, Laborales, Sociales-familiares y de Salud	12
Consecuencias Psicológicas	13
Método Madre Canguro	16
Posición Canguro	18
Alimentación del Bebé Prematuro	18
Estrés	20
Teoría Transaccional del Estrés	21
Teoría Transaccional del Estrés y Síntomas Psicossomáticos	22
Estrés y Madres de Bebés Prematuros	23
Ansiedad	24
Modelo Cognitivo de la Ansiedad	25
La Ansiedad en la Teoría Transaccional del Estrés y Síntomas Psicossomáticos	30
Ansiedad y Madres de Bebés Prematuros	31

Resiliencia	32
Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	34
Resiliencia y Madres de Bebés Prematuros	36
Autoeficacia Materna	38
Teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura	38
Autoeficacia Materna y Madres de Bebés Prematuros	40
III. MÉTODO	42
Diseño	42
Participantes	43
Criterios de Inclusión	44
Criterios de Exclusión	44
Criterios de Eliminación	44
Muestreo	44
Instrumentos	45
Procedimiento	46
IV. RESULTADOS	48
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	65
Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios	71
Conclusiones	72
VI. REFERENCIAS	73
ANEXOS	88
Anexo 1: Consentimiento, cuestionario sociodemográfico y escalas	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Cognitivo de la Ansiedad	28
Figura 2. Teoría Transaccional del Estrés y Síntomas Psicósomáticos	31
Figura 3. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores de consistencia interna de las escalas en preprueba y posprueba ($n = 24$)	49
Tabla 2. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba ($n = 24$)	49
Tabla 3. Puntuaciones promedio de las escalas en la posprueba ($n = 24$)	50
Tabla 4. Diferencias de puntuaciones de las escalas entre preprueba y posprueba ($n = 24$)	50
Tabla 5. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba y posprueba del grupo 1 ($n = 11$)	51
Tabla 6. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba y posprueba del grupo 2 ($n = 13$)	52
Tabla 7. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en las prepruebas de grupos 1 y 2	52
Tabla 8. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en preprueba y posprueba de grupos 1 y 2	53
Tabla 9. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en las pospruebas de grupos 1 y 2	53

Tabla 10. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba y posprueba del grupo 3 ($n = 7$)	54
Tabla 11. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba y posprueba del grupo 4 ($n = 17$)	55
Tabla 12. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en las prepruebas de grupos 3 y 4	55
Tabla 13. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en preprueba y posprueba de grupos 3 y 4	56
Tabla 14. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en las pospruebas de grupos 3 y 4	56
Tabla 15. Correlaciones entre variables en la preprueba de la muestra total ($n = 24$)	57
Tabla 16. Correlaciones entre variables en la posprueba de la muestra total ($n = 24$)	58
Tabla 17. Correlaciones entre variables en la preprueba del grupo 1	59
Tabla 18. Correlaciones entre variables en la posprueba del grupo 1	60
Tabla 19. Correlaciones entre variables en la preprueba del grupo 2	61
Tabla 20. Correlaciones entre variables en la posprueba del grupo 2	61
Tabla 21. Correlaciones entre variables en la preprueba del grupo 3	62
Tabla 22. Correlaciones entre variables en la posprueba del grupo 3	63
Tabla 23. Correlaciones entre variables en la preprueba del grupo 4	64
Tabla 24. Correlaciones entre variables en la posprueba del grupo 4	65

I. INTRODUCCIÓN

Se considera prematuro a un bebé que ha nacido antes de las 37 semanas de gestación, pudiendo clasificarse en prematuro extremo (menos de 28 semanas), muy prematuro (28 a 32 semanas) y prematuro moderado a tardío (32 a 37 semanas) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Cada año nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros en el mundo y la cifra está aumentando. Es común que entre los bebés prematuros que logran sobrevivir se presenten discapacidades de por vida relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (OMS, 2018). En México, la Secretaría de Salud reporta más de doscientos mil nacimientos prematuros al año (2017).

El nacimiento de un bebé prematuro y su internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) pone al menor en un estado de riesgo y a los padres en una situación desconocida e inesperada; debido a ello, a nivel mundial se ha indagado en las experiencias y el estado psicológico de las madres después del nacimiento de un bebé prematuro y los resultados han ayudado a conocer algunas de las áreas que requieren más atención.

Ante la condición de prematuridad de los bebés, se ha encontrado que las madres presentan una mayor prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el puerperio que las mamás de bebés nacidos a término (Grandi et al., 2008), en algunos casos teniendo el doble de riesgo de padecer depresión y casi el triple de presentar ansiedad (Bener, 2013). En un estudio realizado con 104 madres de prematuros en México se observó que más del 82% presentaba signos de depresión como “aumento del llanto, irritabilidad, introversión social, indecisión, dificultades para realizar actividades, trastornos del sueño y falta de energía” (Belmontes Zacarías et al., 2017).

Otra investigación realizada en un hospital en Tabasco, México con 73 padres y madres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN, encontró que el factor que más ocasiona incertidumbre en los progenitores es la ambigüedad que ocasiona el no saber cuál es el estado de salud de su hijo, siendo también importante si el tratamiento que se le da es el adecuado y cómo el prematuro evolucionará. En este mismo estudio se observó que los factores más estresantes

para los padres al tener a su hijo internado es el aspecto del recién nacido y su estado de salud (Díaz Santiago et al., 2020).

Este temor de las madres respecto al desarrollo del bebé y su futuro concuerda con la definición de ansiedad brindada por Clark y Beck (2012), quienes explican que se trata de un sistema de respuestas fisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales que surgen ante la percepción de alguna amenaza o peligro proveniente de algún suceso imprevisible o sobre el que no se tiene ningún control y que pone en riesgo al individuo.

Aunado a esto, autores como Ong et al. (2017) han encontrado que conforme aumentan la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado aumenta también el estrés materno. En la UCIN, los factores que suelen ser más estresantes para los padres de un recién nacido son el ambiente; el aspecto y comportamiento de su bebé; la obstrucción de la relación padres-bebé y de su papel como cuidadores; y la comunicación que se tiene con el personal de la Unidad. El aspecto más estresante entre los mencionados varía de un estudio a otro, en algunos los más altos niveles de estrés se relacionan con el aspecto y comportamiento que tiene el bebé al encontrarse internado (Belmontes Zacarías et al., 2017; Sánchez-Veracruz et al., 2017); mientras que en otros se destaca como más estresante la alteración del rol materno (Ong et al., 2017; Swee et al., 2019).

Lazarus y Folkman (1984) sugieren que el estrés es el resultado de la interacción entre el sujeto y lo que lo rodea cuando esto es percibido por el sujeto como un peligro que no es posible afrontar desde los recursos que posee y que, por lo tanto, amenaza su bienestar; lo que a su vez concuerda con lo encontrado por Barraza Peña (2020) quien establece que las madres de bebés prematuros presentan baja comprensión del diagnóstico, obstrucción del rol materno, disminución de la autoestima, temor respecto al desarrollo del bebé y sentimientos de culpa.

Sin embargo, un estudio cualitativo realizado en Brasil encontró que las madres de bebés prematuros pasan por diversos momentos desde el nacimiento del bebé hasta que este es dado de alta, y se identificó una gran diferencia en los reportes de las madres cuando estas comenzaron a verse involucradas en el

cuidado del recién nacido, mencionando sentirse más útiles y felices (Veronez et al., 2017).

Las mamás de prematuros reportan que es dificultoso amamantar cuando el bebé no sabe succionar aún y bañarlo y vestirlo por el miedo a lastimarlo, lo que las hace pensar que quizás no serán capaces; además, mencionan sentir mucha tensión psicológica y ponerse muy ansiosas. Sin embargo, reiteran saber cómo hacerse cargo de sus bebés gracias al Método Madre Canguro (MMC), sobre todo en lo que respecta a la alimentación y la higiene. De igual forma, el poder hablarles a sus bebés prematuros mientras estos lloraban, darles afecto, besarlos y calmarlos a través de cantarles les permitió sentir un vínculo con sus bebés (Silva Cantanhede et al., 2020).

Otro estudio llevado a cabo en Suecia con 13 madres de bebés prematuros que estuvieron internados en la UCIN y aplicaban el MMC encontró que el contacto piel con piel con su recién nacido jugaba un papel importante en la ganancia de control y adaptación sobre la situación a la que las madres se enfrentaban; todas ellas reportaron apreciar ampliamente el hacerse cargo del cuidado del bebé al cambiarlo de pañal, alimentarlo, revisar su temperatura, etcétera. Igualmente, comentaron que sentían fortalecido el papel de madres cuando el equipo del hospital las apoyaba con los cuidados de sus bebés (Norén et al., 2018).

Esta percepción que tienen las madres sobre su capacidad para llevar a cabo el rol materno y responder a las necesidades de sus hijos es denominada autoeficacia materna (Navarro et al., 2011; Teti & Gelfand, 1991). La literatura sugiere que las personas con autoeficacia confían en sus habilidades para afrontar exitosamente las situaciones desafiantes y adquieren mayor claridad y estabilidad en sus metas (González Cabanach et al., 2012; Uchino et al., 1999). Por su parte, se ha encontrado que la autoeficacia materna tiene efectos significativos y negativos en el estrés de las madres de bebés prematuros ($p < 0.00$), donde el apoyo de la pareja tiene efectos positivos en dicha autoeficacia ($p = 0.05$) y efectos negativos en el estrés ($p = 0.00$) (Kestler-Peleg et al., 2020).

De esta manera, la autoeficacia está asociada a la resiliencia, descrita por Connor y Davidson (2010) como la capacidad de recuperación ante eventos

estresantes o desagradables de la vida; cuyos constructos son la fortaleza y confianza en sí mismo, la competencia social, el apoyo familiar, el apoyo social y la estructura (Palomar Lever y Gómez Valdez, 2010). Una persona resiliente se caracteriza por ser persistente y adaptarse de manera flexible a las situaciones que se le presentan, con la capacidad de tomar medidas adecuadas ante los obstáculos y tolerar las emociones negativas y los fracasos (Connor & Davidson, 2003).

Norén et al. (2018) argumentan en su estudio que, aunque las madres que practicaban el MMC durante la mayor parte del día comentaron sentirse cansadas por la limitación de su movilidad o la falta de comodidad al realizarlo, todas describieron actitudes positivas hacia el MMC y lo percibieron como acogedor y natural, haciéndolas sentirse seguras, menos angustiadas y más en control. A través de gradualmente hacerse cargo del cuidado del bebé durante la estancia en el hospital, las madres se llegaron a sentir mejor preparadas para ir a casa con su bebé.

Así mismo, se ha observado que cuatro años después del parto, las madres de bebés prematuros reportaron mayor crecimiento personal que las madres de bebés a término (Ben-Aria et al., 2019). Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en China, se encontraron correlaciones positivas entre la resiliencia y el afrontamiento activo, el afecto positivo y el apoyo social en mujeres con amenaza de parto prematuro (Nie et al., 2017).

Definición del problema

Debido a lo ya mencionado, se plantea que el tener un bebé prematuro es un momento difícil en la vida de las madres que puede generar en su puerperio la presencia de ansiedad, depresión y estrés (Grandi et al., 2008). Aunado a esto, la internación de un recién nacido prematuro en la UCIN enfrenta a los padres con factores estresantes como las características del ambiente de la misma, el aspecto y comportamiento del bebé, la obstrucción de la relación padres-bebé y de su papel como cuidadores y la comunicación que se tiene con el personal de la Unidad (Belmontes Zacarías et al., 2017; Sánchez-Veracruz et al., 2017).

Debido a ello, las madres de bebés prematuros suelen reportar una baja comprensión del diagnóstico de su hijo, obstrucción de su rol de madres, disminución de la autoestima, temor respecto al desarrollo de su bebé y sentimientos de culpa (Barraza Peña, 2020). Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la práctica del MMC brinda resultados positivos para las madres de los recién nacidos prematuros.

Respecto a ello se ha encontrado que su implementación disminuye la ansiedad materna (Gholami et al., 2021), mejora la salud mental, los síntomas físicos, el insomnio, la ansiedad y el funcionamiento social (Zahedpasha et al., 2018). De igual forma, el apego materno ha aumentado más en madres que lo han practicado que en aquellas que no lo han llevado a cabo (Kurt et al., 2020).

Los padres y madres de recién nacidos prematuros internados en la UCIN que implementaron el MMC lo encontraron beneficioso para sus hijos, mencionaron un “vínculo” o “conexión” con el recién nacido creada a partir del contacto piel con piel, sintieron que “ayudaban”, “apoyaban” o “hacían bien” a su hijo y hablaron de sentir “gratitud” y “utilidad”, así como de “sentirse bien consigo mismos” (González-Spínola Calvo, 2020). Por su parte, Barraza Peña et al. (2020) reportan que las madres perciben la implementación del MMC como gratificante y enriquecedora, siendo una experiencia que les aporta felicidad y esperanza.

Sin embargo, hasta donde se tiene conocimiento, en México se han llevado a cabo pocas investigaciones relacionadas a las implicaciones que tiene en el estado emocional y psicológico de las madres el tener un bebé prematuro y existe poca información sobre la práctica del MMC en nuestro país (Belmontes Zacarías et al., 2017; Díaz Santiago et al., 2020). Aunado a esto, aunque actualmente el MMC es aplicado en el país, su práctica no está generalizada (Gutiérrez-Padilla et al., 2017).

Se considera que realizar este estudio podría incrementar el conocimiento sobre la salud mental de las madres de bebés prematuros en México y los efectos que puede tener en ellas la implementación del MMC con la finalidad mejorar la atención que les es brindada.

Justificación de la Investigación

La OMS (2018) declara que la prematuridad es la causa principal de defunción en niños menores de 5 años, pero asegura que tres cuartas partes de estas defunciones pueden ser prevenidas a través de intervenciones actuales y de bajo costo; dentro de estas prácticas menciona la aplicación del MMC, que consiste principalmente en el contacto piel con piel entre la madre y su bebé por periodos prolongados. Se ha demostrado que el llevar a cabo esta técnica afecta positivamente al control de la temperatura del recién nacido, a la práctica de la lactancia materna, al desarrollo de vínculos por parte del bebé, al peso, a la edad gestacional y a la situación clínica del recién nacido (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

Aunque actualmente el MMC es aplicado en el país, su práctica no está generalizada; según un estudio realizado en el 2015, solamente el 36% (14 de 36) de las unidades de salud examinadas, permitía la práctica del MMC en México (Gutiérrez-Padilla et al., 2017).

Así mismo, el MMC suele recomendarse pensando en la salud de los bebés, pero puede a su vez ser de gran ayuda para sus madres. La propuesta de realizar un estudio exploratorio sobre los efectos que el MMC tiene en la salud mental y el bienestar de las madres de bebés prematuros en México permitiría fomentar aún más su práctica en caso de que dichos efectos sean favorables y, en caso de no serlos, dar pie a la investigación de otras alternativas de atención oportuna para ellas.

Debido a que el MMC es una práctica costo eficiente (OMS, 2018) y ha demostrado mejorar los síntomas de las madres de prematuros en diversos estudios (Norén et al., 2018; Silva Cantanhede et al., 2020), comprobar su efectividad en nuestro país podría ser benéfico para aquellas mujeres que no tienen acceso a atención psicológica durante el posparto o no saben qué medidas tomar al enfrentarse a una situación como la aquí planteada. La disminución del estrés y la ansiedad, la preparación para ejercer su rol materno y la consecuente capacidad para hacerle frente a la situación adversa por la que atraviesan traería consigo beneficios que podrían ir más allá del bienestar de la madre y su bebé.

Objetivos

El propósito de este estudio consiste en evaluar el impacto del Método Madre Canguro a través de algunas de las variables anteriormente mencionadas y que son de relevancia para la salud mental de las madres de bebés prematuros.

Objetivo General

Evaluar los efectos que tiene la implementación del Método Madre Canguro en los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia materna y resiliencia de madres de bebés prematuros.

Objetivos Específicos

1. Evaluar los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia materna y resiliencia en las madres de bebés prematuros antes y después de implementar el Método Madre Canguro.
2. Evaluar los cambios en los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia materna y resiliencia en las madres de bebés prematuros después de la implementación del Método Madre Canguro.
3. Evaluar las relaciones que existen entre estrés, ansiedad, autoeficacia materna y resiliencia en madres de bebés prematuros antes y después de implementar el Método Madre Canguro.

Hipótesis

1. Los niveles de estrés y ansiedad en las madres de los bebés prematuros disminuirán después de implementar el Método Madre Canguro.
2. Los niveles de autoeficacia materna y resiliencia en las madres de los bebés prematuros aumentarán después de implementar el Método Madre Canguro.
3. Se encontrarán relaciones positivas entre los niveles de estrés y ansiedad; relaciones positivas entre los niveles de autoeficacia materna y resiliencia; así como relaciones negativas entre los niveles de estrés y ansiedad con los niveles de autoeficacia materna y resiliencia de las

madres de bebés prematuros que implementaron el Método Madre Canguro.

Limitaciones y Delimitaciones

En estudios previos se han reportado dificultades para tener muestras grandes (Díaz Santiago et al., 2020; Kurt et al., 2020) y para que las madres participen debido al miedo a lastimar o infectar a sus bebés (Gholami et al., 2021). Entre las recomendaciones se mencionan incluir también a los padres y demás familiares, realizar mediciones a los recién nacidos (peso, talla, signos vitales); recolectar información previa al parto y hacer seguimiento a bebés y madres posterior al alta (Barraza Peña et al., 2020; Ben-Ari et al., 2019; Hagen et al., 2016; Torres et al., 2006). Igualmente, se sugiere obtener datos sobre características médicas y psicosociales de las muestras, así como considerar aspectos culturales (Ben-Ari et al., 2019; Kurt et al., 2020).

II. MARCO TEÓRICO

Prematuridad

Se considera prematuro a un bebé nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación; según la edad gestacional, los bebés prematuros se clasifican en prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas) (OMS, 2018).

El parto prematuro puede clasificarse en dos amplios subtipos, siendo estos parto prematuro espontáneo y parto prematuro iniciado por el proveedor. El primer caso se refiere al inicio espontáneo del trabajo de parto o al trabajo de parto que sigue a la ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto; el segundo, a la inducción del parto antes de las 37 semanas de gestación debido a factores maternos o fetales que pueden ser urgentes o discretos, o por otras razones no médicas (Goldenberg et al., 2012).

Cada año nacen alrededor de 15 millones de bebés prematuros, esta cifra va en aumento y cerca de un millón mueren por complicaciones en el parto. El uso deficiente de la tecnología en los países de ingresos medios provoca mayor riesgo de discapacidad en aquellos bebés prematuros que logran sobrevivir, aunque en el caso de los prematuros extremos, la mayoría no sobrevive. La prematuridad está relacionada con el desarrollo de discapacidades relacionadas al aprendizaje, problemas neurológicos, respiratorios, visuales, auditivos, cardiovasculares y gastrointestinales, así como del desarrollo en el largo plazo (Matos-Alvizo et al., 2020; OMS, 2018).

Los factores de riesgo de parto prematuro pueden ser muy variados e ir desde lo social y psicológico hasta alteraciones orgánicas muy específicas. Entre los factores más comunes podemos encontrar la edad de la madre, embarazos gemelares (o múltiples), preeclampsia, control natal insuficiente o nulo, antecedentes de parto prematuro, infección intrauterina, isquemia uterina, sobredistensión uterina, reconocimiento alógeno anormal, reacción alérgica, enfermedad del cérvix, desórdenes endócrinos, volúmenes anormales de líquido

amniótico, entre otros (Ahumada-Barrios & Alvarado, 2016; Bin Dahman, 2020; Osorno Covarrubias et al., 2008; Romero et al., 2006).

Se estima que, en el 2010 en América Latina, de los aproximadamente 10 millones 200 mil bebés nacidos vivos, alrededor de 853,000 nacieron prematuros, lo que representaría un 8.4% de dicha población (Blencowe et al., 2012). En 2017, el 58% de las muertes infantiles en América Latina y el Caribe (LAC) se dieron debido a problemas en el embarazo, el parto y la fase neonatal. La prematuridad fue la mayor causa de muerte, ocasionando el 32% de estas, seguida por malformaciones congénitas, con un 19% (Fundación de Waal, 2019).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en cooperación con el Banco Mundial establecen que, en LAC, la mayoría de los países mantienen un promedio regional de nacimientos prematuros del 9.5%. El único país con una tasa significativamente por encima de la media es Colombia con un 15%, a quien sigue Brasil, con un 11%. Los países con las tasas más bajas son Cuba y México, con un 6% y 7% respectivamente. En cuanto al bajo peso al nacer en LAC, se encontró que 10 de cada 100 recién nacidos lo tuvieron, sin embargo, existen diferencias muy significativas que van desde un 5% y 6% en Cuba y Chile, hasta un 23% y 16% en Haití y Guyana (OECD/The World Bank, 2020).

Se ha dado una disminución promedio de bajo peso al nacer de .4 puntos porcentuales en 26 países de LAC desde el 2000 hasta el 2015, siendo aquellos donde se produjo la mayor disminución (más de un punto porcentual) Surinam, Guatemala y Honduras. Sin embargo, hay países que han tenido un aumento, siendo estos Chile, Brasil, Venezuela y Costa Rica (OECD/The World Bank, 2020).

En México, la Secretaría de Salud reporta más de doscientos mil nacimientos prematuros al año (2017). En el 2012 se registraron 18,156 defunciones en recién nacidos en México, lo que representó una tasa de mortalidad neonatal del 8.23%. En el 2013 se encontró que el 71% de las muertes se debió a afecciones en el periodo perinatal, de las cuales prematuridad y bajo peso al nacer representaron el 13%; 24% ocurrió debido a malformaciones, y 4% a hallazgos no identificados y otras (Secretaría de Salud, 2015a).

En un estudio llevado a cabo de enero de 2000 a diciembre de 2004 en un Hospital de Gineco-Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontró que, de 25,355 recién nacidos vivos, 3,018 fueron prematuros (11.9%). En esta muestra se registró que los antecedentes socioeconómicos y demográficos maternos que mayor riesgo representaron para la prematuridad fueron el que la madre fuera analfabeta o profesionista, trabajara, no estuviera casada, fuera adolescente o tuviera más de 30 años (Osorno Covarrubias et al., 2008).

En cuanto a antecedentes de partos previos, se encontró mayor riesgo de prematuridad en mujeres nulíparas o con cinco partos o más, con antecedentes de 1 a 3 abortos, de muerte neonatal y/o de fetos con peso subnormal. También existió mayor prevalencia de prematuridad a menor cantidad de consultas prenatales y a mayor cantidad de fetos (embarazos múltiples) (Osorno Covarrubias et al., 2008).

Existió igualmente mayor riesgo de prematuridad con la presencia de morbilidad materna durante el embarazo, encontrándose asociaciones con padecimientos como isoimmunización, preeclampsia, diabetes, hipertensión, cervicovaginitis, infección de vías urinarias, VIH y otros. La amenaza de aborto también estuvo asociada con la prematuridad, siendo esta asociación mayor cuando la amenaza se presentó en el segundo trimestre que cuando lo hizo en el primero (Osorno Covarrubias et al., 2008).

Respecto a la asociación de antecedentes de evolución del parto con la prematuridad se destacaron el sufrimiento fetal crónico y agudizado, el mayor tiempo de rotura de membranas, oligohidramnios, polihidramnios, líquido amniótico icterico, así como la implantación anormal de la placenta, su desprendimiento y/o sangrado (Osorno Covarrubias et al., 2008).

La OMS (2018) establece que tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse si se les brindan cuidados sanitarios esenciales durante el parto y el periodo postnatal como el aplicar inyecciones de esteroides prenatales a las madres para fortalecer los pulmones del bebé, aplicar la técnica Madre Canguro y administrar antibióticos para las infecciones. Sin embargo, resalta la importancia de la atención antes, durante y entre embarazos.

Consecuencias Económicas, Laborales, Sociales-familiares y de Salud

Es posible que después de haber tenido un parto prematuro, las madres presenten complicaciones de salud que podían ya haber estado presentes durante el embarazo y que, en algunos casos, las madres se encuentren en riesgo y sean internadas en Unidades de Cuidados Intensivos también (Hagen et al., 2016; Scoccola, 2010). En algunos de estos casos se ha encontrado que los padres se preocupan más por su recuperación que por la de los prematuros (Hagen et al., 2016).

Una complicación más es agregada a la situación, ya que es el padre u otro familiar quien debe hacerse cargo de la situación tanto del bebé como de la madre; de esta forma, las dinámicas familiares preestablecidas se ven afectadas, lo que podría influir en la cuestión laboral, social e incluso en otros miembros de la misma familia (Scoccola, 2010).

Tal es el caso cuando el prematuro cuenta con hermanos o hermanas, ya que estos pueden verse perjudicados por el distanciamiento con el nuevo miembro de la familia, por la disminuida atención y cercanía con sus padres debido a la nueva tarea con la que estos cuentan o incluso al temer por la vida de su madre cuando esta se encuentra en un estado grave de salud. (Scoccola, 2010; Veronez et al., 2017).

Por otro lado, aunque por lo regular los padres comunican apreciar el contacto con los seres queridos en tan complicada situación, algunos pueden verse renuentes a recibir visitas en el hospital debido a que no están listos para mostrar a su bebé o temen que este contraiga alguna infección de fuera del hospital (Hagen et al., 2016). Con la pandemia de COVID-19 que se afrontó en los últimos años, los padres de bebés prematuros se vieron expuestos a nuevas dificultades, como lo fue la limitación para recibir apoyo físico respecto al bebé por parte de familiares y amigos y la limitación en su socialización con ellos por miedo al contagio; así, el apoyo pasó a ser recibido por otros medios, como por vía telefónica (Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021; Reichert et al., 2021).

Otro factor que suele ser causa de intranquilidad en los padres y madres de prematuros es la dificultad económica. En un estudio llevado a cabo con madres inmigrantes en Chile, se encontró que una de sus preocupaciones frente al tener un bebé prematuro eran las condiciones de vida en las que se encontraban, ya que consideraban que para poder llevar a su hijo a casa era necesario tener un buen espacio, pero muchas veces las carencias económicas lo impedían. Algunas de ellas no consideraban contar con apoyo económico ni con apoyo social para hacer frente a la situación de mantener y dar los cuidados apropiados a sus bebés prematuros. Sin embargo, la angustia por las cuestiones económicas puede ser observadas también en madres no inmigrantes, como adolescentes que aún no terminan sus estudios y no trabajan (Mira & Bastías, 2021; Reichert et al., 2021; Scoccola, 2010).

Finalmente, una vez que el bebé recibe el alta y es llevado a casa, las dinámicas familiares siguen viéndose modificadas. En los casos donde los bebés son dados de alta necesitando aún atención médica especializada es necesario adaptar el espacio y las rutinas para que esto pueda llevarse a cabo (Scoccola, 2010).

Consecuencias Psicológicas

Ante la llegada de un bebé prematuro, las emociones suelen ser contradictorias entre emoción, miedo, alegría, tristeza, esperanza y desesperación (Hagen et al., 2016; Pisfil Núñez & Solis Paredes, 2019). En casos donde los padres tienen experiencia previa con la prematuridad de un hijo, parece poder dominar el pensamiento catastrófico (Hagen et al., 2016).

Para los papás y mamás de bebés prematuros, unas de las experiencias más abrumadoras parecen ser el ver a sus bebés rodeados de tubos y dispositivos, el impacto que ocasiona el estado del bebé y no poder cumplir con su rol como padres, es decir, el sentirse incapaces de lidiar con la situación. Ambos padres reportan sentirse presionados para cumplir perfectamente con su papel y algunas madres se sienten incapaces de hacerlo debido a la cantidad masiva de demandas que

perciben (Barraza Peña et al., 2020; Hagen et al., 2016; Scoccola, 2010; Veronez et al., 2017).

Los padres mencionan tener la sensación de que algo siempre está pasando y de estar siempre ocupados. Reportan sentirse mal, estar estresados, asustados, preocupados, tristes y nostálgicos y que, aunado a esto, la sensación de no tener control sobre la situación ni saber qué ocurrirá en un futuro provoca ansiedad, inseguridad e incertidumbre. Algunos mencionan incluso sentir culpa por el parto prematuro, por los pensamientos negativos respecto al bebé o por no poder estar más tiempo con el pequeño (Barraza Peña et al., 2020; Hagen et al., 2016; Lupton & Fenwick, 2001; Muñoz Gonzales, 2021; Pisfil Núñez & Solis Paredes, 2019; Scoccola, 2010; Veronez et al., 2017).

Aunque los padres suelen tener necesidad de información, comúnmente el personal de salud es el encargado de los cuidados en un principio y, por lo tanto, la madre puede llegar a sentirse ajena a su rol, lo que le genera angustia y obstaculiza el vínculo madre-hijo; el tener que pasar la noche en otro lugar y lejos del bebé cuando este está solo ocasiona incertidumbre y preocupación (Lupton & Fenwick, 2001; Muñoz Gonzales, 2021; Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021; Scoccola, 2010; Veronez, et al., 2017).

Al mismo tiempo, la dificultad de comprensión de lo que está sucediendo puede ocasionar incertidumbre y frustración, así como desorientación respecto a cómo cuidar del recién nacido porque el contacto con este se ve sumamente limitado. Cuando es posible el contacto con el prematuro, algunas madres expresan que es estresante acompañar a sus hijos en la UCIN si los padres no pueden estar presentes (Hagen et al., 2016; Osorio Galeano & Salazar Maya, 2021; Scoccola, 2010; Veronez, et al., 2017;)

Por otro lado, las madres temen por el futuro de sus hijos debido a las consecuencias que pueda tener para ellos el haber nacido prematuros; temen que estos tengan alguna complicación, malformación o deficiencia, les “falte” algo, desarrollen alguna discapacidad o enfermedad (Muñoz Gonzales, 2021; Scoccola, 2010).

Las expectativas sobre el alta suelen venir acompañadas de sentimientos contradictorios, ya que, aunque a los padres le entusiasma poder llevarse a su hijo a casa, también les angustia la posibilidad de un empeoramiento en su salud (Lupton & Fenwick, 2001; Pisfil Núñez & Solis Paredes, 2019; Scoccola, 2010; Veronez et al., 2017).

Aunque ambos padres pueden llegar a sentir miedo de lastimar al bebé, a debatirse entre sensaciones de atracción y miedo, incluso disgusto, y llega a predominar una sensación de desamparo (Hagen et al., 2016); las madres mencionan sentir felicidad y un “amor inmenso” cuando les es posible tocar, sentir por primera vez y ponerse en el pecho a sus bebés, así como les alegra poder amamantarlos, bañarlos y cuidar de ellos (Pisfil Núñez & Solis Paredes, 2019; Scoccola, 2010; Veronez et al., 2017).

Así, se ha encontrado que al comparar las percepciones que tienen las madres respecto al cuidado tradicional en incubadora y el llevar a cabo el MMC, este último propicia más emociones positivas como felicidad, esperanza y empoderamiento (Barraza Peña et al., 2020; Basurto García-Estañ, 2021).

Las madres de bebés prematuros que mantienen contacto piel a piel con estos manifiestan que la práctica les permite pasar más tiempo con ellos mientras están hospitalizados, ver su evolución y ver cómo se encuentran; así mismo, expresan que les hace sentirse emocionadas y felices, aunque también se sienten tristes por el estado del bebé y con temor porque les pase algo o puedan lastimarlo mientras lo cargan (Aguilar Bacilio & Lavado Cruz, 2021).

Igualmente, se ha encontrado que las madres notan cambios después de comenzar a mantener contacto piel con piel con su bebé, ya que en un principio existe mucho nerviosismo, miedo e inseguridad, pero con el tiempo sienten que conocen más a sus recién nacidos, están más tranquilas y seguras sobre lo que deben hacer (Aguilar Bacilio & Lavado Cruz, 2021).

Las madres que llevan a cabo el MMC comentan sentir que les ayuda a cumplir con su tarea de madres, capacitándolas para cuidar de su bebé y brindándoles un momento de bienestar, placer, emoción y satisfacción al estar en contacto con este. Sin embargo, también encontraron aspectos negativos como que

después de estar con el recién nacido tienen que devolverlo, tener que pedir permiso para sostenerlo, miedo a lastimarlo por su fragilidad y dificultad para sentirse madres (Testoni & Aires, 2018).

Cuando el MMC es practicado en instalaciones específicas para ello y la madre pasa a “vivir” en el hospital por cierto periodo de tiempo, su calidad de vida se ve más afectada, ya que está aislada de su familia, se ve restringida en sus movimientos y actividades de cuidado personal, puede llegar a aburrirse y cansarse de mantener una sola la posición y su sueño se ve afectado por tener que llevar a cabo el MMC incluso durante las noches (Nyondo-Mipando et al., 2021).

Aunque los padres mencionan que el MMC puede llegar a asustarles o darles vergüenza por tener que descubrirse el pecho para llevarlo a cabo, estos expresan que les brinda un mejor apego con el bebé comparado con la forma usual de estar cerca del recién nacido, ya que les hace sentir que es suyo (Hagen et al., 2016; Scoccola, 2010). De esta manera, el MMC ha sido considerado como una oportunidad para involucrar más al padre en el cuidado del prematuro, lo que provoca tranquilidad a las madres al momento del alta (Barraza Peña, et al., 2020).

Método Madre Canguro

La creación del MMC se remonta a 1979 en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, donde los doctores Edgar Rey Sanabria y Héctor Martínez implementaron el contacto piel con piel entre recién nacidos prematuros y sus madres con los objetivos de mejorar la atención brindada, reducir costos de atención perinatal, mejorar el vínculo afectivo entre madre e hijo, darle estabilidad térmica al prematuro y ayudar en su desarrollo (Ministério da Saúde, 2013).

Dado que fue una creación revolucionaria, pronto se hizo de simpatizantes y opositores. Quienes estaban a favor de la práctica alegaban que era oportuna para contrarrestar el tecnicismo y poner en su lugar lo humano y la familia, así como para ahorrar y brindar atención a bajo costo. Sin embargo, una exaltación exagerada de sus beneficios ponía de lado las necesidades biológicas esenciales ocasionadas por la inmadurez del recién nacido; por otro lado, su devaluación ignoraba la

importancia del vínculo psicoafectivo entre madre e hijo, resultando ambas posturas extremistas en riesgos para este sector infantil (Ministério da Saúde, 2013).

El nombre del método surgió de cómo los canguros recién nacidos ascienden a las bolsas marsupiales de sus madres y, con el vientre contra las superficies ventrales de estas, se prenden a un pezón para ser alimentados exclusivamente por la leche materna durante meses hasta que son lo suficientemente maduros como para salir de ellas (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019).

En un principio, los tres elementos clave del MMC fueron la madre, amor y calidez, que proporcionaban incentivos y cuidado para ayudar a que los bebés prematuros crezcan; posteriormente se agregaron la lactancia materna exclusiva y el alta temprana del hospital. Fue hasta 1983 que Rey y Martínez presentaron el MMC en una conferencia en Bogotá; en ella, reportaron que la mortalidad prematura se redujo un 70% en el primer año de implementación del Método, y el abandono de bebés prematuros por parte de sus madres y familias también había disminuido (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019).

En la revisión de literatura realizada por Chan et al. (2016) sobre la definición del Método Madre Canguro, se encontró que esta varía de un estudio a otro; de los 300 estudios analizados, solo 211 (70%) brindaban una definición del MMC, pero todos incluyeron el contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido como componente. De los 211 con definición, 148 (50%) incluían solamente contacto piel con piel; 49 (16%), contacto piel con piel y lactancia materna exclusiva o casi exclusiva; 36 (12%), contacto piel con piel y seguimiento después del alta de la unidad de salud; y 22 (7%), incluían alta temprana del establecimiento de salud.

En el 2004, la OMS lanzó una guía práctica para llevar a cabo el MMC, lo que ayudó a unificar la definición y el ejercicio de este, así, el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS (2004) define al Método Madre Canguro como eficaz y fácil de aplicar para fomentar la salud y el bienestar de los bebés prematuros y a término. Sus principales características son el contacto piel con piel continuo por largos periodos de tiempo entre la madre y su bebé y la lactancia materna exclusiva (de ser posible), que puede llevarse a cabo en el hospital y en el hogar y que ayuda a que los bebés sean dados de alta en plazos

breves. Es un método que equivale, al menos, a la atención convencional en incubadora respecto a la seguridad y protección térmica del recién nacido y que ofrece ventajas en los casos de morbilidad grave por facilitar la lactancia materna.

La duración diaria de aplicación del MMC puede fluctuar entre los 30 minutos hasta prácticamente las 24 horas del día y suele aplicarse durante unos pocos días o hasta semanas. Entre más tiempo se mantiene el contacto piel con piel con el recién nacido mayor es la posible asociación directa entre este y los beneficios (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

Posición Canguro

La Posición Canguro consiste en colocar al bebé verticalmente entre los pechos de madre de tal forma que el pecho del bebé quede en contacto con el de su madre. La cabeza debe estar vuelta hacia un lado y ligeramente extendida, debe evitarse la flexión hacia adelante como la hiperextensión de la cabeza. Las caderas están flexionadas y las piernas extendidas, de manera que recuerden a la postura de una rana, con los brazos flexionados. Debe anudarse al bebé con una faja de manera que este no se salga si la madre tiene que moverse sin obstruir la nariz ni permitir que el abdomen del prematuro se constriña (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

Alimentación del Bebé Prematuro

La alimentación de los bebés prematuros suele ser un reto. Los primeros días suelen ser alimentados vía intravenosa debido a que no son capaces de alimentarse vía oral. Las tomas orales deben iniciar en cuanto el estado del bebé lo posibilite y este pueda tolerarlas; por lo regular esto se logra al mismo tiempo que es posible poner al bebé en posición canguro, contribuyendo con esto a la producción de leche por parte de la madre (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

Cuando la edad gestacional del bebé es menor a 30 o 32 semanas es común que requiera de sonda nasogástrica para alimentarse, sin embargo, puede brindársele leche materna a través de esta y, mientras esto ocurre, permitir que chupe el dedo de la madre. Una vez que el bebé alcanza las 30 o 32 semanas se puede comenzar a alimentarlo con una taza pequeña (se retira de la posición

canguro para ello y se vuelve a colocar en ella al terminar) o extrayendo leche para introducirla directamente en su boca, intercalando con la alimentación a través de la sonda, pero reduciendo esta gradualmente (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

Cuando el bebé ha alcanzado o superado las 32 semanas, se puede comenzar a amamantarlo. En un principio puede limitarse a buscar y lamer el pezón o a mamar un poco, entonces será necesario seguirlo alimentando a través de la sonda o la taza. Es posible que cuando el bebé comience a succionar el pecho correctamente este se interrumpa durante las tomas, pero será importante no retirar el pecho (este proceso podría durar hasta 1 hora). La complementación de la alimentación con los medios anteriormente descritos deberá continuar hasta que el bebé pueda procurarse todo el alimento que necesita directamente del pecho (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

Debemos a asegurarnos de que el bebé está en la posición correcta para succionar el pecho y de que está bien sujeto, ya que esto permitirá una succión más eficaz desde una fase más temprana. Se elige un momento en el que el bebé esté alerta y despierto. La madre debe estar sentada cómodamente y debe haber contacto piel a piel con su bebé. La primera toma puede realizarse con el bebé vestido y fuera de la bolsa para ilustrar la técnica apropiada, sin embargo, posteriormente debe volver a la posición piel con piel (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

La posición correcta para sostener al bebé consiste en mantener su cabeza y cuerpo derechos; colocar su rostro frente al pecho materno y la nariz opuesta al pezón; el cuerpo se mantiene siempre pegado a la madre; se sostiene todo el cuerpo del lactante, no solo la parte superior (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

Una vez que el bebé está en esta posición, la madre debe manipular el pecho de manera que este toque los labios del bebé; esperar a que el bebé abra su boca y colocarlo rápidamente sobre el pecho, colocando su labio inferior un poco debajo del pezón. Para asegurarnos de que la sujeción al pecho es correcta la barbilla del bebé debe estar tocando el pecho; su boca debe estar bien abierta; el labio inferior

debe estar evertido (hacia afuera y hacia abajo); la areola debe observarse sobre la boca del bebé; y cada succión realizada debe ser lenta y profunda, con ocasionales pausas (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2004).

Estrés

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11° revisión (CIE-11) cuenta con el código QE84 para la Reacción aguda al estrés, la cual se describe como la aparición temporal de síntomas emocionales, somáticos, cognitivos o del comportamiento que surgen a partir de haber estado expuesto a una situación o evento excesivamente amenazante; esta exposición puede ser breve o duradera. Los síntomas que suelen presentarse son ansiedad, confusión, desesperación, confusión, aturdimiento, tristeza, aislamiento social, inactividad, enojo, estupor o hiperactividad. Dicha respuesta aguda se considera normal dado el factor estresante y se espera su atenuación después de algunos días de la desaparición de este último (OMS, 2022).

Por su parte, el código 6B40 define que el Trastorno de estrés postraumático puede desarrollarse tras haber estado expuesto a una situación o evento excesivamente amenazante, pero que se caracteriza por la presencia de flashbacks, recuerdos intrusivos o pesadillas que se acompañan de emociones intensas y agobiantes como horror y miedo, además de sensaciones corporales. La persona evita cualquier pensamiento, recuerdo, actividad, situación y personas que puedan evocar el evento traumático y tiene la percepción de una amenaza presente acentuada. Esta sintomatología persiste algunas semanas como mínimo y causa un deterioro importante en el funcionamiento general de la persona (OMS, 2022).

En México, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), brinda una definición general de lo que es estrés planteando que este es una respuesta psicológica o física brindada por el organismo ante un estresor, cuya naturaleza puede ser psicosocial, biológica, ambiental o química. Así mismo, sugiere que el estrés puede ser positivo cuando se afronta de manera creativa y la persona obtiene alguna recompensa después de experimentarlo; por el contrario, el estrés negativo resulta perjudicial para el individuo y ocasiona

desequilibrio orgánico y mental; entre sus consecuencias están la disminución de productividad, padecimientos de salud mental y física, y aceleración del envejecimiento (2020).

De acuerdo con Sandín (1999), el estrés puede actuar como un proceso, una variable dependiente o una variable independiente. En el primer caso, se estaría hablando de una transacción entre el sujeto y su medio; en el segundo, de una respuesta del individuo al ambiente; y, en el tercero, se trataría del estrés como un fenómeno del entorno externo, en el cual actuaría como detonante de algún suceso. Así mismo, el estrés ocasionado por sucesos vitales sería conceptualizado como estrés psicosocial y, aquél referente a la perturbación de la homeostasis, como estrés fisiológico (Lazarus, 2000; Sandín, 1999).

Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés psicológico como el resultado de la interacción entre el sujeto y lo que lo rodea cuando este es percibido por el sujeto como una amenaza que no es posible afrontar desde los recursos que posee y que, por lo tanto, amenaza su bienestar.

Con la anterior definición de estrés, Lazarus y Folkman nos proporcionan la Teoría transaccional del estrés (TTE), la cual plantea que para que el estrés se haga presente deben converger circunstancias internas y externas al individuo que le brindarán, así mismo, características individuales al padecimiento del mismo. De esta forma, podemos entender que la razón por la cual un estímulo puede ser evaluado de manera distinta dependiendo del individuo que lo haga, es dependiente de su historia y características personales, lo que a su vez le ofrecerá formas personales de afrontamiento (Taboada, 1998).

Se considera que la definición del estrés transaccional es la más adecuada debido a que toma en cuenta las características personales del individuo y el ambiente en que se desenvuelve, así como la importancia relativa de ambas; así, la palabra transaccional hace referencia a la importancia adjudicada por el individuo a cada suceso evaluado (Sandín, 1995).

Teoría Transaccional del Estrés

Este modelo resalta el papel activo del sujeto ante el estrés, ya que aquél es responsable de la evaluación y la manera de afrontar la situación estresante. Estos

procesos interdependientes (la evaluación y afrontamiento) conforman al estrés y regulan la frecuencia, intensidad, duración y las respuestas psicológicas y somáticas posibles. Para Lazarus, es imprescindible que lo que ocurre represente un impedimento para el logro de una meta importante o que signifique la violación de altas expectativas para que resulte en estrés; el grado de estrés será proporcional a la fuerza del compromiso con dicha meta o las consecuencias que no cumplirlo traería consigo (Sandín, 1995).

Un concepto fundamental en la TTE es la evaluación cognitiva o appraisal; este elemento se refiere al proceso universal en el cual se valora lo que pasa en relación con el bienestar personal, de manera que funge como un mediador cognitivo. Esta evaluación cognitiva puede desembocar en tres tipos de estrés psicológico: daño/pérdida, amenaza y desafío (Sandín, 1995).

Sandín (1999) propone que la descripción del estrés como un proceso ayuda a homogeneizar su definición y determina como relevantes la evaluación cognitiva, las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento y los factores modulares personales y sociales.

Teoría Transaccional del Estrés y Síntomas Psicósomáticos

Por su parte, González Ramírez y Landero Hernández (2006) proponen una modificación a este modelo al considerar también los síntomas somáticos, definiendo estos como dolencias físicas sobre las cuales no puede realizarse un diagnóstico médico ya que se asocia su origen a factores psicológicos. Retoman lo propuesto por Lipowski y consideran que uno de los factores psicológicos más relevantemente involucrados es el estrés, por lo que un síntoma psicósomático puede surgir como una manifestación de este.

Para estos autores, la persona está expuesta a estresores de diversos tipos (crónicos, recientes y diarios) que pueden ser percibidos como tales dependiendo de la propia valoración de sus recursos (autoestima y *autoeficacia*); del apoyo que recibe; de si la situación se evalúa como daño/pérdida, desafío o amenazante; y de cuestiones sociodemográficas como el sexo, el estatus socioeconómico y marital, el rol laboral, entre otros (González Ramírez & Landero Hernández, 2006).

Ya que el sujeto ha percibido estrés en algún nivel, las respuestas que pueden manifestarse incluyen las emocionales, como depresión o *ansiedad*; las conductuales (afrontamiento); y las fisiológicas, es decir, los síntomas psicósomáticos. Por último, este modelo considera las relaciones directas entre la autoestima, el apoyo social y los síntomas con el estrés, así como de los síntomas con la depresión y la ansiedad (González Ramírez & Landero Hernández, 2006).

En el caso del estrés que manifiestan las madres de bebés prematuros que se encuentran internados en la UCIN, podríamos decir que se trata de un estrés detonado por un suceso vital, ya que el nacimiento prematuro de un hijo representaría un cambio en el entorno de manera no planificada que resulta perjudicial de manera física o psicológica (Peñacoba y Moreno, 1999, como se citó en González Ramírez y Landero Hernández, 2006).

Estrés y Madres de Bebés Prematuros

En un estudio llevado a cabo con 12 unidades de neonatología pertenecientes a la Red Neocosur de Argentina, Chile, Paraguay y Perú, se encontró que el aspecto más estresante para los padres de recién nacidos con muy bajo peso fue la alteración del rol parental, el cual incluye el ser separado del bebé, no poder alimentarlo y no ser capaces de proteger al bebé del dolor y de procedimientos dolorosos (Wormald et al., 2015).

Por otro lado, se pudo observar que las madres suelen presentar niveles de estrés más altos que los padres y un riesgo tres veces mayor de tener niveles altos de estrés en la UCIN. Así mismo, los padres desempleados y las amas de casa, el tener un menor nivel educativo (menos de 8 años de estudios), no haber tenido atención prenatal, no haber podido sostener al bebé aún, que el bebé requiriera de algún apoyo para respirar y estar en un hospital público, estuvieron asociados con mayores niveles de estrés parental (Wormald et al., 2015).

Por su parte, Ong et al. (2019) encontraron resultados parecidos en una muestra de 180 madres malayas, donde la alteración del rol maternal fue el generador principal de estrés, y el ser separada del bebé y no poder alimentarlo presentaron las medias más altas de toda la prueba ($M = 3.66$, $DE = 1.29$; $M = 3.66$,

$DE = 1.31$); a estos elementos, les siguió el comportamiento y la apariencia del bebé ($M = 3.02$, $DE = 1.04$) y aspecto visual y sonidos ($M = 2.72$, $DE = 1.00$).

Así mismo, Diaz Santiago et al. (2020) llevaron a cabo un estudio con 73 padres y madres que tenían a su recién nacido internado en la UCIN para determinar si existía en ellos una relación entre la incertidumbre y el estrés que estaban experimentando; aunque los autores no encontraron una relación entre estas dos variables, sí se encontró que el aspecto que más estresa a los padres es el aspecto y comportamiento de su bebé, es decir, el impacto que tiene en ellos la presencia de tubos, aparatos y el estado delicado de su bebé.

Una investigación realizada con 30 madres lactantes 14 días después del parto se observó una clara tendencia de mayor percepción del estrés y menor control de este conforme más prematuro había sido el parto, aunque estas diferencias en las puntuaciones no fueron significativas (Botella López, 2020). Y en otro análisis llevado a cabo con 86 madres de bebés prematuros se encontró que el 14 % de las madres presentó un nivel de estrés bajo, el 77.9% tuvo un nivel de estrés medio y el 8.1% presentó un nivel de estrés alto (Siccha Zavaleta, 2019).

En cuanto a estrés postraumático crónico (EPTC) en madres de prematuros, en un estudio llevado a cabo con 146 madres se encontró que el 44% lo padecía incluso hasta 5 años después del nacimiento del niño. De este porcentaje, el 46.8% tuvo prematuros nacidos antes de o a las 28 semanas de gestación; en cuanto a las madres sin EPTC, solo en el 31.7% de los casos fue así. Así mismo, los prematuros con peso menor a 1000 gramos fueron más frecuentes en madres con EPTC que en madres sin este (Rodríguez et al., 2020).

Los síntomas que más se presentaron en las madres con EPTC fueron imágenes y evocaciones dolorosas del suceso (59%), nerviosismo elevado (51%) e irritabilidad con episodios de ira (48%); las mamás con EPTC presentaron una escolaridad menor (Rodríguez et al., 2020).

Ansiedad

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11° revisión (CIE-11), hace una diferenciación entre los trastornos de ansiedad y los que se relacionan

con el miedo, mencionando que estos últimos surgen de la reacción a una amenaza que se percibe en el presente, mientras que los de ansiedad están más dirigidos hacia amenazas anticipadas, es decir, con orientación hacia el futuro (OMS, 2022). Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) brinda una definición muy similar al considerarla como una “respuesta anticipatoria a una amenaza futura” que esta comúnmente relacionada a tensión en los músculos, constante preocupación por peligros futuros y comportamientos de cautela y evitación.

La ansiedad puede ser definida como un trastorno neurológico y subjetivo que surge ante la presencia continua de estrés o como respuesta defensiva que provoca temor constante. Puede considerarse una patología cuando modifica la vida diaria de la persona impidiéndole lidiar con situaciones cotidianas debido a la sensación persistente de amenaza que trae consigo. Sus manifestaciones pueden ser físicas y mentales (Torres Camacho & Chávez Mamani, 2013).

De la misma manera, la Secretaría de Salud (2015b) plantea que la ansiedad se caracteriza por somatización y cambios psíquicos que, al presentarse en exceso y por lapsos prolongados, puede convertirse en una patología. Es un padecimiento que provoca cambios en la percepción de uno mismo y del entorno, ocasionando disfuncionalidad.

Entre las manifestaciones somáticas se enlistan temblores, sudoración, padecimientos digestivos, mareos, palpitaciones, taquicardia y mayor frecuencia y urgencia urinaria. Dentro de los síntomas cognitivos, conductuales y afectivos, podemos encontrar miedos irracionales, pensamientos de muerte inminente, temor a perder la razón y el control, inquietud, nerviosismo y deseos de huir (Secretaría de Salud, 2015b).

Clark y Beck (2012) explican que la ansiedad se trata de un sistema de respuestas fisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales que surgen ante la percepción de alguna amenaza o peligro proveniente de algún suceso imprevisible o sobre el que no se tiene ningún control, y que pone en riesgo al individuo.

Modelo Cognitivo de la Ansiedad

Así, para Clark y Beck (2012) la sensación de vulnerabilidad tiene una gran influencia en la ansiedad, ya que su presencia puede ocasionar que se valoren de

forma sesgada y exagerada señales que podrían ser inofensivas. A esta valoración inicial le llaman valoración primaria de la amenaza, y es en esta en la que el individuo deduce un enorme daño desde una perspectiva equivocada.

Inmediatamente después y como resultado de esta valoración inicial, ocurre lo que los autores definen como revaloración elaborativa secundaria, la cual, al ser llevada a cabo por un individuo ansioso, trae consigo la imposibilidad de percibir señales seguras en la situación considerada como amenazante, así como la subestimación de los recursos con los que se cuenta para hacer frente a la misma.

La intensidad del estado de ansiedad la determinarán estas dos valoraciones; una valoración de la situación como altamente amenazante aunada a una percepción de poca capacidad de afrontamiento generará estados elevados de ansiedad y, por el contrario, si una situación es considerada como poco amenazante y además se valoran los propios recursos como adecuados para su afrontamiento, el nivel de ansiedad será bajo. Si ambos aspectos se valoran equilibradamente la ansiedad será moderada (Clark & Beck, 2012).

De esta forma, los autores basan el Modelo Cognitivo de la Ansiedad en cómo se procesa la información, es decir, si el aparato cognitivo funciona de manera excesiva o deficitaria este podría ocasionar una perturbación emocional, en este caso, ansiedad.

Dos procesos que el Modelo Cognitivo reconoce como implicados en la ansiedad son los automáticos y estratégicos; el primero al realizar una evaluación veloz de la amenaza detectada, y el segundo cuando se lleva a cabo la valoración secundaria, donde se hace referencia a los recursos de afrontamiento y la reevaluación de la amenaza (Clark & Beck, 2012).

El Modelo Cognitivo de la Ansiedad cuenta con ocho principios básicos:

- Valoración exagerada de la amenaza. Como se ha mencionado anteriormente, hay una excesiva atención hacia el peligro detectado y este se interpreta como capaz de ocasionar un impacto extremadamente negativo en el sujeto.
- Mayor indefensión. Hace referencia a la poca capacidad que el individuo considera tiene para hacer frente a la amenaza presente.

- Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad. Es difícil para la persona detectar las señales de seguridad en la situación, así como aquellas cuestiones que indican baja probabilidad de riesgo.
- Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo. Ante la ansiedad, el razonamiento constructivo, elaborativo y lógico se vuelve de difícil acceso.
- Procesamiento automático y estratégico. Estos son procesos involucrados en la ansiedad que le dan su carácter involuntario e incontrolable.
- Procesos auto-perpetuantes. El incremento de la atención en el propio estado de ansiedad genera la intensificación del mismo.
- Primacía cognitiva. La valoración de la amenaza y los propios recursos puede generalizarse y ocasionar respuestas ansiosas ante estímulos muy variados, presentando respuestas conductuales y fisiológicas inapropiadas para el manejo de la situación.
- Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad. Existencia de creencias nucleares mantenidas respecto a ser vulnerable o indefenso, así como de una amenaza prominente.

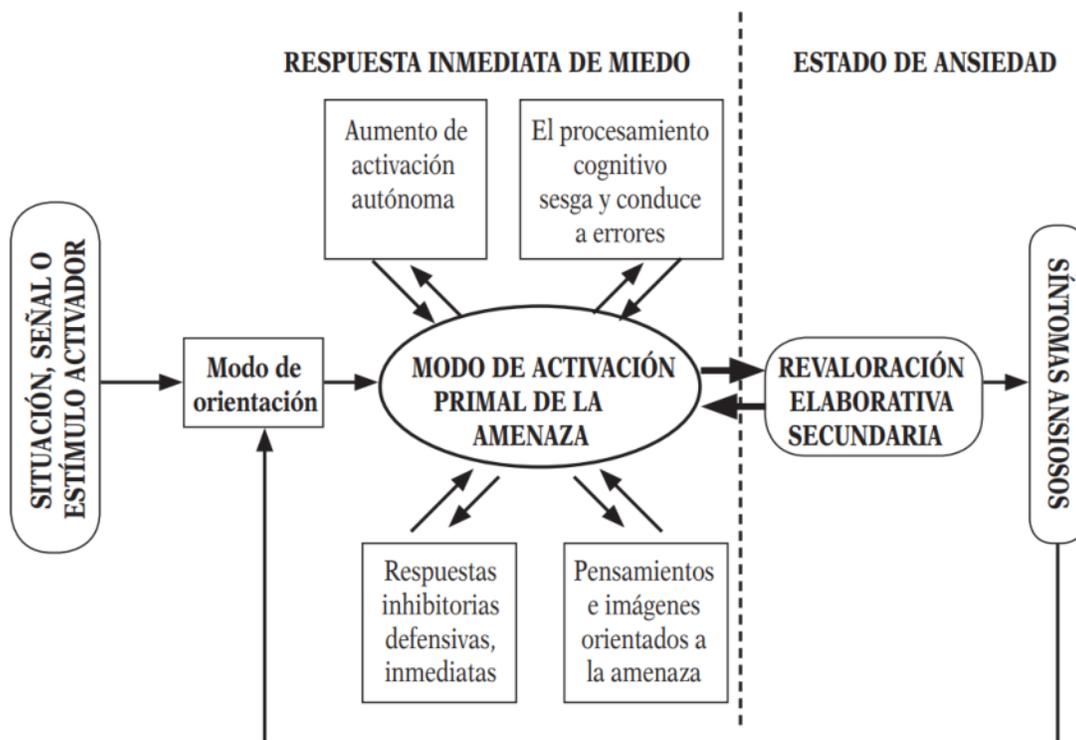


Figura 1. Modelo Cognitivo de la Ansiedad. (Clark & Beck, 2012).

Clark y Beck (2012) describen su modelo desde una perspectiva diátesis – estrés, haciendo referencia al estrés como la situación activadora de la valoración de amenaza, la diátesis. Dependiendo del trastorno, variarán los estímulos desencadenantes de la ansiedad, pero para que este sea percibido como una amenaza deberá considerarse un riesgo para los intereses vitales del sujeto.

Los intereses vitales del sujeto pueden dividirse en sociales o individuales; los primeros tienen que ver con aquellos implicados en establecer y mantener relaciones satisfactorias, próximas y autoafirmantes. Mientras que los intereses individuales brindan una sensación de identidad, independencia y dominio personal. Cada uno de estos objetivos puede expresarse en lo público y en lo privado (Clark & Beck, 2012).

Otro de los conceptos utilizados por estos autores es el modo de orientación, el cual se refiere a la rápida percepción inicial que se elabora de un suceso o estímulo, de manera que es el encargado de, automáticamente, dar un valor negativo a estos. Funciona de manera preconsciente, por lo que en un trastorno de ansiedad está dirigido a detectar material emocional dañino.

Una vez interpretado un estímulo como amenazante, se activará el modo primal de amenaza, cuyo objetivo es mantener al individuo seguro y disminuir el peligro; se trata de un sistema automático que brinda una respuesta rápida y, por tanto, bloquea la posibilidad de pensamiento elaborativo y reflexivo, ocasionando que la persona ansiosa sea incapaz de pensar en algo más. El modo primal de amenaza funciona desde los esquemas cognitivo-conceptual, conductual, fisiológico, motivacional y afectivo (Clark & Beck, 2012).

Siguiendo con este proceso, los autores plantean que, como consecuencia de la activación primal de amenaza, ocurre una mayor activación autónoma, surgen respuestas defensivas y de inhibición inmediatas, ocurren los sesgos y errores cognitivos y se dan automáticamente las imágenes y pensamientos orientados a la amenaza.

La mayor activación autónoma se refiere a la activación fisiológica alterada que surge de valorar la amenaza, y puede ser interpretado como una confirmación

del peligro que esta representa. Las respuestas defensivas o inhibitorias surgen como intentos del individuo de protegerse, principalmente a través de la huida, la paralización, entre otras; este modo de respuesta suele ocasionar que el individuo no encuentre una forma adecuada de enfrentarse a las situaciones que le provocan la ansiedad porque con ellas simplemente evita hacerles frente (Clark & Beck, 2012).

Clark y Beck (2012) sugieren que los errores cognitivos serían los responsables de que el individuo solo sea capaz de centrar su atención en los aspectos peligrosos de la situación, dificultándose la percepción de las características de seguridad, es decir, aquellos atributos que le dan herramientas para hacer frente a la situación. Por último, los pensamientos e imágenes automáticos sobre la amenaza suelen ser representaciones sesgadas de la realidad que se presentan solo en momentos muy específicos y de manera transitoria, ocurren sin que la persona los controle, son plausibles y concuerdan con el estado en el que el individuo se encuentra.

Por último, la revaloración elaborativa secundaria sería un proceso que busca compensar la respuesta inicial brindada; es un proceso más lento, consciente y controlado que puede desembocar en el fortalecimiento o debilitamiento de la ansiedad. En él se lleva a cabo una evaluación de los recursos de afrontamiento, se buscan señales de seguridad, puede darse un pensamiento constructivo de búsqueda de aumento de recursos de afrontamiento, se da la preocupación (que puede ser constructiva o intensificar el estado de ansiedad) y se revalora la amenaza. Dependiendo de la respuesta en cada uno de estos aspectos, la persona puede tener la oportunidad de disminuir o aumentar la ansiedad resultante de la primera valoración (Clark & Beck, 2012).

En general, una persona con ansiedad anormal es más propensa a centrarse en los estímulos negativos y se le dificulta ubicar los aspectos de seguridad presentes, tiende a valorar como excesivamente amenazante una situación, a considerarse poco capaz de hacerle frente y le es difícil salir del ciclo de percepción negativa que desencadena la ansiedad, es decir, se le dificulta acceder a un modo de pensamiento constructivo.

La Ansiedad en la Teoría Transaccional del Estrés y Síntomas Psicossomáticos

Como se explicó anteriormente, González Ramírez y Landero Hernández (2006) propusieron un modelo sobre el estrés y los síntomas psicossomáticos dentro del cual se incluyen variables como la autoestima, la autoeficacia, la depresión, la ansiedad, el afrontamiento y otras.

Para estos autores, el sujeto manifestará diversas respuestas una vez que haya percibido estrés; una de estas respuestas será emocional, dentro de la cual pueden presentarse síntomas de depresión y ansiedad. Así, retoman la definición brindada por Lazarus en el 2000 y establecen que la ansiedad es una emoción relacionada al estrés que surge como un estado difuminado pero constante y anticipador que es incómodo, más probable de aparecer y ser intenso en aquellas personas que confían poco en sus capacidades para enfrentarse al mundo de manera efectiva (autoeficacia) (González Ramírez & Landero Hernández, 2006).

Por último, mencionan que la ansiedad también está directamente relacionada con la presencia de síntomas psicossomáticos, por lo que estos autores toman en cuenta las relaciones directas que pueden existir entre estas dos variables (González Ramírez & Landero Hernández, 2006).

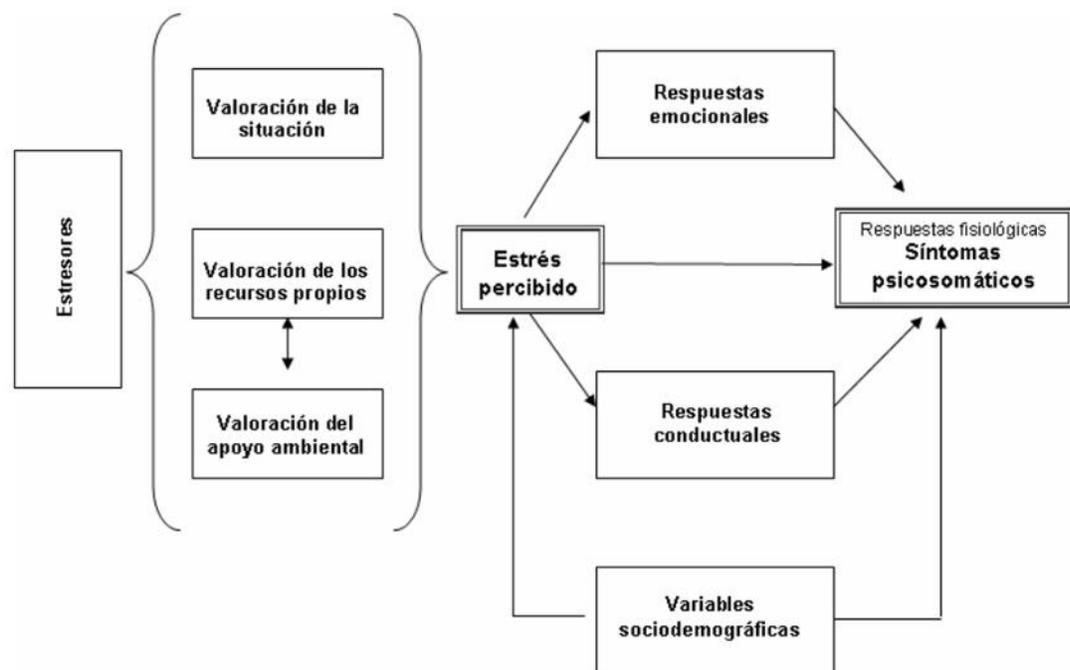


Figura 2. Teoría Transaccional del Estrés y Síntomas Psicossomáticos. (González Ramírez & Landero Hernández, 2006).

Ansiedad y Madres de Bebés Prematuros

Se ha encontrado que las madres de bebés prematuros presentan diversos niveles y tipos de ansiedad. En una muestra de 56 madres de bebés prematuros hospitalizadas, se pudo observar que el 57% presentaba un leve nivel de ansiedad somática, mientras que el 50% tuvo ansiedad psíquica moderada. Entre los factores que se encontró tenían alguna influencia sobre este estado, pudo detectarse que el 53.6% consideraba como más determinante el tener hijos en casa a las cuales no podían brindar atención por estar hospitalizadas (Manjarrez Heredia, 2015).

En otro estudio llevado a cabo con 180 madres de Malasia que tuvieron bebés prematuros admitidos en la UCIN entre las 27 y 34 semanas de gestación, se encontró que el 85% de las madres tuvieron altos niveles de ansiedad, mientras que el 67.8% tuvo altos niveles de rasgos de ansiedad, es decir, que tenían personalidades ansiosas. Así mismo, se encontró una relación significativa entre ambos tipos de ansiedad y el estrés materno, donde la mayor correlación se encontró entre el estado de ansiedad y la puntuación total de estrés ($r = .445, p < .001$) (Ong et al., 2019).

En madres de bebés prematuros sometidos a ventilación mecánica se ha encontrado que, de una muestra de 60 mujeres, 46.7% presentaron ansiedad moderada, 33.3% presentaron ansiedad severa y, solamente 20%, ansiedad leve (Lezma Andía, 2013).

Por su parte, Zamalloa Montoya (2016) examinó a 30 madres atendidas en un hospital regional de Perú, de entre las cuales el 13.3% tenía un nivel de ansiedad "normal", el 63.3% presentó síntomas de ansiedad mínimos a moderados y el 23.3% se encontró con síntomas marcados o severos. De manera muy similar, Torrecilla et al. (2023) encontraron en una muestra de 55 madres de prematuros internados en la UCIN que, durante los primeros diez días de internación, el 65.5% de las madres presentaron niveles medios de ansiedad y, el 34.5%, niveles bajos.

Sin embargo, en una segunda medición llevada a cabo después de que las madres pudieron ver o sostener a su bebé prematuro, estos resultados sufrieron una modificación: el 60% de las madres tuvo ansiedad media y, el 40%, baja. Así

mismo, se observó que el poder alimentar al bebé con leche materna en lugar de hacerlo con lactancia mixta o a través de sonda nasogástrica tenía efectos más positivos sobre la disminución de la ansiedad (Torrecilla et al., 2023).

Resiliencia

La resiliencia es la capacidad de recuperación ante eventos desagradables de la vida; una persona resiliente se caracteriza por ser persistente y adaptarse de manera flexible a las situaciones que se le presentan, con la capacidad de tomar medidas adecuadas ante los obstáculos y tolerar las emociones negativas y los fracasos (Connor & Davidson, 2003).

La resiliencia es considerada parte del self como un rasgo psicológico que puede propiciar el éxito en la adversidad y que puede ser reforzado o disminuido por la misma (Bartelt, 1996, como se citó en Becoña, 2006).

La investigación sobre la resiliencia se remonta a los estudios de Werner y Smith (1992), quienes intentaron caracterizar a niños que habían logrado adaptarse socialmente a pesar de haberse desarrollado en un contexto adverso y a quienes denominaron como resilientes. En este trabajo, descubrieron que la educación, el pertenecer a familias con menor número de integrantes, el mayor tiempo entre un embarazo y otro por parte la madre, el contar con afecto y atención incondicional de alguna persona y ser creyente o perteneciente a alguna religión influían positivamente en dicha adaptación.

Henderson Grotberg (2006) retoma los pilares de la resiliencia propuestos por Erikson en 1985 y asegura que esta puede desarrollarse en cualquier momento de la vida siempre y cuando se base en ellos; estos pilares serían la confianza, la autonomía, la iniciativa, la aplicación y la identidad.

- **Confianza:** es el primer pilar a desarrollar y se desempeña como la base de la resiliencia, ya que es necesario para que los demás bloques se desplieguen.
- **Autonomía:** es la independencia y libertad, es decir, aquella cualidad que nos permite tomar decisiones; se comienza a desarrollar a los dos años de edad,

cuando los niños empiezan a reconocerse como seres individuales y se dan cuenta de que sus acciones repercuten en otros.

- **Iniciativa:** hace referencia a la voluntad de acción e inicia su desarrollo cerca de los cuatro o cinco años de edad; es aquí cuando se comienzan a reconocer los propios límites y se acepta la autonomía (Yo tengo), en esta fase son importantes los modelos a seguir y que la independencia sea estimulada. Se fortalecen la empatía y solidaridad, a la vez que la responsabilidad de los propios actos y la seguridad en uno mismo (Yo soy), el alcanzar objetivos y planificar estimulan el desarrollo de este factor. Como consecuencia, se alienta la imaginación para resolver problemas y proceder ante las situaciones, así como se estimulan la capacidad de resolución de problemas, el manejo de los sentimientos y conductas y el pedir ayuda externa cuando es necesario (Yo puedo), por lo que resulta útil mantener tareas hasta completarlas y sobreponerse a los obstáculos que se presenten.
- **Aplicación:** es un pilar poderoso que describe la acción diligente, se desarrolla durante los años escolares en que es necesario realizar tareas académicas y la socialización se fortalece.
- **Identidad:** es desarrollada durante la adolescencia, con la resolución de quiénes somos, cómo nos vemos respecto a nuestros iguales, las relaciones con nuestros padres y demás figuras de autoridad y los logros alcanzados y los que deseamos cumplir en el futuro. Este pilar funciona como un integrador de los demás pilares para tener la capacidad de enfrentarse a adversidades.

La edad determinará cómo y respecto a qué pilar se dará el desarrollo de la resiliencia. En 1997, Grotberg propone que el apoyo social es determinante para la resiliencia, y lo divide en tres factores ya mencionados: yo tengo, yo soy o yo estoy y yo puedo. El primero hace referencia las personas por quienes somos rodeados, el segundo a la percepción que se tiene de uno mismo y último a aquello que podemos hacer para adaptarnos (Parra, 2007).

Por su parte, González-Arratia (2007) describe a la resiliencia como el producto de la interacción de factores internos y externos, como las cualidades individuales de cada persona y el ambiente familiar, social y cultural en el que se

desenvuelve, que permiten la posibilidad de superación constructiva de riesgos y adversidades.

González-Arratia et al. plantean que un factor decisivo es el ambiente, ya que este influye en los factores internos y externos que determinan al individuo a través de las condiciones que propician el desarrollo de ciertas habilidades e interacciones con las personas significativas. Así mismo, las respuestas de adaptación que la persona tenga hacia su ambiente determinarán el proceder resiliente o no de su comportamiento (2011, como se citó en González-Arratia López Fuentes y Valdez Medina, 2013).

Palomar Lever y Gómez Valdez (2010) establecen la medición de la resiliencia desde el análisis de cinco componentes: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura.

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Debido a lo antes expuesto, podemos concluir que entre los factores que determinan la resiliencia de un individuo se encuentran las condiciones biológicas, socioafectivas y socioculturales, así como el soporte de un otro. De esta manera, se ha elegido el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner para explicar al comportamiento resiliente por considerar los aspectos individual, familiar, comunitario y cultural.

El postulado básico de este modelo nos plantea que los ambientes naturales son los que principalmente influyen en el ser humano y su conducta, ya que en ambientes controlado las condiciones se alejan de la realidad. En 1979, Bronfenbrenner retoma lo planteado por Lewin en 1936 respecto a la interacción entre una persona y su ambiente. Este autor plantea que $C = F(PA)$, es decir, que la conducta (C) está en función (F) de la relación entre una persona (P) y su ambiente (A). Bronfenbrenner considera que el desarrollo humano se da como una progresiva adaptación entre una persona activa y su entorno dinámico y que, a su vez, este entorno forma parte de un contexto superior (Torrico et al., 2002).

El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner determina que el ambiente ecológico son una serie de configuraciones que caben una dentro de la subsecuente. Estas

estructuras son denominadas microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema:

- El microsistema se refiere a aquél que está más cercano al individuo y contiene los roles, comportamientos y relaciones de su día a día, es donde suele relacionarse continuamente y puede incluir el hogar, el trabajo, la escuela, los amigos, etcétera.
- El mesosistema es aquel en el que interactúan dos o más microsistemas del individuo, se agranda cuando la persona accede a un nuevo entorno.
- El exosistema es aquél en el que el sujeto no participa activamente, pero en el cual ocurren sucesos que pueden influir en los entornos donde sí lo hace.
- Y, por último, el macrosistema comprende factores de la cultura y el momento histórico-social (Torrice et al., 2002).

Para Bronfenbrenner, una sociedad o grupo social particular cuenta con un microsistema, un mesosistema y un exosistema muy parecidos en estructura y sustancia; por su parte, en grupos sociales diferentes ocurriría lo contrario. De esta forma, la descripción sistemática de las propiedades ecológicas de distintas clases sociales, grupos étnicos, grupos religiosos, sociedades, etcétera, podría lograrse a través del análisis de los micro, meso y exosistemas que los determinan (Torrice et al., 2002).

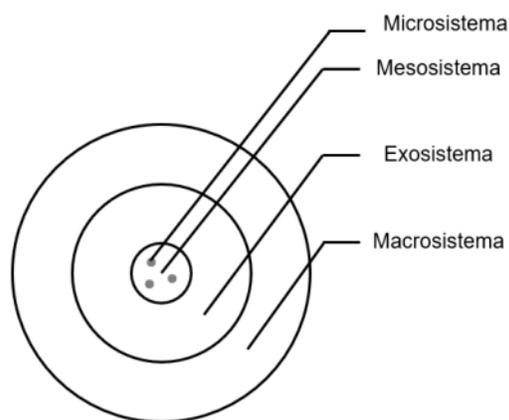


Figura 3. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.

Resiliencia y Madres de Bebés Prematuros

En un estudio realizado en Ecuador con 39 madres de recién nacidos que fueron hospitalizados se encontró que el 56% contaba con un nivel de resiliencia medio, mientras que el 44% restante tenía un nivel bajo. Específicamente respecto a los factores de Grotberg, el 56% de las madres tuvo un nivel bajo y el 44% un nivel medio en cuanto al factor yo soy; en el factor yo tengo se encontraron porcentajes de 10%, 88% y 2% para valores bajo, medio y alto respectivamente; y, en el factor yo puedo, el 69% presentó un nivel bajo, el 29% un nivel medio y un 2% un nivel alto (Yanzapanta Cuzco et al., 2022).

Bellido-González et al. (2019) realizaron un estudio con 52 madres y padres de bebés pequeños para su edad gestacional (PEG) (diagnosticados en el tercer trimestre), 68 madres y padres de bebés con tamaño apropiado (AEG) y los respectivos bebés una vez que estos nacieron. En su análisis encontraron menores valores de resiliencia en los padres de recién nacidos PEG que en los de recién nacidos AEG; presentando menores niveles de resiliencia las madres de los recién nacidos PEG que los padres de estos.

Estos autores también encontraron que la resiliencia de la madre es un predictor estadísticamente significativo ($p < .01$) de la estabilidad autonómica del bebé (signos de estrés relacionados a ajustes homeostáticos del sistema nervioso central). Así mismo, la interacción entre el crecimiento intrauterino y la resiliencia de la madre fue un predictor para el desempeño motor ($p < .01$), la capacidad de regulación ante el aumento de estímulos ($p < .01$) y la respuesta o inhibición ante estímulos mientras duerme ($p < .01$) del bebé (Bellido-González et al., 2019).

Por otro lado, en una investigación llevada a cabo en el suroeste de China con 126 madres con amenaza de parto prematuro y 104 esposos se encontró que las mujeres con baja resiliencia tuvieron una proporción mayor de placenta previa (complicación en la que la placenta se traslada a la parte inferior del útero y puede causar hemorragia) y observaciones pediátricas por mayor tiempo después del parto (6-8 semanas) que las mujeres con alta resiliencia (Nie et al., 2017).

Así mismo, las madres con menores niveles de resiliencia reportaron mayores presiones durante el embarazo desencadenadas por el reconocimiento de

la paternidad y preocupaciones respecto a la salud y seguridad de ellas y sus hijos. Otros factores que obtuvieron puntajes altos fueron las preocupaciones sobre poder criar a sus bebés y respecto a si el embarazo influiría en el afecto entre esposas y esposos, e incertidumbre sobre el apoyo para cuidar a los hijos. Las mujeres con bajos niveles de resiliencia mostraron menores puntajes de afrontamiento activo, síntomas depresivos más severos, menos afecto positivo y más afecto negativo que aquellas altamente resilientes (Nie et al., 2017).

Finalmente, Nie et al. (2017) registraron correlaciones positivas entre resiliencia, afrontamiento activo, afecto positivo y apoyo social en mujeres con amenaza de parto prematuro; así como correlaciones negativas entre depresión, presión, afrontamiento pasivo, afecto negativo y apoyo social, y entre depresión, presión y afecto positivo.

Ben-Ari et al. (2019) realizaron una investigación longitudinal en un hospital público del centro de Israel en la cual participaron 259 madres de entre 25 y 49 años; 155 fueron madres de bebés a término y 104 de bebés prematuros. En el análisis fue posible observar que cuatro años después del parto las madres de bebés prematuros reportaron mayor crecimiento personal que las madres de bebés a término, y que este crecimiento personal fue mayor cuatro años después del nacimiento del bebé ($M = 3.42$, $DE = .05$) que un año después del mismo ($M = 3.20$, $DE = .05$).

En el modelo de regresión se encontró que las variables independientes y dependientes explicaron el 35% de la varianza del crecimiento personal de las madres a los cuatro años del parto; de los cuales el parto prematuro contribuyó un 3.6%, mayor optimismo lo hizo un 5.2% y el crecimiento personal un año después del parto explicó un 23.7%. Sobre esto, los autores concluyen que el crecimiento personal percibido por las madres próximo al nacimiento de sus bebés puede predecir su desarrollo en el largo plazo (Ben-Ari et al., 2019).

Por su parte, Barraza Peña et al. (2020) consideran que el MMC resultó favorecedor para la capacidad de resiliencia de las madres, ya que en su análisis percibieron una disminución de la emocionalidad negativa y mayor empoderamiento

en el cuidado del prematuro después de la práctica del mismo, lo que favorecería al desarrollo del vínculo entre la madre y su bebé.

Autoeficacia Materna

La autoeficacia materna puede describirse como la percepción que tienen las madres respecto a su capacidad para llevar a cabo el rol maternal, es decir, para responder a las necesidades de sus hijos (Navarro et al., 2011; Teti & Gelfand, 1991); y está sustentada tanto en la historia del desarrollo de la madre -que influye en su autoestima- como en el contexto actual en que se ejerce la maternidad (Leerkes & Crockenberg, 2002).

Según Winnicott, existen diversas funciones físicas y psicológicas que una madre debe ejercer con su bebé, entre ellas la de sostén físico y emocional de la afectividad; la del cuidado de necesidades reales y concretas del bebé; la de espejo, cuya función es que, a través del otro, el infante logre estructurarse y reconocerse; la de contención emocional y la nutrición (Farkas-Klein, 2008).

Aquello que se establece como característico del rol materno puede verse modificado según el contexto en el que se evalúe, así Bandura (1994) describe que la autoeficacia en las mujeres puede estar definida por la eficacia para manejar múltiples demandas de la familia y el trabajo y para sacar adelante el cuidado del esposo y los hijos. Dado que la mayoría de las definiciones de la autoeficacia maternal hacen referencia a lo planteado por Bandura en su Teoría de la Autoeficacia, expongo a continuación las bases de la misma.

Teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura

Bandura (1994) define a la autoeficacia percibida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades de desempeño en situaciones que afectan su vida. Las creencias sobre autoeficacia determinan la forma en que las personas se sienten, piensan, se motivan y se comportan; esto a través de procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección. Un fuerte sentido de eficacia aumenta el logro y el bienestar personal de diversas maneras.

Las creencias de las personas respecto a su autoeficacia pueden desarrollarse a través de cuatro fuentes principales de influencia. La más efectiva

es a través de experiencias de dominio, es decir, los éxitos construyen una robusta creencia en la propia autoeficacia; los fracasos la disminuyen, especialmente cuando ocurren antes de que el sentido de autoeficacia esté firmemente establecido. Un sentido resiliente de autoeficacia requiere de tener experiencia superando obstáculos a través de un esfuerzo perseverante (Bandura, 1994).

La segunda manera de crear y fortalecer las creencias en la eficacia personal es a través de las experiencias vicarias provistas por los modelos sociales; al ver a personas similares a nosotros triunfar a través del esfuerzo sostenido aumentan las creencias del observador sobre también poseer las capacidades para tener éxito (Bandura, 1994).

Una tercera manera de fortalecer las creencias sobre tener lo que se necesita para triunfar es la persuasión social. Las personas que son persuadidas verbalmente de tener las capacidades para dominar ciertas actividades tienden a esforzarse más y sostener este esfuerzo que quienes albergan dudas en sí mismos cuando se presentan problemas. Por último, las creencias de autoeficacia pueden modificarse a través de la reducción de reacciones de estrés de las personas y alterar sus proclividades emocionales negativas e interpretaciones erróneas de sus estados físicos (Bandura, 1994).

Hay un creciente cuerpo de evidencia sobre que los logros y un estado positivo de bienestar requieren un sentido optimista de eficacia personal, ya que si las personas no fueran optimistas al respecto nunca establecerían aspiraciones más allá de su alcance inmediato. Así mismo, los logros innovadores requieren de un sentido resiliente de eficacia, ya que estos necesitan de esfuerzos sostenidos a través del tiempo con resultados inciertos y dificultades para ser alcanzados (Bandura, 1994).

Bandura (1994) establece que, durante la adultez, la transición hacia la paternidad repentinamente lleva a las personas a enfrentarse a los roles de padres y esposos. Los padres seguros sobre su eficacia parental suelen tener la capacidad de criar a sus hijos adecuadamente a través de las fases del desarrollo sin problemas serios. Sin embargo, puede ser difícil para aquellos que carecen de este sentido de eficacia, volviéndolos más vulnerables a padecer estrés y depresión.

Para Bandura las mujeres con mayor sentido de eficacia para enfrentarse a las demandas de la familia y el trabajo experimentan un sentido positivo de bienestar, a diferencia de aquellas asediadas por dudas sobre sí mismas, que sufren tensión física y emocional.

Autoeficacia Materna y Madres de Bebés Prematuros

Se ha estudiado la autoeficacia en la lactancia materna (ALM) de madres de bebés prematuros tardíos y se obtuvieron diferencias significativas ($p < .00$) entre madres primíparas y multíparas, así como en madres que complementaban con fórmula y las que alimentaban exclusivamente con seno materno, obteniendo puntajes superiores las segundas en ambos casos (Gerhardsson et al., 2018).

En este mismo estudio, la edad gestacional ($p = .04$), el peso del bebé al nacer ($p = .00$), la satisfacción de las madres respecto al apoyo con la lactancia materna recibido en el hospital ($p = .00$) y la importancia que la madre otorgaba a amamantar ($p < .00$), se correlacionaron positivamente con la ALM. Además, se encontraron como predictores de la misma el ser multípara y una estancia más corta en el hospital.

En un estudio llevado a cabo en Irán con 150 madres primerizas, se encontraron correlaciones significativas entre la autoeficacia materna y la satisfacción de la madre con el parto ($p = .007$), la percepción de apoyo social por parte de amigos ($p = .03$) y el temperamento del bebé ($p = .00$) (Azmoode et al., 2015).

Así mismo, en una investigación realizada en México con 120 madres adolescentes de entre 15 y 19 años se observaron correlaciones significativas entre la autoeficacia materna y factores maternos como la depresión ($p = .00$) y factores ambientales como el apoyo social ($p = .00$) -dentro de este, el apoyo práctico por parte de la familia ($p = .02$), el apoyo emocional por parte de amistades ($p = .03$), el poder contar con amigos ($p = .04$) y el tener amistades ($p = .04$)-, siendo estas negativa y positiva respectivamente (Lara et al., 2017).

Los autores también observaron correlaciones negativas significativas de la autoeficacia materna con algunas características del bebé como tener problemas con su cuidado ($p = .04$) y el temperamento de este ($p = .00$), esto último

específicamente con tener un bebé irritable ($p = .02$), un bebé que llora mucho ($p = .02$) y con dificultades para calmarlo ($p = .03$).

Sin embargo, en cuanto a las variables predictivas de la autoeficacia materna, se encontraron mayores diferencias entre estos últimos dos estudios. En el de Azmoude et al. (2015) el sexo del bebé explicó el 19.3% de la varianza; con el nivel educativo, el 24.4%; y, al agregar el riesgo de depresión, se explicó el 28.1%. Por su parte, Lara et al. (2017) encontraron que los síntomas depresivos en la madre y tener un bebé con un temperamento difícil, explicaron el 15% de la varianza.

Torrecilla et al. (2019) encontraron que, en una muestra de 45 madres, el 24.4% presentó niveles bajos de percepción de la eficacia materna después de que sus bebés estuvieran internados en la Unidad de Cuidados Intensivos; Purbasary et al. (2017) mencionan que la confianza de la madre y su seguridad mejoran al implementar el MMC (Purbasary et al., 2017).

III. MÉTODO

Con la intención de explorar los efectos que el MMC puede tener en los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia materna y resiliencia de las madres de bebés prematuros internados en la UCIN, se decidió llevar a cabo la investigación de la siguiente manera.

Diseño

Se llevó a cabo un estudio pre experimental con diseño de preprueba y posprueba con un solo grupo. La muestra se tomó de un hospital público del estado de Nuevo León, México.

Este diseño consiste en una evaluación previa al tratamiento experimental y una más posterior a este. La primera aplicación sirve como punto de referencia para observar los niveles de las variables dependientes antes de ser aplicado el tratamiento, sin embargo, no resulta confiable para establecer causalidad debido a que entre una medición y otra pueden influir fuerzas distintas a la variable independiente, puede elegirse un grupo atípico o en un estado anormal. Este diseño puede resultar útil como estudio exploratorio (Hernández Sampieri et al., 2014).

Los preexperimentos suelen realizarse cuando no es posible manipular más de una condición de la variable independiente; aunque no son muy útiles en la construcción científica, sí cumplen con la condición mínima de un experimento, que es la manipulación de la variable independiente (Salas Blas, 2013).

En el contexto actual, se vuelven cada vez más importantes debido a las limitaciones éticas que se tienen para llevar a cabo estudios experimentales, donde es necesario asignar un grupo control, lo que ocasiona desigualdad en el trato brindado a los participantes. Además, son útiles para investigar en escenarios naturales, donde no se puede dar un control exhaustivo de las variables ni de las características de los sujetos envueltos en la investigación (Salas Blas, 2013).

Participantes

Se trabajó con las madres de los bebés prematuros internados en la UCIN del hospital mencionado.

La muestra se constituyó de 24 madres con una edad media de 25.33 años ($DE = 6.93$), de las cuales el 54.2% reportaron estar en unión libre; 25%, casadas; y 20.8%, solteras. El 50% contó con estudios de secundaria; el 33.3%, con estudios de preparatoria; el 8.3%, con primaria; y solamente un 4.2% reportó estudios universitarios, al igual que un 4.2% contó con estudios de posgrado. El 87.5% de las madres comentó ser ama de casa, y el 12.5%, empleadas; el ingreso familiar promedio fue de \$10,155.00 ($DE = \$4,653.07$) pesos mexicanos.

El 70.8% de las madres reportó haber planeado el embarazo y, respecto a la cantidad de citas de control prenatal a las que asistieron, el 20.8% de las madres acudió a 7 citas; el 16.7%, a 5; un 12.5% acudió a 6, al igual que un 12.5% acudió a 8 y un 12.5% a 12; un 8.3% acudió a 4 y el 16.7% restante, es decir, 4 madres, registraron 0, 3, 10 y 17 citas.

El 91.7% de las madres tuvo un parto simple y el 8.3% tuvo partos múltiples (2 bebés cada una); el 66.7% de los nacimientos ocurrieron vía cesárea y el 33.3% por parto natural. Un tercio de la muestra (33.3%) fue mamá primeriza, otro tercio tuvo su segundo embarazo y, un 29.2%, el tercero; solamente una de las madres (4.2%) registró haber estado embarazado por quinta vez. El 70.8% de las madres era primeriza dando a luz a un bebé prematuro, mientras que el 29.2% comentó haber dado a luz de manera prematura anteriormente.

Los padecimientos que las madres reportaron tener previos al embarazo fueron diabetes (8.3%), obesidad (4.2%), hipertensión (4.2%) y sífilis (8.3%). Durante el embarazo se registraron infecciones en las vías urinarias (45.8%), ruptura prematura de membranas (16.7%), amenaza de aborto (12.5%), preeclampsia (8.3%), placenta previa (8.3%), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (8.3%), consumo de sustancias (8.3%), diabetes gestacional (4.2%), colestasis (4.2%), corioamnionitis (4.2%), cervicovaginitis (4.2%) e incompetencia cervical (4.2%).

Las semanas de gestación promedio fueron 33.58 ($DE = 2.71$); al 29.2% de las madres se le administraron inductores al parto y, al 62.5%, surfactante para el bebé. El peso promedio de los recién nacidos fue 1,672.8 gramos.

Criterios de Inclusión

Mujeres que fueran madres de bebés prematuros (nacidos antes de las 37 semanas de gestación) internados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología del hospital en cuestión y que aceptaron participar en la investigación a través del consentimiento informado. Debieron contar con habilidades de lectura-escritura, estar libres de padecimientos psiquiátricos y ser primerizas en la práctica del MMC.

Criterios de Exclusión

Mujeres que no aceptaron participar en la investigación, que habían llevado a cabo el MMC anteriormente y/o que habían sido diagnosticadas con algún padecimiento psiquiátrico.

Criterios de Eliminación

Madres que decidieron abandonar la investigación, madres cuyo bebé falleció o fue dado de alta en menos de 7 días después de la preprueba, y/o madres que no fueron posibles de localizar para la segunda aplicación de las escalas de medición.

Muestreo

El método de muestreo que se utilizó fue el no probabilístico por conveniencia, el cual consiste en la elección de elementos por disponibilidad o comodidad para el investigador, puede ser por cuestiones de tiempo, económicas, entre otras (López, 2004; Corral et al., 2015). En él se selecciona a los individuos intencionalmente de entre aquellos a quienes se tiene fácil acceso dentro de las posibilidades del investigador y se revisa que cumplan con las características de interés para este (Hernández-Ávila & Carpio Escobar, 2019).

Así, se acudió al hospital de lunes a viernes durante los meses de junio a octubre de 2023 para invitar personalmente a las madres a participar en el estudio;

se les abordó después de su ingreso a la UCIN una vez que el equipo de personal de salud del área consideró a sus bebés como candidatos para practicar el MMC.

Instrumentos

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés *Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21)* (Henry & Crawford, 2005; Lovibond & Lovibond, 1995), versión en español (Fonseca-Pedrero et al., 2010). Esta escala de tipo Likert cuenta con 21 ítems, los cuales tienen cuatro alternativas de respuesta que van desde 0 “no se aplica en nada a mí” hasta 3 “se aplica mucho a mí o la mayor parte del tiempo”. Las subescalas de depresión, estrés y ansiedad presentan una confiabilidad de $\alpha=.80$, $\alpha=.81$ y $\alpha=.73$, respectivamente; todos los ítems juntos obtuvieron un alfa de .90. Para esta investigación se descartarán las subescalas de depresión y ansiedad.

Inventario de Ansiedad de Beck *Beck Anxiety Inventory* (Beck et al., 1988), versión para población mexicana (Padrós et al., 2020). Esta escala tipo Likert cuenta con 21 reactivos que describen síntomas cognitivos y físicos de ansiedad. Se evalúa con puntuaciones que van del 0 (“poco o nada”) al 3 (“severamente”) y cuenta con una consistencia interna de $\alpha=.91$.

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) (Palomar & Gómez, 2010). Esta escala de tipo Likert evalúa cinco factores de la resiliencia: Fortaleza y confianza en sí mismo, Competencia social, Apoyo familiar, Apoyo social y Estructura. Consta de 43 ítems con opciones de respuesta desde Totalmente en desacuerdo (1 puntos) hasta Totalmente de acuerdo (4 puntos); a mayor puntaje, mayor resiliencia. La escala tiene una confiabilidad total de $\alpha=.93$; donde la fiabilidad de cada uno de los factores es de .91 para Fortaleza y confianza en sí mismo, .90 para Competencia social, .89 para Apoyo familiar, .92 para Apoyo social y .77 para Estructura.

Escala de Evaluación Parental (EEP) (Farkas-Klein, 2008). Es una escala tipo Likert que evalúa la satisfacción y sentimientos de autoeficacia maternos en mujeres con hijos de entre 0 y 2 años. Se compone de 10 ítems que cuentan con 11 opciones de respuesta (del 0 al 10), donde 0 significa “Totalmente en desacuerdo” y, 10, “Totalmente de acuerdo”. Posee una confiabilidad de .85 y no está dividida en factores, por lo que se evalúa con un puntaje total.

Un *cuestionario sociodemográfico* con la intención de recabar datos de la madre y el bebé.

Procedimiento

Se contactaron a los administrativos encargados del Departamento de Pediatría y de la UCIN del hospital en cuestión para solicitar permiso de llevar a cabo la investigación en el mismo. Una vez se contó con su aprobación, se estableció una fecha de inicio y se acudió al hospital por las mañanas durante los meses de junio a octubre de 2023.

Se invitó a participar en la investigación a las madres de los prematuros ingresados en la UCIN que fueron considerados por el equipo de salud del hospital como candidatos a practicar el MMC, esto a través de una breve explicación del proyecto y el procedimiento que tendrían que seguir al formar parte del mismo. Si aceptaban participar, se les entregaba el consentimiento informado impreso para su firma.

Posterior a esto se llevaba a cabo la preprueba, las madres contestaban a mano los instrumentos correspondientes para obtener los datos sociodemográficos de las madres y los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia maternal y resiliencia que presentaban antes de la implementación del MMC. Después les era entregado un pase de acceso para acudir a practicar el MMC con sus bebés en un horario matutino y otro vespertino, dejando claro que se tenía que acudir al menos a uno de ellos diariamente, de forma puntual y con la ropa adecuada.

Durante la participación de las madres en la investigación, el equipo de enfermería del hospital se encargaba de enseñarlas a practicar correctamente el MMC y las apoyaban para colocarse a sus bebés en la posición canguro. Previo al alta, se llevaba a cabo la posprueba, para lo que se les pedía a las madres contestar de nuevo las escalas correspondientes.

Posterior a esto, las respuestas recolectadas se utilizaron para crear una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics 25 con el cual se llevaron a cabo los análisis pertinentes.

Aspectos Éticos

El procedimiento mediante el cual se llevó a cabo este proyecto de investigación se basó en el respeto a códigos de ética nacionales e internacionales; a continuación, se describen los principales artículos por los que se rigió este trabajo.

Artículo 8.02. Se extenderá un consentimiento informado a los posibles participantes donde se les explicará el propósito de la investigación, la duración estimada y los procedimientos; su derecho a retirarse de la investigación una vez que esta haya iniciado y las posibles consecuencias que esto pueda tener; posibles riesgos, incomodidades o efectos secundarios de su participación; beneficios futuros; limitaciones de la confidencialidad; incentivos de participación y con quién contactarse en caso de dudas o inconvenientes (American Psychological Association, 2017).

Artículos 47, 48 y 49. La información recolectada será tratada con la confidencialidad pertinente respetando los lineamientos del Código Ético del Psicólogo determinado por la Sociedad Mexicana de Psicología. Se trabajará siguiendo una metodología planeada para tratar de limitar los resultados engañosos y la investigación será conducida con el debido respeto a la dignidad y bienestar de los participantes (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

No se detectaron consecuencias negativas por la participación y/o el abandono de la investigación, riesgos o efectos secundarios. La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

IV. RESULTADOS

Como primer paso se evaluó la consistencia interna de los instrumentos utilizados a través del Alpha de Cronbach; los resultados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Indicadores de consistencia interna de las escalas en preprueba y posprueba ($n = 24$)

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
Preprueba	.74	.78	.83	.90	.80	.68	.92	.79	.90
Posprueba	.82	.90	.93	.92	.93	.85	.95	.62	.92

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

Para la evaluación de los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia maternal y resiliencia en las madres de bebés prematuros antes y después de implementar el MMC se presentan los puntajes obtenidos por las madres en la primera y segunda aplicación a través de las Tablas 2 y 3, respectivamente.

En la preprueba, las madres presentaron autoeficacia materna alta (84.33/100), un nivel normal de estrés, ansiedad mínima y niveles altos de resiliencia (143.58/172). Aunque en la posprueba estos puntajes tuvieron ligeras variaciones, en general los niveles se mantuvieron similares.

Tabla 2. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba ($n = 24$)

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	84.33	4.42	6.67	65.38	23.63	21.42	17.25	15.92	143.58
<i>Mdn</i>	85.50	2.00	5.50	66.00	24.00	22.00	18.00	16.00	143.50
<i>DE</i>	12.57	5.72	6.28	6.33	4.16	2.08	3.02	2.38	11.59

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

Tabla 3. Puntuaciones promedio de las escalas en la posprueba ($n = 24$)

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	87.08	5.75	6.58	66.04	23.42	21.33	17.08	15.63	143.50
<i>Mdn</i>	91.50	3.00	4.00	66.50	24.00	22.00	17.00	16.00	143.00
<i>DE</i>	14.14	8.12	8.74	6.86	5.76	3.33	3.27	2.43	13.25

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

Para evaluar los cambios en los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia maternal y resiliencia en las madres de bebés prematuros después de la implementación del MMC primero se realizó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, la cual arrojó un valor de $p < .05$, por lo que se eligió la prueba de Wilcoxon para analizar las diferencias. Los resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Diferencias de puntuaciones de las escalas entre preprueba y posprueba ($n = 24$)

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
Z	-1.16 ^a	-1.29 ^a	-.28 ^b	-.63 ^a	-.08 ^a	-.16 ^b	-.61 ^b	-.96 ^b	-.40 ^a
Sig.	.25	.20	.78	.53	.94	.87	.54	.34	.69

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

a. Se basa en rangos negativos

b. Se basa en rangos positivos

Dado que no se encontraron diferencias significativas entre preprueba y posprueba del total de la muestra, se optó por dividir esta en madres cuyos bebés tuvieron un padecimiento agregado y madres cuyos bebés presentaron solamente los padecimientos típicos de la prematuridad; esto debido a que diversos autores han encontrado que la apariencia y el comportamiento del bebé referentes a su estado delicado es lo que suele ocasionar más estrés en ellos (Belmontes Zacarías et al., 2017; Diaz Santiago et al., 2020; Sánchez-Veracruz et al., 2017).

Así, se dividió a las 24 madres en los grupos 1 y 2, donde el primero corresponde a quienes tuvieron bebés con padecimientos agregados ($n = 11$), y el segundo a las madres cuyos bebés no presentaron padecimientos distintos a los típicos de la

prematuridad ($n = 13$); las puntuaciones promedio por escala para preprueba y posprueba de grupos 1 y 2 se muestran en las Tablas 5 y 6, respectivamente.

Las madres del grupo 1 presentaron niveles altos de autoeficacia materna en la preprueba (89.82/100) y posprueba (97.55/100); así como en ambas aplicaciones mantuvieron niveles normales de estrés, ansiedad leve y resiliencia alta (140.09/172 y 138.82/172 en preprueba y posprueba, respectivamente).

Tabla 5. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba y posprueba del grupo 1 ($n = 11$).

	Preprueba								
	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	89.82	4.55	6.09	64.45	22.45	20.64	17.18	15.36	140.09
<i>Mdn</i>	87.00	.00	3.00	62.00	24.00	21.00	17.00	16.00	141.00
<i>DE</i>	8.57	5.94	6.76	6.62	3.42	2.11	2.32	2.25	10.07
	Posprueba								
	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	97.55	7.82	8.91	65.36	21.36	20.00	16.82	15.27	138.82
<i>Mdn</i>	98.00	4.00	6.00	67.00	23.00	19.00	16.00	15.00	142.00
<i>DE</i>	11.54	10.45	11.38	7.94	4.95	2.28	2.18	2.61	14.63

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

Por su parte, las madres del grupo 2 también tuvieron autoeficacia materna alta en preprueba (79.69/100) y posprueba (81.62/100), aunque ambos puntajes fueron más bajos que los del grupo 1. Mantuvieron niveles normales de estrés y alta resiliencia en la preprueba (146.54/172) y en la posprueba (147.46/172). En cuando a la ansiedad, esta fue leve en un principio y mayor que la del grupo 1, pero pasó a ser mínima en la posprueba.

Tabla 6. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba y posprueba del grupo 2 ($n = 13$).

Preprueba									
	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	79.69	4.31	7.15	66.15	24.62	22.08	17.31	16.38	146.54
<i>Mdn</i>	81.00	2.00	6.00	67.00	24.00	22.00	19.00	16.00	149.00
<i>DE</i>	13.80	5.77	6.08	6.23	4.59	1.89	3.61	2.47	12.35
Posprueba									
	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	81.62	4.00	4.62	66.62	25.15	22.46	17.31	15.92	147.46
<i>Mdn</i>	84.00	2.00	4.00	66.00	26.00	23.00	18.00	17.00	144.00
<i>DE</i>	14.20	5.29	5.42	6.06	6.01	1.79	4.05	2.33	10.98

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

La prueba de U Mann-Whitney reportó una diferencia significativa entre las prepruebas de la Escala de Evaluación Parental de ambos grupos (Tabla 7), ya que en el grupo 1¹ la puntuación media fue de 89.82 ($Mdn = 87.00$, $DE = 8.57$) y, en el grupo 2², de 79.69 ($Mdn = 81.00$, $DE = 13.80$).

Tabla 7. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en las prepruebas de grupos 1 y 2.

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>Z</i>	-1.97	-.12	-.70	-.64	-.99	-1.70	-.62	-.71	-1.28
<i>Sig.</i>	.05*	.90	.48	.52	.32	.09	.54	.48	.20

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

*Valor de p significativo

Por su parte, los resultados de la prueba de Wilcoxon (Tabla 8) arrojaron diferencias significativas entre las aplicaciones de la Subescala de estrés del DASS-21 en el grupo 1; donde se registró un aumento en las puntuaciones medias de 4.55

¹ Madres de bebés con padecimientos agregados

² Madres de bebés sin padecimientos agregados

(*Mdn* = .00, *DE* = 5.94) en la preprueba a 7.82 (*Mdn* = 4.00, *DE* = 10.45) en la posprueba.

Tabla 8. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en preprueba y posprueba de grupos 1 y 2.

Grupo		EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
1	Z	-1.26 ^a	-2.01 ^a	-1.33 ^a	-.42 ^a	-1.08 ^b	-1.16 ^b	-.65 ^b	-.17 ^b	-.36 ^b
	Sig.	.21	.04*	.18	.68	.28	.246	.52	.86	.72
2	Z	-.47 ^a	-.24 ^b	-1.64 ^b	-.52 ^b	-.76 ^a	-1.00 ^a	-.07 ^b	-1.07 ^b	-.63 ^a
	Sig.	.64	.81	.102	.61	.45	.32	.94	.29	.53

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

*Valor de *p* significativo

a. Se basa en rangos negativos

b. Se basa en rangos positivos

En la posprueba las diferencias significativas entre grupos (Tabla 9) se obtuvieron en la Escala de Evaluación Parental, donde el grupo 1 obtuvo una calificación media de 93.55 (*Mdn* = 98.00, *DE* = 11.54) y, el 2, una de 81.62 (*Mdn* = 84.00, *DE* = 14.20); así como en la Subescala de Competencia social con puntuaciones medias de 21.36 (*Mdn* = 23.00, *DE* = 4.95) y 25.15 (*Mdn* = 26.00, *DE* = 6.01) para grupos 1 y 2, respectivamente, y en la Subescala de Apoyo Familiar con una calificación media de 20.00 (*Mdn* = 19.00, *DE* = 2.28) para el grupo 1 y 22.46 (*Mdn* = 23.00, *DE* = 1.76) para el grupo 2.

Tabla 9. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en las pospruebas de grupos 1 y 2.

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
Z	-2.42	-.513	-.56	-.53	-2.25	-2.30	-1.35	-.79	-1.33
Sig.	.02*	.61	.58	.60	.02*	.02*	.18	.43	.18

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

*Valor de *p* significativo

Por otro lado, se decidió hacer una segunda división de la muestra conforme a la experiencia previa con la prematuridad que tenían las madres, esto debido a

que se ha encontrado que en los padres con hijos prematuros previos puede llegar a predominar el pensamiento catastrófico respecto al futuro de su hijo recién nacido prematuro (Hagen et al., 2016). De esta forma, surgieron los grupos 3 y 4, conformados por las madres que reportaron haber tenido hijos prematuros anteriormente ($n = 7$) y las madres sin antecedentes de prematuridad ($n = 17$), respectivamente; las puntuaciones promedio por escala para preprueba y posprueba de grupos 3 y 4 se muestran en las Tablas 10 y 11, respectivamente.

En preprueba y posprueba, las madres del grupo 3 presentaron autoeficacia materna alta (84.00/100 y 86.71/100), estrés normal, ansiedad leve y resiliencia alta (144.14/172 y 142.29/172).

Tabla 10. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba y posprueba del grupo 3 ($n = 7$).

	Preprueba								
	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	84.00	7.43	8.71	65.86	23.29	22.29	16.86	15.86	144.14
<i>Mdn</i>	87.00	8.00	6.00	66.00	24.00	22.00	16.00	15.00	144.00
<i>DE</i>	16.94	7.37	8.22	6.62	5.77	1.80	2.34	2.97	13.89
	Posprueba								
	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	86.71	10.29	13.29	65.57	22.43	21.43	17.43	15.43	142.29
<i>Mdn</i>	94.00	8.00	9.00	61.00	24.00	22.00	17.00	16.00	142.00
<i>DE</i>	18.21	8.04	11.00	8.68	7.09	2.15	1.90	3.10	17.18

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

Respecto a las madres del grupo 4, la autoeficacia materna (84.47/100 en preprueba y 87.24/100 en posprueba) y la resiliencia (143.35/172 en preprueba y 144.00/172 en posprueba) se mantuvieron altas en ambas aplicaciones y con puntajes similares a los del grupo 3; sin embargo, los puntajes de estrés y ansiedad fueron menores en las madres del grupo 4 que en las del grupo 3 antes y después de la implementación del MMC, manteniéndose los niveles de estrés en un nivel normal y, los de ansiedad, en uno mínimo.

Tabla 11. Puntuaciones promedio de las escalas en la preprueba y posprueba del grupo 4 ($n = 17$).

Preprueba									
	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	84.47	3.18	5.82	65.18	23.76	21.06	17.41	15.94	143.35
<i>Mdn</i>	84.00	.00	4.00	66.00	24.00	21.00	19.00	16.00	143.00
<i>DE</i>	10.92	4.59	5.37	6.41	6.51	2.14	3.32	2.19	10.99
Posprueba									
	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>M</i>	87.24	3.88	3.82	66.24	23.82	21.29	16.94	15.71	144.00
<i>Mdn</i>	90.00	.00	1.00	67.00	24.00	22.00	17.00	16.00	144.00
<i>DE</i>	12.77	7.60	6.07	6.26	5.32	2.47	3.73	2.20	11.86

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

La Prueba U de Mann-Whitney no arrojó diferencias significativas para ninguna de las variables en las prepruebas de los grupos (Tabla 12).

Tabla 12. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en las prepruebas de grupos 3 y 4

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
<i>Z</i>	-.29	-1.54	-.74	-.35	-.13	-1.26	-.71	-.16	-.16
<i>Sig.</i>	.78	.123	.462	.73	.90	.21	.48	.87	.87

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

En cuanto a la prueba de Wilcoxon (Tabla 13), pudieron observarse diferencias significativas entre la preprueba y posprueba del Inventario de ansiedad de Beck, tanto en el grupo 3¹ como en el 4². Encontrándose así que las madres con antecedente de prematuridad tuvieron un aumento de la ansiedad promedio de 8.71

¹ Madres con experiencia previa de prematuridad

² Madres sin experiencia previa de prematuridad

(*Mdn* = 6.00, *DE* = 8.22) en la primera aplicación a 13.29 (*Mdn* = 9.00, *DE* = 11.00) en la segunda; mientras que en las madres sin dicho antecedente las puntuaciones promedio de ansiedad disminuyeron de 5.82 (*Mdn* = 4.00, *DE* = 5.37) en la preprueba a 3.82 (*Mdn* = 1.00, *DE* = 6.07) en la posprueba.

Tabla 13. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en preprueba y posprueba de grupos 3 y 4

Grupo		EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
3	Z	-.63 ^a	-1.19 ^a	-1.99 ^a	-.106 ^a	-.43 ^b	-1.29 ^b	-.95 ^a	-.74 ^b	.00 ^c
	Sig.	.53	.23	.05*	.92	.67	.197	.34	.46	1.00
4	Z	-1.01 ^a	-.71 ^a	-2.01 ^b	-.63 ^a	-.42 ^a	-.67 ^a	-7.87 ^b	-.59 ^b	-.36 ^a
	Sig.	.32	.48	.04*	.53	.67	.50	.06	.56	.72

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

*Valor de *p* significativo

a. Se basa en rangos negativos

b. Se basa en rangos positivos

c. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos

En la U de Mann-Whitney de las pospruebas (Tabla 14) sí se encontraron diferencias significativas respecto al estrés y la ansiedad. El DASS-21 registró puntuaciones de 10.29 (*Mdn* = 8.00, *DE* = 8.04) en el grupo 3 y 3.88 (*Mdn* = .00, *DE* = 7.60) en el 4; mientras que el BAI mostró medias de 13.29 (*Mdn* = 9.00, *DE* = 1.00) en el grupo 3 y 3.82 (*Mdn* = 1.00, *DE* = 6.07) en el grupo 4.

Tabla 14. Diferencias entre puntuaciones promedio de las escalas en las pospruebas de grupos 3 y 4

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
Z	-.48	-2.48	-2.80	-.16	-.29	-.07	-.03	.00	-.35
Sig.	.63	.01*	.01*	.87	.80	.95	.97	1.00	.73

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

*Valor de *p* significativo

Por último, se evaluaron las relaciones existentes entre estrés, ansiedad, autoeficacia maternal y resiliencia en madres de bebés prematuros antes y después

de implementar el MMC; para ello se utilizó la prueba de Spearman; las correlaciones encontradas en la muestra total se exponen en las tablas 15 y 16, respectivamente.

En la preprueba de la muestra total correlacionaron positiva y significativamente estrés y ansiedad ($p = .00$); mientras que aquél correlacionó negativa y significativamente con Estructura ($p = .01$) y Resiliencia ($p = .04$). Por su parte, la Ansiedad también se correlacionó negativa y significativamente con Estructura ($p = .01$).

Entre las subescalas de la RESI-M se encontraron correlaciones significativas y positivas de Fortaleza y Confianza con Apoyo familiar ($p = .01$) y con Estructura ($p = .01$); como era esperado, todas las subescalas correlacionaron positiva y significativamente con el puntaje total de la prueba ($p = .00$, $p = .00$, $p = .00$, $p = .02$, $p = .00$, respecto al orden en que se presentan en la tabla 15).

Tabla 15. Correlaciones entre variables en la preprueba de la muestra total ($n = 24$)

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
EEP	1.00								
DASS-21	.18	1.00							
BAI	.06	.87**	1.00						
FyC	-.05	-.32	-.19	1.00					
CS	-.17	-.12	-.01	.35	1.00				
AF	-.00	-.21	-.21	.55**	.21	1.00			
AS	.12	-.19	-.15	.27	.01	.29	1.00		
Est	-.08	-.51*	-.55**	.55**	.25	.37	.38	1.00	
RESI-M	-.10	-.43*	-.31	.87**	.58**	.63**	.49*	.73**	1.00

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

En la posprueba de la muestra total, el estrés y la ansiedad volvieron a correlacionarse positiva y significativamente ($p = .00$); mientras que las

correlaciones negativas y significativas del estrés se dieron con Fortaleza y confianza ($p = .03$), Estructura ($p = .02$) y Resiliencia ($p = .03$). Por su parte, la ansiedad se correlacionó de la misma manera con estas subescalas ($p = .04$, $p = .03$ y $p = .03$, respectivamente).

De la RESI-M, Fortaleza y confianza correlacionó significativa y positivamente con Apoyo familiar ($p = .00$) y Estructura ($p = .00$); Apoyo familiar, con Apoyo social ($p = .02$) y con Estructura ($p = .00$); y Apoyo social con Estructura ($p = .03$). Todas las subescalas correlacionaron positiva y significativamente con el puntaje total de la prueba ($p = .00$, $p = .00$, $p = .00$, $p = .04$ y $p = .00$ respecto al orden en que se presentan en la tabla 16)

Tabla 16. Correlaciones entre variables en la posprueba de la muestra total ($n = 24$)

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
EEP	1.00								
DASS-21	-.15	1.00							
BAI	-.05	.92**	1.00						
FyC	.11	-.45*	-.43*	1.00					
CS	-.15	-.25	-.29	.40	1.00				
AF	-.02	-.40	-.36	.59**	.23	1.00			
AS	-.14	.11	-.02	.29	.06	.49*	1.00		
Est	.09	-.47*	-.46*	.76**	.40	.61**	.45*	1.00	
RESI-M	.05	-.45*	-.45*	.87**	.68**	.57**	.42*	.82**	1.00

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

Las correlaciones encontradas en preprueba y posprueba del grupo 1 se presentan en las tablas 17 y 18, respectivamente.

En la preprueba del grupo 1, el grupo de madres cuyos bebés presentaron padecimientos agregados, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre estrés y ansiedad ($p = .00$); fortaleza y confianza y apoyo familiar ($p = .03$); y entre resiliencia con fortaleza y confianza ($p = .00$), apoyo familiar ($p = .01$) y estructura ($p = .04$).

Tabla 17. Correlaciones entre variables en la preprueba del grupo 1

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
EEP	1.00								
DASS-21	.02	1.00							
BAI	.17	.87**	1.00						
FyC	.50	-.25	-.13	1.00					
CS	.26	-.18	-.15	-.16	1.00				
AF	-.03	-.51	-.51	.66*	.00	1.00			
AS	-.07	.08	.09	.45	-.04	.40	1.00		
Est	.01	-.34	-.41	.49	-.10	.37	.24	1.00	
RESI-M	.34	-.49	-.35	.87**	.16	.77**	.46	.62*	1.00

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

En la posprueba, estrés y ansiedad correlacionaron de nuevo positiva y significativamente ($p = .00$); mientras que ambos correlacionaron negativa y significativamente con competencia social ($p = .02$ y $p = .05$, respectivamente) y con resiliencia ($p = .00$ en ambos casos).

Fortaleza y confianza correlacionaron positiva y significativamente con apoyo familiar ($p = .01$) y estructura ($p = .00$); Competencia social correlacionó negativa y significativamente con estrés ($p = .02$) y ansiedad ($p = .05$); apoyo familiar tuvo correlación positiva y significativa con estructura ($p = .02$); las subescalas del RESI-M que correlacionaron positiva y significativamente con resiliencia fueron Fortaleza y confianza ($p = .00$) y Estructura ($p = .00$).

Tabla 18. Correlaciones entre variables en la posprueba del grupo 1

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
EEP	1.00								
DASS-21	-.45	1.00							
BAI	-.28	.92**	1.00						
FyC	.51	-.49	-.52	1.00					
CS	.32	-.70*	-.61*	.24	1.00				
AF	.12	-.30	-.34	.74**	-.02	1.00			
AS	-.33	.19	-.02	.45	-.26	.55	1.00		
Est	.20	-.52	-.52	.78**	.36	.68*	.54	1.00	
RESI-M	.30	-.72*	-.74**	.85**	.56	.59	.38	.88**	1.00

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

Las correlaciones encontradas en preprueba y posprueba del grupo 2 se presentan en las tablas 19 y 20, respectivamente.

En preprueba del grupo 2, el grupo de madres cuyos bebés no presentaron padecimientos agregados, estrés y ansiedad correlacionaron positiva y significativamente ($p = .00$); la ansiedad correlacionó negativa y significativamente con Estructura ($p = .01$); Fortaleza y confianza se correlacionó positiva y significativamente con Competencia social ($p = .05$) y Estructura ($p = .04$); y resiliencia correlacionó positiva y significativamente con Fortaleza y Confianza ($p = .00$), Competencia social ($p = .00$) y Estructura ($p = .00$).

Tabla 19. Correlaciones entre variables en la preprueba del grupo 2

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
EEP	1.00								
DASS-21	.33	1.00							
BAI	.10	.83**	1.00						
FyC	-.36	-.25	-.17	1.00					
CS	-.29	-.14	-.06	.55*	1.00				
AF	.21	.09	-.01	.39	.38	1.00			
AS	.43	-.44	-.41	.20	-.02	.09	1.00		
Est	.01	-.53	-.72**	.57*	.40	.30	.50	1.00	
RESI-M	-.16	-.40	-.35	.84**	.76**	.49	.44	.76**	1.00

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

En la posprueba del mismo grupo, estrés y ansiedad correlacionaron positiva y significativamente ($p = .00$); Fortaleza y confianza tuvo correlación positiva y significativa con Estructura ($p = .00$); Apoyo familiar se correlacionó negativa y significativamente con el estrés ($p = .02$) y la ansiedad ($p = .04$); por último, la resiliencia tuvo correlaciones positivas y significativas con Fortaleza y confianza ($p = .00$), Competencia social ($p = .01$) y Estructura ($p = .00$).

Tabla 20. Correlaciones entre variables en la posprueba del grupo 2

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
EEP	1.00								
DASS-21	-.24	1.00							
BAI	-.19	.83**	1.00						
FyC	.08	-.38	-.30	1.00					
CS	-.13	.14	.02	.53	1.00				
AF	.50	-.63*	-.57*	.35	-.11	1.00			
AS	.54	.32	.10	.07	-.09	.23	1.00		
Est	.42	-.40	-.40	.79**	.54	.38	.25	1.00	
RESI-M	.34	-.01	.04	.77**	.10**	.17	.23	.74**	1.00

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

Las correlaciones encontradas en preprueba y posprueba del grupo 3 se presentan en las tablas 21 y 22 respectivamente.

En la preprueba del grupo 3, madres con experiencia previa de prematuridad, el estrés correlacionó positiva y significativamente con la ansiedad ($p = .00$), y negativa y significativamente con Apoyo familiar ($p = .01$) y Estructura ($p = .04$); la ansiedad tuvo correlación negativa y significativa con el apoyo familiar ($p = .03$).

Fortaleza y confianza se correlacionaron positiva y significativamente con Apoyo familiar ($p = .01$); Apoyo familiar presentó también correlación positiva y significativa con Estructura ($p = .05$); y se observaron correlaciones positivas y significativas de resiliencia con Fortaleza y Confianza ($p = .01$), Apoyo familiar ($p = .01$) y Estructura ($p = .04$).

Tabla 21. Correlaciones entre variables en la preprueba del grupo 3

	EEP	DASS-21	BAI	FyC	CS	AF	AS	Est	RESI-M
EEP	1.00								
DASS-21	-.18	1.00							
BAI	-.20	.97**	1.00						
FyC	.04	-.70	-.66	1.00					
CS	-.36	-.02	.17	.20	1.00				
AF	.32	-.88**	-.80*	.87*	.23	1.00			
AS	.64	-.15	-.04	.33	.23	.53	1.00		
Est	.00	-.78*	-.75	.67	.41	.76*	.07	1.00	
RESI-M	-.04	-.65	-.53	.89**	.60	.87*	.44	.78*	1.00

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

En la posprueba del grupo 3, se observó correlación positiva y significativa entre estrés y ansiedad ($p = .01$); el estrés correlacionó negativa y significativamente con Fortaleza y Confianza ($p = .02$), Estructura ($p = .04$) y resiliencia ($p = .03$), con las cuales la ansiedad correlacionó de la misma forma ($p = .03$, $p = .02$ y $p = .00$, respectivamente).

Así mismo, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre Fortaleza y confianza con Estructura ($p = .02$); Apoyo familiar con Estructura ($p =$

DASS-21	-.30	1.00							
BAI	-.12	.85**	1.00						
FyC	.12	-.45	-.48	1.00					
CS	-.01	-.24	-.26	.45	1.00				
AF	-.11	-.46	-.36	.55*	.28	1.00			
AS	-.20	.13	.02	.26	-.13	.45	1.00		
Est	.03	-.54*	-.56*	.68**	.34	.58*	.46	1.00	
RESI-M	.02	-.44	-.42	.85**	.67**	.60*	.36	.78**	1.00

Nota. **EEP** = Autoeficacia materna, **DASS-21** = Estrés, **BAI** = Ansiedad, **FyC** = Fortaleza y Confianza, **CS** = Competencia Social, **AF** = Apoyo Familiar, **AS** = Apoyo Social, **Est** = Estructura, **RESI-M** = Resiliencia.

**La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel .05 (bilateral)

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Evaluar los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia materna y resiliencia en las madres de bebés prematuros antes y después de implementar el Método Madre Canguro.

Debido a la heterogeneidad de la muestra total en los puntajes de las variables de estudio, fue necesario dividir a las madres en grupos de acuerdo con los padecimientos presentes en los bebés y la experiencia previa con la prematuridad que tenían las madres. La primera división correspondió a los grupos 1 y 2, donde el grupo 1 incluyó a las madres cuyos bebés presentaron padecimientos adicionales y, el 2, a aquellas cuyos bebés presentaron solamente padecimientos típicos de la prematuridad. La segunda división incluyó a los grupos 3 y 4; el grupo 3 comprendió a las madres con experiencia previa de prematuridad y, el 4, a aquellas sin dicha experiencia.

Se observó que los niveles de estrés, ansiedad, resiliencia y autoeficacia materna se mantuvieron en niveles muy similares para preprueba y posprueba tanto en la muestra total, como en cada uno de los subgrupos de la misma. De esta forma, los niveles altos de resiliencia presentes en la muestra se comparan con aquellos observados por Cerruto Sandoval (2020) y, la alta autoeficacia materna, con lo encontrado en madres adolescentes tardías primerizas por Iza Campaña (2016).

Así mismo, los niveles bajos de ansiedad que mantuvo la muestra también han sido observados en otras investigaciones como la realizada por Carpio Palomino y Siwin Loaiza (2019), en donde la ansiedad baja o normal predominó sobre los niveles moderados o intensos de la misma.

Por su parte, los niveles normales -o bajos- de estrés que predominaron en esta muestra solo se han ubicado en pequeños porcentajes de otros estudios, como el de Lozada López (2022), donde únicamente el 19% de las madres estudiadas tuvo dicho nivel de estrés; o el de Siccha Zavaleta (2019), donde dicho porcentaje fue del 14%.

Esta diferencia puede ser atribuida al contexto, pues en diversos estudios se

ha encontrado que el aspecto más estresante para las madres de los bebés prematuros internados en la UCIN es el distanciamiento que existe entre ellos y la obstrucción del rol maternal que este implica (Caruso, 2012; Ong et al., 2019; Swee et al., 2019). Por su parte, las madres de nuestra investigación tuvieron permitido ingresar diariamente a ver a sus bebés y ejercer su rol materno respecto a la alimentación, higiene y otros cuidados al menos una vez al día.

Resulta importante así hacer referencia al contexto hospitalario de nuestro estudio. Heydarpour et al. (2016) encontraron que las interacciones con el personal de salud influyen en la adaptación de la madre a su rol, siendo negativas la falta de empatía de los médicos al hablar del estado del bebé y la falta de información brindada por los mismos respecto a la condición y cuidados necesarios del prematuro. Sin embargo, las madres de nuestro estudio recibían información de los médicos de la UCIN diariamente y contaban con un equipo de profesionales dedicado específicamente a instruir las en los cuidados de sus recién nacidos.

Otras cuestiones importantes a resaltar en lo analizado por Heydarpour et al. (2016), es que la observación de otros bebés en el mismo o peor estado que el suyo por parte de las madres era considerado un factor de esperanza, autoeficacia y empoderamiento; así como el apoyo recibido por la familia, la pareja, los proveedores de salud y otras madres facilitaba la adaptación al rol materno. A estos factores estuvieron expuestas todas las madres de nuestro estudio, ya que su ingreso a la UCIN les permitía ver a todos los bebés en ella internados e incluso compartir experiencias con otras madres que se encontraban en su misma situación durante la práctica del MMC.

Respecto al contexto sociocultural, en su estudio con madres pertenecientes al Programa Madre Canguro Integral de un hospital universitario en Colombia, Díaz Suárez (2020) hace referencia a que la imagen mental que tienen las madres de sus bebés prematuros no corresponde a la realidad debido a que en la sociedad estas características no son consideradas, por lo que la idea de su maternidad proviene de experiencias previas, los pares, la familia, la sociedad y las instituciones. En su estudio, esta autora encontró como factor de protección una actitud resiliente en las madres de los prematuros que les permitía responder a las

necesidades del mismo y sobreponerse a sus sentimientos.

En el análisis sobre ser madre en los sectores populares de Argentina realizado por Marcús (2006) se expone que, aunque todas las mujeres estamos expuestas al mandato de la maternidad, hay diversos factores que crean variaciones en el significado que toma esta para cada mujer. Así, el tener hijos resulta la única vía de afirmación de la identidad para aquellas mujeres que son relegadas al ámbito privado familiar, con pocas posibilidades de realizarse laboralmente y que abandonan sus estudios de manera temprana. Estas mujeres desean y sienten gratificación con la maternidad, aunque esta pueda traer consigo contradicciones y conflictos. Recordamos que las madres de nuestra muestra son en su mayoría mujeres en unión libre o casadas (79.2%), cuya principal ocupación es el ser ama de casa (87.5%) y con estudios hasta secundaria o preparatoria (83.3%).

Evaluar los cambios en los niveles de estrés, ansiedad, autoeficacia materna y resiliencia en las madres de bebés prematuros después de la implementación del Método Madre Canguro.

En cuanto al aumento del estrés entre preprueba y posprueba de las madres de bebés con padecimientos agregados se ha encontrado que la mayor incertidumbre experimentada por los padres la ocasionan no saber el estado de salud del hijo, si el tratamiento que se le da es el adecuado y cómo será su evolución (Díaz Santiago et al., 2020). Por su parte, Wormald et al. (2015) encontraron que a los padres les resulta estresante no ser capaces de proteger a su bebé del dolor y de procedimientos dolorosos; los factores más estresantes para los padres al tener a su hijo internado son el aspecto y comportamiento de este, es decir, el equipo que requiere para su atención y su estado de salud (Belmontes Zacarías et al., 2017; Sánchez-Veracruz et al., 2017).

Respecto al aumento significativo de ansiedad entre preprueba y posprueba en las madres con experiencia previa de parto prematuro y a las puntuaciones significativamente más altas de estrés y ansiedad en la posprueba de dicho grupo que en el grupo de madres sin experiencia de prematuridad, Bener (2013) encontró

que las madres de bebés prematuros con partos prematuros previos, abortos y complicaciones de parto mostraron mayores niveles de ansiedad que las madres de bebés a término.

Una posible explicación se ha encontrado dentro de la literatura, donde Hagen et al., 2016 reportaron que los padres y madres pueden comparar sus experiencias previas y temen por un desenlace dramático en este nuevo nacimiento. Dentro de su muestra, estos padres y madres incluso compraron camas capaces de detectar apnea para asegurarse de saber si su hijo dejaba de respirar. De igual forma, las madres que perdieron bebés prematuros previamente mencionaron incluso haberse preguntado si este bebé también moriría, estar convencidas de que la experiencia se repetiría y pensar en que no se sentirían tranquilas hasta estar en casa y a salvo con su recién nacido.

Evaluar las relaciones que existen entre estrés, ansiedad, autoeficacia materna y resiliencia en madres de bebés prematuros antes y después de implementar el Método Madre Canguro.

Al contemplar la muestra total y cada uno de los subgrupos de la muestra de madres, no se encontraron relaciones significativas de la autoeficacia materna con ninguna de las variables de estudio. En línea con esto, Spielman y Taubman-Ben-Ari (2009) observaron que ni la prematuridad ni las características objetivas de la condición del bebé -como su peso o evaluación Apgar- influían en la evaluación de la autoeficacia para ninguno de los padres; sin embargo, entre más complicado se percibía el temperamento del bebé, menor era la autoeficacia en ambos.

Así, es posible que las limitaciones de convivencia con sus recién nacidos hayan influido en las evaluaciones de autoeficacia de las madres de nuestro estudio, siendo su autovaloración mayormente basada en sus experiencias previas, vicarias o en la persuasión social respecto a sus capacidades, como lo plantea Bandura (1994).

No obstante, es importante mencionar que la asociación positiva entre el estrés y la ansiedad estuvo presente tanto en la muestra total como en los cuatro

subgrupos de madres evaluados en pre y postpruebas. Esto es congruente con lo encontrado por Ong et al. (2017), en cuyo estudio el estrés materno se correlacionó positiva y significativamente con la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado, encontrándose la mayor correlación con esta última ($r = 0.445, p < 0.00$).

Por otro lado, en el grupo de madres de bebés con padecimientos agregados (grupo 1) el estrés y la ansiedad se correlacionaron negativa y significativamente con la competencia social después de la implementación del MMC. En referencia a esto, anteriormente se ha encontrado que las madres consideran un gran apoyo el poder conocer a otras mujeres en la misma situación que ellas (Norén et al., 2018).

Consideramos así que este podría ser el factor que influyó en nuestra muestra, ya que las madres tenían la oportunidad de platicar con otras mamás durante la implementación del MMC, al igual que interactuar más de cerca con el equipo de salud; era claro que, con el pasar de los días, las madres se sentían en mayor confianza dentro de la UCIN y hacían más preguntas al personal y a sus compañeras del MMC.

Por su parte, las madres de bebés sin padecimientos agregados (grupo 2) presentaron en la preprueba una asociación negativa entre la ansiedad y la estructura. El factor de estructura de la RESI-M abarca aspectos relacionados a la importancia de las rutinas, planeación y gestión del tiempo. En este sentido, las investigaciones muestran que las rutinas y los hábitos, al ser comportamientos automáticos y mecánicos, brindan confianza, seguridad y protección a la persona (Kahneman & Miller, 1986). De esta manera, cuando las personas atraviesan por una situación difícil, se recomienda mantener las rutinas normales o ajustarlas a la nueva situación y con ello disminuir los resultados psicológicos negativos, como la ansiedad (Avni-Babad, 2011).

En este mismo grupo de madres (grupo 2), después de la implementación del MMC se observaron asociaciones negativas entre el estrés y la ansiedad con el apoyo familiar. Esto puede ocurrir debido a que la participación de la madre en el MMC y su consecuente ausencia en otros ámbitos familiares pueden generar mayor involucramiento de otros miembros de la familia en la realización de las tareas que

aquella antes hacía, pero ahora no tiene el tiempo para realizar (Arivabene & Rubio Tyrell, 2010).

En cuanto a las madres con experiencia previa de prematuridad (grupo 3), en la preprueba se encontraron relaciones negativas entre el estrés y la estructura, así como entre el estrés y la ansiedad con el apoyo familiar. Retomando a Avni-Babad sobre la importancia de la estructura (2011), cuando se atraviesan situaciones completas, las rutinas ayudan a la persona a mermar el malestar brindándoles mayor confianza y seguridad. En este sentido el estudio Tarkka et al. (2000) y Darvil et al. (2010) mencionan que el apoyo de miembros de la familia, especialmente de la madre de la madre y los esposos o parejas, puede proporcionar a la madre apoyo psicológico, lo que, a su vez, fortalece la confianza y ayuda a suprimir las emociones negativas (Kearvell & Grant, 2010).

Después de la aplicación del MMC, este mismo grupo de madres (grupo 3) presento relaciones negativas entre el estrés y la ansiedad con la fortaleza y confianza en sí mismas. Entendemos que, dadas las características de nuestra muestra, la maternidad tiene una influencia dominante sobre la definición de identidad personal en las madres de este estudio (Marcús, 2006) y, debido a que el MMC ha demostrado preparar a las madres para hacerse cargo de sus bebés y cuidarlos (Silva Cantanhede et al., 2020); es de esperarse que se sientan más en control, mejor adaptadas y seguras después de su implementación (Norén et al., 2018).

Finalmente, tanto en el grupo de madres con experiencia previa de prematuridad (grupo 3) como en el grupo de madres sin ella (grupo 4), se encontraron relaciones negativas entre el estrés y la ansiedad con la estructura. Así, es importante mencionar que los aspectos en los cuales las madres comienzan a involucrarse al implementar el MMC implican prácticas regulares y repetitivas como el contacto piel con piel, la higiene y la lactancia del recién nacido (Norén et al., 2018; Silva Cantanhede et al., 2020; Zahedpasha et al., 2018), las cuales, las cuales pueden ayudar a establecer una rutina diaria y, con ella, mayor adaptación que se traduce en la reducción de los niveles de ansiedad y estrés.

Por esta razón, a las madres de nuestro estudio se les brindaron horarios específicos para poder acceder a la UCIN. Parte de las indicaciones del equipo de salud era la importancia de respetar los horarios en los que se debían atender estas y otras necesidades de los bebés durante su estancia en la UCIN y una vez que obtuvieran el alta del hospital.

Limitaciones y recomendaciones para futuros estudios

La principal limitación de este estudio fue el tamaño reducido de muestra debido a que su complejidad genera que el acceso a la misma sea limitado. Esto dificultó mostrar con mayor precisión los cambios en las variables entre preprueba y posprueba, así como realizar análisis más robustos con los datos. Como recomendación para lograr captar muestras de mayor tamaño planteamos el realizar labor informativa a las madres en cuanto se tenga conocimiento de que experimentarán un parto prematuro; de esta forma se podrían preparar para lograr una mayor y más constante asistencia, así como reconocer los beneficios del MMC a pesar de las dificultades que su práctica pueda implicar.

Por otro lado, la literatura sugiere que algunas condiciones del bebé pueden asociarse con otras variables de ajuste psicológico. Se ha encontrado que, en madres de bebés tanto prematuros como a término, las características objetivas de la condición del bebé se relacionan con el crecimiento postraumático; así, a mayor prematuridad, menor peso y menores puntuaciones Apgar, mayor percepción de crecimiento postraumático o crecimiento relacionado con el estrés (Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009). Por tanto, evaluar otras variables mayor tiempo después y bajo algunas de estas condiciones pudiera revelar más información sobre las respuestas psicológicas de las madres de recién nacidos bajo situaciones adversas.

Finalmente, se han realizado algunas investigaciones sobre otras prácticas que podrían ser benéficas para el estado mental de las madres de bebés recién nacidos. Así, se encontró que los niveles de estrés en las madres se reducen con la implementación de terapias de relajación mientras se amamanta al bebé (Mohd Shukri et al., 2019) y de intervenciones en grupo educacionales y de apoyo

(Oyekunle et al., 2021). En cuanto a madres de bebés prematuros se descubrió que la práctica de ejercicios de *Mindfulness* durante la aplicación del MMC redujo en ellas los niveles de ansiedad, depresión y estrés, y aumentó el nivel de consciencia (Landry et al., 2022); por lo que se recomienda indagar más acerca de estas intervenciones y sus efectos en beneficio de las madres y sus bebés.

Conclusiones

Si bien se ha encontrado que el tener un bebé prematuro implica enfrentarse a una situación inesperada y desconocida, podemos observar en el presente trabajo que ello no siempre es motivo de desajuste psicológico significativo en las madres. Aunque se ha demostrado la eficacia del MMC, queda claro que existen muchas otras variables pertenecientes al contexto personal y sociocultural que influyen en el bienestar psicológico de las mamás de los recién nacidos prematuros, como las creencias sobre la maternidad, el apoyo familiar y social, la capacidad de establecer rutinas, entre otros. Así, se resalta la importancia de la intervención integral en estas y otras circunstancias adversas en las que se pueden ver inmersas las madres de recién nacidos prematuros.

VI. REFERENCIAS

- Aguilar Bacilio, M. B. & Lavado Cruz, D. D. (2021). *Cotidiano de madres en el contacto piel a piel con recién nacidos prematuros* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo. <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0e887895-b9ef-4557-8a9a-ff1d1a8bfdb6/content>
- Ahumada-Barrios, M. E. & Alvarado, G. F. (2016). Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2750. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Antúnez, Z. & Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524692005>
- Arivabene, J. C. & Rubio Tyrell, M. A. (2010). Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), [07 pantallas]. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000200018>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Avni-Babad, D. (2011). Routine and feelings of safety, confidence, and well-being. *British Journal of Psychology*, 102(2), 223-244. <https://doi.org/10.1348/000712610X513617>
- Azmoude, E., Jafarnejade, F. & Mazlom, S. R. (2015). The Predictors for Maternal Self-efficacy in Early Parenthood. *Journal of Midwifery & Reproductive Health* 3(2), 368-376. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2015.4050>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. https://lms.vocalerasmus.eu/pluginfile.php/1020/mod_folder/content/0/Bandura_1994_Self-Efficacy.pdf

- Barraza Peña, C. G., Jofré Aravena, V. E. & Ramírez Ochoa, J. A. (2020). Percepciones asociadas al Método Madre Canguro de madres con recién nacidos prematuros. *Ciencia y Enfermería*, 26(32), 1-10. <http://dx.doi.org/10.29393/CE26-26PACB30026>
- Basurto García-Estañ, B. (2021). Los beneficios del Método Madre Canguro en recién nacidos pretérminos y sus madres: una revisión bibliográfica [Trabajo de fin de grado, Universidad Complutense de Madrid]. https://eprints.ucm.es/id/eprint/66079/1/BASURTO_GARCIA-ESTAN%CC%83_B_TFG%20.pdf
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 11(3), 125-146. <https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/05/01.20063.Becona.pdf>
- Bellido-González, M., Robles-Ortega, H., Castelar-Ríos, M. J., Díaz-López, M. A., Gallo-Vallejo, J. L., Moreno-Galdó, M. F. & De los Santos-Roig, M. (2019). Psychological distress and resilience of mothers and fathers with respect to the neurobehavioral performance of small-for gestational-age newborns. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(54), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1119-8>
- Belmontes Zacarías, R., Zegbe-Dominguez, J. A. & Ruíz de Chávez Ramírez, D. (2017). Estrés y depresión en madres de prematuros atendidos en el hospital de la mujer. *Ibn Sina – Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, 1, 1-10. <https://1library.co/document/y81n7gwz-estres-depresion-madres-prematuros-atendidos-hospital-mujer.html>
- Ben-Ari, O. T., Skvirsky, V., Strauss, T. & Morag, I. (2019). Pre-term delivery, optimism and initial personal growth as predictors of mothers' long-term personal growth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 277–289. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1554245>
- Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 231-136. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0821>

- Bin Dahman, H. A. (2020). Risk factors associated with preterm birth: a retrospective study in Mukalla Maternity and Childhood Hospital, Hadhramout Coast, Yemen. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 20(2), 99–110. <https://doi.org/10.24911/SJP.106-1575722503>
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A-B., Narwal, R., Adler, A., Vera García, C., Rhode, 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, 2162-2172. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60820-4)
- Botella López, C. (2020). *Estrés psicosocial y prematuridad: impacto en la salud maternal y neonatal* [Trabajo de fin de grado, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/691420>
- Capezzuto Castro, B., Garay Albarracín, M., Castrillón de Freitas, S., Chávez Grimaldi, G. & Díaz Ocampo, A. (2017). *Estrés Laboral. Síndrome de Burnout y mobbing en el equipo de salud*. Universidad de la República Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10792/1/estreslaboral.pdf#page=30>
- Carpio Palomino, M. & Siwin Loaiza, Y. (2019). *Ansiedad y depresión asociados a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2018* [Tesis de Licenciatura, Andina del Cusco]. <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/2757>
- Caruso, A. (2012). *El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebé nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-072/962>
- Cerruto Sandoval, A. D. (2020). *Estrés y resiliencia en las madres de recién nacidos internados en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador].

<https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/786516fc-9b21-4fd3-8759-dcc2acc15ea7>

- Chan G. J., Valsangkar, B., Kajeepeta, S., Boundy, E. O. & Wall, S. (2016). What is kangaroo mother care? Systematic review of the literatura. *Journal of Global Health*, 6(1), 010701. <https://doi.org/10.7189/jogh.06.010701>
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y práctica*. Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Corral, Y., Corral, I. & Franco Corral, A. (2015). Procedimientos de muestreo. *Revista Ciencias de la Educación*, 26(46), 151-167. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/46/art13.pdf>
- Darvill R., Skirton H. & Farrand P. (2010) Psychological factors that impact on women's experiences of first -time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery* 26(3), 357-366. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. (2004). *Método madre canguro. Guía práctica*. Organización Mundial de la Salud. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43083/9243590359.pdf;jsessionid=A5C7C85BC549BA1D685C4858DA861391?sequence=1>
- Díaz Santiago C. Y., Hernández de la Cruz, A., Solís Gómez C. D. C., Candelero Juárez Y. & Tejero Pérez L. G. (2020). Incertidumbre y estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una UCIN. *Multidisciplinary Health Research*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/10.19136/mhr.a5n1.4397>
- Díaz Suárez, A. I. (2020). Experiencias del embarazo, parto y el imaginario de las madres sobre su bebé prematuro pertenecientes al Programa Madre Canguro, residentes en Bogotá. [Tesis de Grado, Pontificia Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/50255>
- Farkas-Klein, C. (2008). Escala de evaluación parental (EEP): Desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universitas Psychologica*, 7(2), 457-467. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a12.pdf>

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez S. & Muñiz, J. (2010). Propiedades psicométricas de la DepressFundación de Waal. (5 de septiembre de 2019). *Situación de las muertes neonatales en América Latina*. <https://fundaciondewaal.org/index.php/2019/09/05/la-situacion-de-las-muertes-neonatales-e-infantiles-en-america-latina/>
- Gerhardsson, E., Hildingsson, I., Mattsson, E. & Funkquist, E. (2018). Prospective questionnaire study showed that higher self-efficacy predicted longer exclusive breastfeeding by the mothers of late preterm infants. *Acta Paediatrica*, 107(5), 799-805. <https://doi.org/10.1111/apa.14229>
- Gholami, A., Karimi, F., Ghasempour, Z., Abolhassani, M. & Rabiee, N. (2021). Comparison of the Effect of Kangaroo Care and Infant Massage on the Level of Maternal Anxiety and Neonatal Pain. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 23(1), 90-97. <https://jbums.org/article-1-9473-en.pdf>
- Goldenberg, R. L., Gravett, M. G., Iams, J., Papageorghiou, A. T., Waller, S. A., Kramer, M., Culhane, J., Barros, F., Conde-Agudelo, A., Bhutta, Z. A., Knight, H. E. & Villar, J. (2012). The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(2), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.10.865>
- González-Arratia, N. I. (2007). *Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca* [Tesis de Doctorado, Universidad Iberoamericana]. https://biblio.ibero.mx/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=491771&shelfbrowse_itemnumber=641984
- González-Arratia López Fuentes, N. I. & Valdez Medina, J. L. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 941-955. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70944-X](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70944-X)
- González Cabanach, R., Valle Arias, A., Freire Rodríguez, C. y Ferradás Canedo, M. (2012). Relaciones entre la autoeficacia percibida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 29, 40-48. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243030189004.pdf>

- González-Spinola Calvo, E. (2020). *Caracterización del Método Canguro y valoración de los padres* [Tesis de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41561?locale-attribute=de>
- González Ramírez, M. T. & Landero Hernández, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y Teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12(01), 45-61. <http://www.monica-gonzalez.com/2006%20teoria%20transaccional%20sx.pdf>
- Grandi, C., González, M. A., Naddeo, S., Basualdo, M. N. & Salgado, M. P. (2008). Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. Una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27(2), 51-69. <https://www.redalyc.org/pdf/912/91227202.pdf>
- Gutiérrez-Padilla, J. A., Pérez-Rulfo, I. D., Angulo-Castellanos, E., Valle-Delgado, E., García-Hernández, H. A. & Martínez-Verónica, R. (2017). Cuidados centrados en el desarrollo en unidades de neonatología de México, 2015. Encuesta a través de redes sociales. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(6), 355-363. <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n6/0300-9041-gom-85-06-355.pdf>
- Hagen, I. H., Iversen, V. C. & Svindseth, M. F. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics*, 16(92), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0631-9>
- Henderson Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: cómo superar las adversidades*. Gedisa Editorial.
- Henry, D. & Crawford, J. (2005). The short-form versión of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construc validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Hernández-Ávila, C. E. & Carpio Escobar, N. A. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Revista Alerta*, 2(1), 75-79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education.
- Heydarpour, S., Keshavarz, Z & Bakhtiari, M. (2016). Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive

care unit: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 138-148.
<https://doi.org/10.1111/jan.13099>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (22 de julio de 2020). *El estrés y tu Salud*. <https://www.gob.mx/issste/articulos/el-estres-y-tu-salud?idiom=es>

Iza Campaña, M. C. (2016). *Análisis del rol materno en las madres adolescentes primerizas atendidas en el Centro de Salud de Tabacundo según la percepción de autoeficacia parental en el periodo de enero a marzo 2016*. [Tesis de Maestría, Universidad Central de Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11748>

Kahneman, D., & Miller, D. T. (1986). Norm theory: Comparing reality to its alternatives. *Psychological review*, 93(2), 136. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.93.2.136>

Kearvell H. & Grant J. (2010) Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27(3), 75 -82. <https://doi.org/10.37464/2010.273.1717>

Kestler-Peleg, M., Lavenda, O., Stenger, V., Bendett, H., Alhalel-Lederman, S., Maayan-Metzger, A. & Strauss, T. (2020). Maternal self-efficacy mediates the association between spousal support and stress among mothers of NICU hospitalized preterm babies. *Early Human Development*, 146, 1-2.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105077>

Kostandy R. R. & Ludington-Hoe, S. M. (2019). The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact). *Birth Defects Research*, 1(12), 1-12.
<http://dx.doi.org/10.1002/bdr2.1565>

Kurt, F. Y., Kucukoglu, S., Ozdemir, A. A. & Ozcan, Z. (2020). The Effect of Kangaroo Care on Maternal Attachment in Preterm Infants. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23(1), 26-32. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_143_18
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31929203/>

Landry, M. A., Kumaran, K., Tyebkhan, J. M., Levesque, V. & Spinella, M. (2022). Mindful Kangaroo Care: mindfulness intervention for mothers during skin-to-skin care: a randomized control pilot study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(35), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-04336-w>

- Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., Hernández, Z. & Nieto, L. (2017). Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. *Salud Mental*, 40(5), 201-208. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.026>
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. Springer.
- 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
- Lezma Andia, Y. M. (2013). *Nivel de ansiedad de las madres con RN prematuros sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/12935>
- López, P. L. (2004). Población, muestra y muestreo. *Punto Cero*, 9(8), 69-74. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
- Lovibond, S. & Lovibond, P. (1995). *Manual for the depression anxiety scales*. Psychology Foundation.
- Lozada López, M. (2022). Estrés percibido y estrategias de afrontamiento de madres mexicanas con prematuros en terapia intensiva neonatal. [Tesis de Maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/17884>
- Lupton, D. & Fenwick, J. (2001). 'They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social Science & Medicine*, 53, 1011-1021. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00396-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00396-8)
- Manjarrez Heredia, E. J. (2015). *Influencia de los factores del cuidado hospitalario en el apareamiento de la ansiedad en madres de recién nacidos prematuros del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora*. [Informe Final del Trabajo de Titulación de

Psicóloga Clínica]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7451/1/T-UCE-0007-301c.pdf>

- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4(7), 99-118. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26940705>
- Matos-Alvizo, L. J., Reyes-Hernández, K. L., López-Navarrete, G. E., Reeyes-Hernández, M. U., Aguilar-Figueroa, E. S., Pérez-Pacheco, O., Reyes-Gómez, U., López-Cruz, G., Flores-Morillón, B. C., Quero-Hernández, A. & Quero-Estrada, A. (2020). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 7(3), 179-186. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
- Ministério da Saúde. (2013). Atensão Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru: Manual Técnico. Brasília – DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf
- Mira, A. & Bastías, R. (2021). Maternidad, migración y prematuridad: experiencias en una unidad de neonatología. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2946. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2232>
- Mohd Shukri, N. H., Wells, J., Eaton, S., Mukhtar, F., Petelin, A., Jenko-Pražnikar, Z. & Fewtrell, M. (2019). Randomized controlled trial investigating the effects of a breastfeeding relaxation intervention on maternal psychological state, breast milk outcomes, and infant behavior and growth. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 10(1), 121-130. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqz033>
- Muñoz Gonzales, M. J. (2021). *Impresiones emotivas de las madres ante el nacimiento de un hijo prematuro*. Chota, 2017 [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Chota]. <http://www.repositorio.unach.edu.pe/handle/20.500.14142/168>
- Navarro, C., Navarrete, L. & Lara, M. A. (2011). Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud Mental*, 34(1), 37-43. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100005

- Nie, C., Dai, Q., Zhao, R., Dong, Y., Chen, Y. & Ren, H. (2017). The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: a cross sectional study in Southwest China. *Health and Quality of Life Outcomes* 15(26), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0603-2>
- Norén, J., Hedberg Nyqvist, K., Rubertsson, C. & Thernström Blomqvist, Y. (2018). Becoming a mother – Mother's Experience of Kangaroo Mother Care. *Sexual & Reproductive Care*, 16, 181-185. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.005>
- Nyondo-Mipando, A. L., Kinshella, M-L. W., Hiwa, T., Salimu, S., Banda, M., Vidler, M., Molyneux, E., Dube, Q., Goldfarb, D. M. & Kawaza, K. (2021). Mothers' quality of life delivering kangaroo mother care at Malawian hospitals: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(186), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01823-8>
- OECD/The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe, 2020*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Ong, S. L., Abdullah, K. L., Danaee, M., Soh, K. L., Soh, K. G. & Japar, S. (2017). Stress and Anxiety Among Mothers of Premature Infants in a Malaysian Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 193-205. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540861>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de febrero de 2018). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/es>
- Osorio Galeano, S. P. & Salazar Maya, A. M. (2021). Experiencias de los padres de niños prematuros hospitalizados en torno a las restricciones para la interacción con su hijo impuestas por la pandemia. *Investigación y educación en enfermería*, 39(2), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e10>
- Osorno Covarrubias, L., Rupay Aguirre, G. E., Rodríguez Chapuz, J., Lavadores May, A. I., Dávila Velázquez, J. & Echeverría Eguiluz, M. (2008). Factores maternos relacionados con prematuridad. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(9), 526-536. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089f.pdf>

- Oyekunle, O. O., Bella-Awusah, T., Ayede, A. I., Omigbodun, O. O. & Ani, C. C. (2021). Effect of a Brief Supportive and Educational Intervention on the Psychological Well-Being of Mothers with Babies in Neonatal Wards of a Tertiary Hospital in Ibadan, Nigeria. *Journal of Tropical Pediatrics*, 67(2), 1-10. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmab038>
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A. & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Elsevier*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Palomar Lever, J. & Gómez Valdez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>
- Parra Parra, M. B. (2007). *Pilares de la resiliencia* [Trabajo de graduación, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1076/1/06253.pdf>
- Pisfil Núñez, N. D. P. & Solis Paredes, X. A. (2019). *Experiencia de la madre en el apego con el neonato prematuro hospitalizado. Unidad de Cuidados Intensivos – Minsa. Chiclayo. 2018* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”]. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/5234>
- Purbasary, E. K., Rustina, Y. & Budiarti, T. (2017). Increasing Confidence and Ability in Implementing Kangaroo Mother Care Method Among Young Mothers. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(S1), 1–7. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1386964>
- Reichert A. P. S., Guedes A. T. A., Soares A. R., Brito P. K. H., Dias T. K. C., Santos N. C. C. B. (2021). Covid-19 pandemic: experiences of mothers of infants who were born premature. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(spe), e20200364. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200364>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218. https://www.researchgate.net/publication/283150414_The_Mexican_version_of_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_properties

- Rodríguez, D. C., Ceriani Cernadas J. M., Abarca, P., Edwards, E., Barrueco, L., Lesta, P. & Durán, P. (2020). Estrés postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas de gestación. *Archivo Argentino de Pediatría*, 118(5), 306-312. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.306>
- Romero, R., Espinoza, J., Kusanovic, J. P., Gotsch, F., Hassan, S., Erez, O., Chaiworapongsa, T. & Mazor, M. (2006). The preterm parturition syndrome. *BJOG*, 113(Suppl 3), 17-42. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1471-0528.2006.01120.x>
- Salas Blas, E. (2013). Diseños pre experimentales en psicología y educación: una revision conceptual. *Liberabit Revista Peruana de Psicología*, 19(1), 133-141. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v19n1/a13v19n1.pdf>
- Sánchez-Veracruz, M., Leal-Costa, C., Pastor-Rodríguez, J. & Díaz-Agea, J. (2017). Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal. *Enfermería Global*, 16(3), 270-280. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256061>
- Sandín, B. (1995). El estrés en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, pp. 2-52). McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). Estrés psicosocial. Klinik.
- Scoccola, R. S. (2010). *El caso de niños nacidos prematuros que son internados en Terapia Intensiva Neonatal. Experiencias, prácticas y representaciones del grupo familiar* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Buenos Aires]. http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/933/uba_ffyl_t_2010_86477_3.pdf
- Secretaría de Salud. (Septiembre de 2015a). *Sistema informático perinatal México* [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/PanSIPMEX.pdf>
- Secretaría de Salud. (31 de octubre de 2015b). *¿Qué es la ansiedad?* <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>.
- Secretaría de Salud. (17 de noviembre de 2017). *Los bebés prematuros requieren cuidados especiales*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/los-bebes-prematuros-requieren-cuidados-especiales>

- Siccha Zavaleta, R. (2019). Estrés y adopción del rol materno en madres de recién nacidos prematuros. Trujillo [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional de Trujillo]. <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14926/2E%20606.pdf>
- Silva Cantanhede, E., Miranda Amorim, F. C., da Silva Oliveira, A. D., Pinheiro Landim Almeida, C. A. & Mendes dos Santos, S. (2020). Mothers' experiences in caring for premature newborn in the Kangaroo Method. *Cogitare Emfermagem*, 25, e67416. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67416>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Swee, L. O., Khatijah, L. A., Mahmoud, D., Kim, L. S., Kim, G. S. & Salimah, J. (2019). Stress and anxiety among mothers of premature infants in a Malaysian neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 193-205. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540861>
- Taboada, M. L. (1998). Eventos y traumáticos y reacciones de estrés: identificación y manejo en una situación de desastre natural. *Psiquiatría.com Revista electrónica*, 2(4). <http://psiqu.com/1-5913>
- Tarkka M.T., Paunonen M. & Laippala P. (2000) First -time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 20 -26. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01264.x>
- 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. <http://dx.doi.org/10.2307/1131143>
- Torrecilla, M., González Cruz, F. & Waldheim Arizu, J. (2019). Percepción de eficacia materna y autoestima materna luego de una internación en una unidad de cuidados intensivos neonatal. *Investigaciones en psicología*, 24(2), 43-49. <https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a24n2a25>
- Torrecilla, N. M, Wadheim-Arizu, J. & Contreras-Zapata, D. I. (2023). Ansiedad, depresión e interacciones vinculares en madres de prematuros durante el período de internación en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y prealta de sus hijos. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada Yachasun*, 7(12), 111-124. <https://doi.org/10.46296/yc.v7i12.0277>

- Torres Camacho, V. & Chávez Mamani, A. A. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica*, 35, 1788-1792. http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v35/v35_a01.pdf
- Torres, J., Palencia, D., Sánchez, D. M., García, J., Rey, H. & Echandía, C. A. (2006). Programa Madre Canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. *Colombia Médica*, 37(2), 96-101. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28337203>
- Torraco Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menendez Álvarez-Dardet, S. & López López, M. A. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718103>
- Uchino, B. N., Holt-Lunstad, J., Uno, D., Betancourt, R. & Gaverty, T. S. (1999). Social support and age-related differences in cardiovascular function: An examination of potential mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 135-142. [http://refhub.elsevier.com/S1134-7937\(20\)30024-5/sbref0295](http://refhub.elsevier.com/S1134-7937(20)30024-5/sbref0295)
- Veronez, M, Borghesan, N. A. B., Corrêa, D. A. M. & Higarashi, I. H. (2017). Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), e60911. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>
- Werner, E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press. <https://doi.org/10.7591/9781501711992>
- Wormald, F., Tapia, J. L., Torres, G., Cánepa, P., González, M. A., Rodríguez, D., Escobar, M., Resyes, B., Capelli, C., Menéndez, L., Delgado, P., Treuer, S., Ramírez, R., Borja, N., Domínguez, A. & Neocosur Neonatal Network. (2015). Stress in parents of very low birth weight preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units. A multicenter study. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(4), 303-309. <https://doi.org/10.5546/aap.2015.eng.303>
- Yansapanta Cuzco, G. A., Herrera López, J. L. & Pachucho Flores, A. P. (2022). Resiliencia de las madres de neonatos hospitalizados. *Enfermería Investiga. Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 7(3), 81-86. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v7i3.1687.2022>

- Zahedpasha, Y., Salarmanesh, A., Khafri, S., Mouodi, S. & Arzani, A. (2018). The Effect of Kangaroo Mother Care on Mental Health of Mothers with Premature Infants. *Babol University of Medical Sciences*, 20(6), 7-13. <https://jbums.org/article-1-7433-en.pdf>
- Zamalloa Montoya, S. (2016). *Relación entre la ansiedad y depresión asociadas a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de neonatología del hospital regional de cusco – 2016*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Alas Peruanas]. <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/3565>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento, cuestionario sociodemográfico y escalas

Me dirijo a usted de la manera más atenta para comunicarle que mi nombre es Mariana Rocío Moreno Cavazos, soy Licenciada en Psicología y actualmente estudio la Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Como parte de mi proyecto de tesis, estoy realizando un estudio sobre diversos aspectos psicológicos en las madres de bebés que se encuentran internados en la UCIN y estoy ampliamente interesada en conocer su opinión. Su aportación puede ser de gran ayuda para la mejora de atención a futuras madres que se encuentren en una situación similar a la suya, por lo que, si acepta participar, usted podría contribuir al bienestar de estas y sus bebés. La información aquí recabada será tratada con la mayor confidencialidad, de manera que nadie conocerá sus respuestas; así, le pido contestar de la forma más honesta posible, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas. Si usted está de acuerdo con participar, le pido por favor firmar en la siguiente línea:

Firma de conformidad

Cuestionario sociodemográfico

Folio: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Estado civil: _____ Ocupación:

 Personas con las que vive (cantidad y parentesco):

_____ Domicilio (colonia):

_____ ¿Su embarazo fue planeado? Sí ____ No ____

Total de citas de control natal a las que asistió: ____

Embarazos previos: ____ ¿Alguno fue múltiple? Sí ____ No ____ ¿Cuántos? ____

¿Tuvo parto prematuro anteriormente? Sí ____ No ____ ¿Cuántos? ____

¿Tuvo algún aborto anteriormente? Sí ____ No ____ ¿Cuántos? ____

¿Ha sido diagnosticada con algún padecimiento psiquiátrico? Sí ____ No ____

¿Cuál(es)?

¿Contaba con algún diagnóstico previo a su embarazo (diabetes, hipertensión, desorden hormonal, ansiedad, etcétera)? Sí ____ No ____ ¿Cuál(es)?

¿Desarrolló algún padecimiento durante el embarazo (infección, preeclampsia, isquemia, sobredistensión, alergia, desórdenes endócrinos, etcétera)? Sí ____ No ____

¿Cuál(es)?

¿Desarrolló algún padecimiento después del parto? Sí ____ No ____

¿Cuál(es)?

Horas de sueño aproximadas al día: ____

Lea cuidadosamente cada afirmación e **indique con una X qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de ellas. A cada afirmación debe otorgarle un puntaje, que va desde 0 (totalmente en desacuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo), donde 5 es el término medio (a veces de acuerdo, a veces en desacuerdo).**

En caso de tener más hijos, favor **de contestar únicamente en referencia al que actualmente se encuentra internado en la UCIN.**

	Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Totalmente de acuerdo
1.- Me siento constantemente criticada o evaluada por otros en mi rol de madre.											
2.- Mis intereses y talentos están en otras áreas de mi vida, no en la maternidad.											
3.- Ser madre no ha sido tan satisfactorio como yo esperaba.											
4.- Se me hace realmente difícil decidir cómo criar a mi bebé.											
5.- Las exigencias de la maternidad me hacen sentir tensa y angustiada.											
6.- Siento que en general las tareas de la maternidad no me permiten disfrutar a mi bebé.											
7.- Siento que no he logrado ser el tipo de madre que me gustaría.											
8.- Siento que hago un buen trabajo como madre.											
9.- El ser madre me hace sentir satisfecha y feliz.											
10.- Considero que las decisiones que tomo en relación a la crianza de mi bebé son las más acertadas.											

Lea cuidadosamente cada expresión e indique con una X en el recuadro correspondiente qué tanto se aplican a usted *durante la última semana* cada una de ellas.

	No se aplica a mí en absoluto	Se aplica a mí hasta cierto punto	Se aplica a mí en un grado considerable	Se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo
1.- Experimenté temblores, (por ejemplo, en las manos).				
2.- Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa.				
3.- Estuve preocupado acerca de las situaciones ante las cuales me asusto y hago el ridículo.				
4.- Me encontré a mí mismo poniéndome nervioso.				
5.- Encontré difícil relajarme.				
6.- Estuve intolerante con todo lo que me distrajera de lo que estaba haciendo.				
7.- Sentí que estuve a punto de entrar en pánico.				

Lea cuidadosamente cada reactivo de la lista e **indique con una X en el cuadro correspondiente el grado en que le haya molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy.**

	Nada	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2.- Acalorado				
3.- Con temblor en las piernas				
4.- Incapaz de relajarse				
5.- Con temor a que ocurra lo peor				
6.- Mareado o que se le va la cabeza				
7.- Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8.- Inestable				
9.- Atemorizado y asustado				
10.- Nervioso				
11.- Con sensación de bloqueo				
12.- Con temblores en las manos				
13.- Inquieto, inseguro				
14.- Con miedo a perder el control				
15.- Con sensación de ahogo				
16.- Con temor a morir				
17.- Con miedo				
18.- Con problemas digestivos				
19.- Con desvanecimientos				
20.- Con rubor facial				
21.- Con sudores, fríos o calientes				

Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones e **indique con una X en el recuadro correspondiente qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de ellas.**

	Totalmente en	En	De acuerdo	
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2.- Sé dónde buscar ayuda.				
3.- Soy una persona fuerte.				
4.- Sé muy bien lo que quiero.				
5.- Tengo el control de mi vida.				
6.- Me gustan los retos.				
7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				

8.- Estoy orgulloso de mis logros.				
9.- Sé que tengo habilidades.				
10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11.- Creo que voy a tener éxito.				
12.- Sé cómo lograr mis objetivos.				
13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución.				
14.- Mi futuro pinta bien.				
15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16.- Estoy satisfecho conmigo mismo.				
	Totalmente en desacuerdo	En	De acuerdo	
17.- Tengo planes realistas para el futuro.				
18.- Confío en mis decisiones.				
19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.				
20.- Me siento cómodo con otras personas.				
21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.				
22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				
23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.				
24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.				
25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.				
26.- Disfruto de estar con otras personas.				
27.- Sé cómo comenzar una conversación.				
28.- Tengo una buena relación con mi familia.				
29.- Disfruto de estar con mi familia.				
30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.				
31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.				
32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.				
33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.				
34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se reocupan por mí.				
35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.				
36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.				
37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.				
38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades				
39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.				
40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.				
41.- Prefiero planear mis actividades.				
42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.				
43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.				