

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Facultad de Formación del Profesorado y Educación
MÁSTER UNIVERSITARIO EN INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN
SOCIOEDUCATIVA
Curso 2022-2023

**INVESTIGACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
SOCIOEDUCATIVA Y DE APOYO, DESDE LA
ASOCIACIÓN COPRAMO, PARA FAMILIAS DE
NIÑOS PREMATUROS EN ASTURIAS**

Autor/a: Viviana Eugenia Manrique Gutiérrez

Tutor/a: Celestino Rodríguez Pérez

Beatriz Rodríguez Ruiz

Junio de 2023

TÍTULO: Investigación y propuesta de intervención socioeducativa y de apoyo desde la asociación COPRAMO, para familias de niños prematuros en Asturias.

RESUMEN: El nacimiento de un bebe prematuro hace que, para los padres este momento se convierta en algo angustioso, de preocupación e incertidumbre. Cuidar del pequeño en prematuridad, ya sea dentro del hospital o en casa, puede llegar a ser agotador y causar una gran tensión y estrés; es una situación generalmente inesperada que demanda gran carga emocional; no solo cuando recibe los cuidados médicos sino cuando los miembros de la familia se enfrentan con la responsabilidad de cuidar al menor, ya en el hogar. Desde este planteamiento se ha realizado un estudio empírico que tiene como finalidad conocer perfil de las familias asturianas con hijos prematuros e identificar posibles necesidades. Mediante un estudio descriptivo de técnica de encuesta en el que han participado 221 participantes. Se ha recogido información sobre el estado de salud de la madre en el nacimiento, las características sociodemográficas del menor prematuro, los recursos y apoyos para la prematuridad y el estrés parental. Los resultados señalan la necesidad de una intervención integral desde los ámbitos social, psicológico, pedagógico y emocional para facilitar la compleja situación a los progenitores.

PALABRAS CLAVES: Prematuridad, estrés parental, intervención familiar, apoyo psicopedagógico, parentalidad y educación positiva.

TITLE: Research and proposal for socio-educational intervention and support from the COPRAMO association, for families of premature children in Asturias

ABSTRACT: The birth of a premature baby turns this moment into something distressing, worrisome, and uncertain for the parents. Taking care of the little one in prematurity, whether in the hospital or at home, can become exhausting and cause significant tension and stress. It is a generally unexpected situation that demands a heavy emotional burden, not only when receiving medical care but also when family members face the responsibility of caring for the child at home. Based on this premise, an empirical study has been conducted with the aim of understanding the profile of Asturian families with

premature children and identifying possible needs. Through a descriptive survey technique involving 221 participants, information has been collected regarding the mother's health status at birth, the sociodemographic characteristics of the premature child, resources and support for prematurity, and parental stress. The results indicate the need for comprehensive intervention from social, psychological, pedagogical, and emotional perspectives to facilitate the complex situation for the parents.

KEYWORDS: Prematurity, parental stress, family intervention, psycho-pedagogical support, parenting and positive education.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	5
BLOQUE I. FUNDAMENTEACIÓN TEÓRICA	7
1.1. Prematuridad.....	7
1.2. Características del menor prematuro.....	8
1.2.1. Conceptualización de la prematuridad.....	11
1.2.2. Evolución de la prematuridad.....	15
1.2.3. Prematuridad y familia	16
1.3. Apoyo institucional en la prematuridad	18
1.3.1. Instituciones que trabajan la prematuridad en España	19
1.3.2. Intervención con las familias de los niños prematuros	21
1.4. Estrés parental	22
2. BLOQUE II PARTE EMPÍRICA	24
2.1. METODO.....	24
2.1.1. Objetivos	25
2.1.2. Variables	25
2.1.3. Participantes.....	27
2.1.4. Instrumentos de recogida de datos.....	28
2.1.5. Procedimiento	29
2.1.6. Análisis de datos	30
2.2. RESULTADOS	30
2.2.1. Estado de salud de la madre en la gestación y nacimiento del menor.....	30
2.2.2. Características del menor prematuro.....	34
2.2.3. Recursos y apoyos para la prematuridad	40
2.2.4. Estrés parental	41
3. BLOQUE III. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	43
Asociación COPRAMO para familias de niños prematuros en Asturias	43
3.1. Marco institucional	43
3.2. Programa dirigido a familias con hijos prematuros	45
3.3. Destinatarios del programa	46
3.4. Objetivos del programa	46
3.5. Enfoque	47
3.6. Contenidos y temáticas	48

3.7. Planeación de Sesiones:.....	50
3.8. Temporización.....	53
3.9. Recursos	54
3.10. Evaluación y recogida de información	55
BLOQUE IV. Conclusiones	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
INDICE DE TABLAS	62
INDICE DE FIGURAS.....	63
Índice de imágenes.....	63
Índice de Gráficos.....	63
Índice de Anexos	63

NOTA DEL AUTOR

A lo largo de todo el documento se utilizarán los genéricos “niño”, “hijo” “bebe” ·menor”, “padres” con objeto de hacer más fácil la lectura. Es importante manifestar que no se pretende utilizar un lenguaje sexista, y que estos términos harán referencia tanto al género masculino como al femenino. Asimismo, cuando se mencione de manera concreta a “madre” o “padre”, es porque se trata concretamente sobre los mismos

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño prematuro está sumido en un camino complicado y de incertidumbre para sus familias, que a veces comienza desde la gestación, hasta varios años después. Si a esta situación, se le suma el desconocimiento y la falta de información sobre la prematuridad y la patología del neonato, sitúa a las familias en un estado de desamparo y mucha ansiedad, que traerá consigo sentimientos de inseguridad y baja competencia parental (Vaca-Pazmiño y Salazar, 2018). Esta gran carga emocional produce altos niveles de estrés y necesidad de apoyo especial, no solo de atención en los menores sino también para los progenitores. Este autor ve conviene recordar que trabajar con niños prematuros y sus familias no debe hacerse solo desde Servicios Sociales como antes se creía. Se requiere que la atención sea multidisciplinar, por ello debe darse desde varios ámbitos como el escolar, el social y el clínico, entre otros y necesita dotar a los padres de herramientas para ejercer el rol paterno de forma adecuada.

Desde el Máster de Intervención investigación socioeducativa de la universidad de Oviedo (2023), las intervenciones docentes e institucionales, han llevado al análisis y reflexión sobre la falta de formación para ejercer ese rol parental, siendo oportuno plantearse “cómo pueden los padres y madres actuar de manera correcta en la educación de sus hijo/as si nunca han sido informados ni preparados” (Martínez-González, 1999, p. 3). Es importante tener en cuenta que para el ejercicio positivo del rol parental se necesita actuación y la intervención conjunta de ambos padres (Martínez-González, 2008). Por lo tanto, se deben trazar acciones de apoyo, atención y desarrollo de habilidades y dotar a los individuos herramientas para asumir su rol y responsabilidad paterna, a través de las instituciones sociales, de educación y desde iniciativas del tercer sector.

Este TFM. Constará de tres apartados; el primero será los marcos de referencias: el institucional y el teórico que permitirán tener conocimiento acerca de concepciones conceptuales del tema y de la población objeto de estudio. También presentara la metodología de la investigación determinando el diseño técnicas, instrumentos para la

obtención de datos y recogida de información. En el segundo apartado se realizará el análisis e interpretación de los resultados, determinando las necesidades de la población objeto de estudio, que en este caso serán las familias de los niños prematuros. En el tercer apartado presentara un diseño del programa, que darán forma a la propuesta de Intervención Socioeducativa dirigido a Familias de niños prematuros en Asturias Finalmente se presentaran las conclusiones del trabajo.

BLOQUE I. FUNDAMENTEACIÓN TEÓRICA

Según Vaca-Pazmiño y Salazar (2018), cuando un nuevo ser llega al hogar con el nacimiento de los hijos, se desata un torrente de emociones y cambios en la dinámica familiar. La familia se convierte en el cimiento donde se construye el amor, la atención y el cuidado necesarios para promover el crecimiento y desarrollo saludable del nuevo miembro. Este evento trascendental no solo impacta a nivel individual, sino que también fortalece los lazos familiares y crea un ambiente de celebración y bienvenida. El embarazo, que normalmente dura alrededor de 40 semanas, marca el comienzo de una serie de preparativos y transformaciones en el hogar. Los padres se esfuerzan por crear un entorno seguro y acogedor para el bebé, adaptando el espacio, adquiriendo los elementos necesarios y buscando información sobre el cuidado infantil. Esta etapa es una oportunidad para que la familia se una en torno al bienestar del nuevo miembro y establezca vínculos aún más fuertes.

Sin embargo, y como lo refiere en ocasiones, el nacimiento puede adelantarse y dar lugar a un parto prematuro. Esto supone un giro inesperado en el camino, llevando a la familia a enfrentar desafíos adicionales y adentrándolos en un escenario más complejo. Los padres deben lidiar con la preocupación por la salud y el desarrollo del bebé, así como con la incertidumbre y el estrés emocional que conlleva esta situación. La familia se convierte en un pilar fundamental de apoyo, brindando el amor incondicional y el respaldo necesario para superar las dificultades y adaptarse a las circunstancias cambiantes.

1.1. Prematuridad

Como lo referencia la Asociación Española de Pediatría (2005) en el Manual para padres de niños prematuros. La duración normal del embarazo se considera cuando el parto ocurre entre las semanas 37 y 42, conocido como "parto a término". Cuando un niño nace antes de las 37 semanas, se le denomina "prematuro o pretérmino". Los niños prematuros nacen con una inmadurez en sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.), lo que los hace más vulnerables a

enfermedades y más sensibles a factores externos como la luz y el ruido. Es posible que un niño nazca a las 40 semanas con un peso similar al de un niño prematuro de 32 semanas, lo que indica que es un bebé pequeño en relación con su edad gestacional. Es importante tener en cuenta que no todos los niños prematuros presentarán los mismos problemas. Aquellos nacidos antes de las 35 semanas requerirán apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ser ingresados en una Sala de Neonatología.

1.2. Características del menor prematuro

Como se vio anteriormente, el menor prematuro se refiere a aquellos bebés que nacen antes de completar las 37 semanas de gestación. Estos niños presentan características particulares debido a su inmadurez en términos de desarrollo de órganos y sistemas. Su condición los hace más susceptibles a complicaciones de salud y requieren cuidados especiales. En este apartado, se explorarán algunas de las características distintivas del menor prematuro. En relación con la prematuridad, es importante tener en cuenta las semanas de gestación en las que ocurre el nacimiento, según lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Cano-Giménez (2011), así como otros autores. Dentro del grupo de los menores prematuros, se pueden distinguir los siguientes grupos:

- Prematuro tardío: engloba a los niños que nacen entre las semanas 34 y 36 de gestación.
- Gran prematuro: comprende a los niños nacidos entre la semana 28 y 33 de gestación.
- Extremadamente prematuro: se refiere a los bebés que nacen con menos de 28 semanas de gestación.

Otro factor que afecta directamente a los prematuros es su peso al nacer. Como indica el autor, es necesario establecer una relación directa entre las semanas de gestación y el peso al nacer. Se considera que un niño tiene un peso adecuado si supera los 2,5 kilogramos. Sin embargo, aquellos que nacen por debajo de este peso pueden

enfrentar problemas y riesgos vitales debido a su falta de desarrollo. Cano-Giménez (2011), establece las siguientes categorías:

- Bajo peso: el peso del bebé se encuentra entre 1,5 y 2,5 kilogramos.
- Muy bajo peso al nacer: el niño nace con un peso de entre 1 y 1,5 kilogramos.
- Peso extremadamente bajo: peso inferior a 1 kilogramo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) señala que estos factores son considerados de riesgo y contribuyen al alto índice de problemas físicos, psicológicos y educativos en los prematuros. Algunas de las complicaciones y desafíos asociados con la prematuridad incluyen:

1. Problemas respiratorios: los pulmones de los bebés prematuros pueden no estar completamente desarrollados, lo que dificulta su capacidad para respirar adecuadamente.
2. Problemas de alimentación: los bebés prematuros pueden tener dificultades para succionar y tragar, lo que puede requerir alimentación a través de tubos o sondas.
3. Problemas de temperatura: los bebés prematuros tienen dificultades para mantener su temperatura corporal, por lo que necesitan atención especial para mantenerse calientes.
4. Riesgo de infecciones: los bebés prematuros tienen un sistema inmunológico más débil y son más susceptibles a las infecciones.
5. Problemas de desarrollo: los bebés prematuros pueden experimentar retrasos en su desarrollo físico y mental.

Además, la prematuridad se presenta como una de las principales causas de mortalidad entre los niños nacidos vivos pero que no completaron las 40 semanas de gestación. Es fundamental brindar un cuidado especializado a los prematuros debido a los desafíos y riesgos adicionales que enfrentan en comparación con los bebés nacidos a término.

Imagen 1

Ingreso de Niño Prematuro en la UCI del HUCA



Es importante destacar que el nacimiento prematuro puede ocurrir de forma espontánea y sin una causa específica identificable. Sin embargo, también existen razones médicas que pueden contribuir a este fenómeno. La literatura consultada, incluyendo información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), señala que el nacimiento prematuro afecta a nivel global y no hace distinción social o racial. Si bien la prematuridad puede ocurrir en cualquier contexto, ciertos factores pueden aumentar la probabilidad de su aparición. Entre estos factores se encuentran antecedentes de enfermedades maternas, edad materna avanzada o temprana, embarazos múltiples, consumo de sustancias adictivas durante el embarazo, infecciones maternas, problemas de salud materna, enfermedades crónicas y complicaciones durante el embarazo, como la preeclampsia o la diabetes gestacional, entre otros. La OMS (2022) destaca la importancia de explorar y comprender las diversas causas detrás del parto prematuro, a fin de implementar medidas preventivas y brindar un cuidado adecuado a las madres y bebés afectados. La investigación y el conocimiento

en esta área son clave para mejorar la salud de las madres y los niños, y disminuir los casos de nacimientos prematuros en la población.

1.2.1. Conceptualización de la prematuridad

La prematuridad se presenta cuando un bebé nace de manera precipitada. Según Cano-Giménez (2011), esta situación suele ser inesperada, inminente y relativamente rápida. Los padres de bebés prematuros a menudo se enfrentan a desafíos difíciles relacionados con la salud de sus hijos, que requieren cuidados especiales en unidades de neonatología. Esto implica una separación inicial de los padres, visitas limitadas y la incertidumbre sobre el pronóstico y desarrollo del bebé. Estas circunstancias añaden una capa adicional de estrés emocional para los padres.

De acuerdo con diversos testimonios de padres y profesionales que han trabajado con bebés prematuros, se evidencia que, tras el nacimiento, se experimenta un prolongado período de hospitalización. La Asociación de Padres de Bebés Prematuros (APREM, 2018), una organización en España que se dedica a abordar la problemática de la prematuridad afirma que esta situación interfiere de manera significativa en la vida familiar, laboral y doméstica. Incluso resulta aún más complicada cuando los padres deben equilibrar el cuidado de otros hijos o atender las necesidades de otros miembros de la familia. Los testimonios recogidos en la página de la asociación revelan que los padres expresan sentimientos de tristeza, incertidumbre, abatimiento y desesperanza, los cuales pueden dejar una marca profunda en su bienestar emocional.

En ocasiones, en estos servicios, los padres pueden experimentar restricciones en las visitas y deben mantenerse en constante alerta y comunicación con el equipo de salud especializado en la unidad de neonatología. Dado que este episodio es altamente estresante y prolongado, ya que puede influir en el desarrollo del hijo o hija, resulta fundamental contar con profesionales de apoyo en estas unidades. Los padres de niños prematuros, al pasar largas horas en el hospital, pendientes de la evolución de sus hijos, se convierten en una invaluable fuente de información y apoyo emocional mutuo. A través

de sus propias experiencias, educan, reconfortan y animan a otros padres, ya sea en las salas de espera o en los pasillos de los hospitales, brindando un sólido respaldo y apoyo.

Imagen 2

Unidad y Equipo de Neonatología HUCA

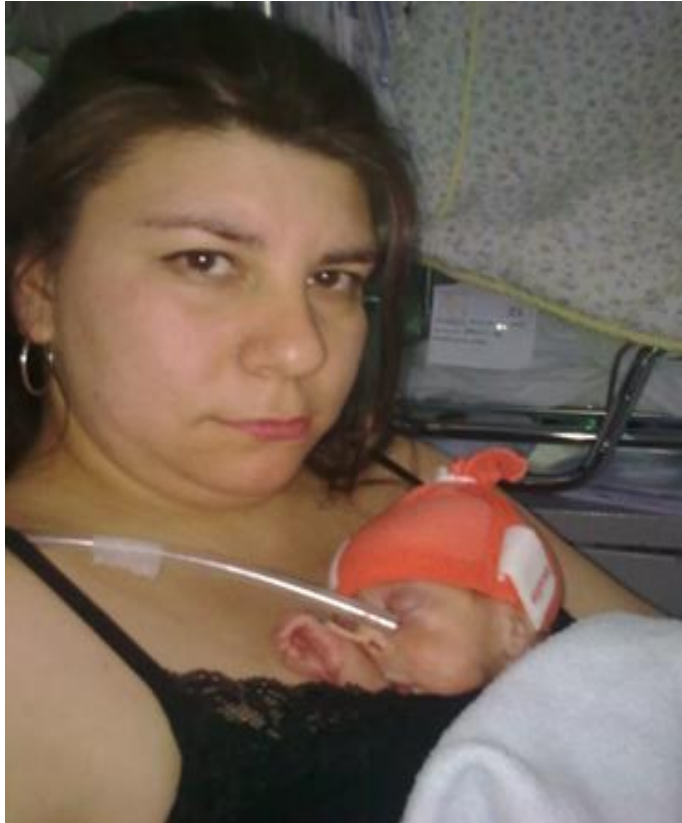


Nota: Equipo de Neonatología HUCA. (16 de Noviembre de 2018). La Vida antes de Tiempo [Fotografía]. En La Nueva España. Recuperado de <https://afondo.lne.es/salud/dia-mundial-del-prematuro.html>.

En el manual sobre niños prematuros de la Asociación Pedagógica de Pediatría (AEDP, 2005), se ofrece información destacando la importancia de la participación de las familias durante la hospitalización. Se resalta el método canguro como parte del tratamiento, el cual resulta fundamental para el desarrollo del bebé en las unidades de neonatología. Además, se abordan aspectos relacionados con el proceso y los cuidados que serán necesarios en el hogar una vez el bebé sea dado de alta.

Imagen 3

Método Canguro, Neonatología HUCA



En el mismo manual, la Asociación Pedagógica de Pediatría (AEDP, 2005) proporciona indicaciones claras sobre los seguimientos y otros cuidados necesarios para el menor prematuro una vez haya sido dado de alta de la unidad de neonatología. Estas pautas son de suma importancia para garantizar el bienestar y desarrollo adecuado del niño o niña en su hogar.

El manual detalla los cuidados específicos que el menor prematuro requerirá en su entorno familiar, incluyendo pautas para la alimentación, el seguimiento médico, el monitoreo de su crecimiento y desarrollo, así como la estimulación temprana y el manejo de posibles complicaciones o necesidades especiales. Asimismo, enfatiza la importancia

de mantener una comunicación fluida y constante con el equipo médico y especialistas, quienes estarán a disposición para brindar asesoramiento, responder preguntas y ofrecer apoyo continuo durante este periodo de transición.

Estas indicaciones claras y detalladas del manual son una guía valiosa para los padres y cuidadores, ya que les proporciona la información necesaria para brindar los cuidados adecuados y promover el desarrollo óptimo del menor prematuro una vez se encuentre en su entorno familiar.

Desde una perspectiva psico-pedagógica, se concibe a la familia como un sistema de relación y convivencia, un entorno en el cual se establecen interacciones y demandas, un contexto donde las emociones se generan y se expresan, y del cual se esperan satisfacciones mientras se desempeñan funciones de crianza, educación y cuidado para todos sus miembros (Martínez-González, 2008, p.2). En condiciones normales, la familia es la proveedora de los recursos necesarios para alcanzar el bienestar, la satisfacción y el cubrimiento de las necesidades personales y sociales. Sin embargo, en la actualidad, las familias se enfrentan a diversas y complejas situaciones en aspectos económicos, laborales, relacionales y personales, las cuales pueden llevar a la ruptura de los vínculos y generar cambios en las relaciones interpersonales.

Según Vaca-Pazmiño y Salazar (2018), la prematuridad es una situación que puede ocasionar una profunda desestabilización en el hogar. La llegada anticipada de uno o más miembros de la familia es un acontecimiento altamente estresante que puede extenderse en el tiempo. Todos los integrantes de la familia se ven expuestos a situaciones límite de estrés, ansiedad, tristeza y frustración, lo cual puede tener un impacto negativo en la unidad familiar. La prematuridad representa un desafío significativo para la estabilidad y el equilibrio emocional de la familia, por lo que se requiere un manejo adecuado y el apoyo necesario para hacer frente a las adversidades y preservar la cohesión familiar. Es fundamental proporcionar recursos y herramientas que permitan a los padres y demás miembros de la familia afrontar de manera resiliente esta situación, promoviendo un entorno de apoyo y cuidado mutuo.

1.2.2. Evolución de la prematuridad

De datos obtenidos a través de la Asociación de Padres de Niños Prematuros (APREM,2022), se puede afirmar que el número de nacimientos prematuros en España ha experimentado un incremento del 36% entre 1996 y 2013, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, APREM señala que en España existen diversos factores que contribuyen a la prematuridad, tales como las técnicas de reproducción asistida, los partos múltiples, el estrés laboral, los problemas de salud materna y el retraso en la maternidad.

La asociación destaca que los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud, siendo responsables del 75% de las hospitalizaciones neonatales, según datos de la Sociedad Española de Neonatología. APREM (2022) indica que el grado de prematuridad influye en un mayor riesgo de complicaciones graves, como parálisis cerebral, déficits sensoriales, enfermedades crónicas e infecciones respiratorias agudas, especialmente la bronquiolitis.

Se enfatiza que la adaptación de las familias a la realidad de tener un niño prematuro es un proceso complejo y que el seguimiento médico y la atención psicológica no deben finalizar cuando el bebé es dado de alta del hospital.

Según datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año pasado, la tasa de prematuridad se sitúa en aproximadamente un 8%, ligeramente superior al año anterior (7,5%).

APREM (2022) destaca que, durante la primera ola de la pandemia, se observó un aumento en los partos prematuros y en las cesáreas. La asociación se basa en un estudio multicéntrico liderado por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid (UCM), el cual indica que la infección por COVID-19 alteró el curso de los embarazos, incrementando la tasa de

cesáreas al 36,2%, en comparación con el 22% habitual, y la tasa de partos prematuros al 20,6%, en contraste con el 7% promedio.

1.2.3. Prematuridad y familia

Desde una perspectiva psico-pedagógica, se concibe a la familia como:

un sistema de relación y convivencia, un entorno en el cual se establecen interacciones y demandas, un contexto donde las emociones se generan y se expresan, y del cual se esperan satisfacciones mientras se desempeñan funciones de crianza, educación y cuidado para todos sus miembros (Martínez-González, 2008, p.2).

La autora, nos refiere que, en condiciones normales, la familia es la proveedora de los recursos necesarios para alcanzar el bienestar, la satisfacción y el cubrimiento de las necesidades personales y sociales. Sin embargo, en la actualidad, las familias se enfrentan a diversas y complejas situaciones en aspectos económicos, laborales, relacionales y personales, las cuales pueden llevar a la ruptura de los vínculos y generar cambios en las relaciones interpersonales.

Vaca-Pazmiño y Salazar (2018) afirma que la prematuridad es una situación que puede generar una gran desestabilización en el hogar. La llegada temprana de uno o varios de sus miembros es un episodio altamente estresante que puede prolongarse en el tiempo. Todos los miembros de la familia se ven sometidos a situaciones límite de estrés, ansiedad, tristeza y frustración, lo cual puede llegar a fracturar negativamente el núcleo familiar. La prematuridad representa un desafío significativo para la estabilidad y el equilibrio emocional de la familia, requiriendo un manejo adecuado y el apoyo necesario para enfrentar las adversidades y preservar la cohesión familiar.

La Asociación Española de Pediatría en el manual de niños prematuros (2005) destaca que cuando se produce un parto prematuro, las expectativas se rompen

abruptamente. En estos casos, la reacción de los padres y las familias es muy diversa y está influenciada por diversos factores, como la historia de pérdidas anteriores, el significado de ese hijo, traumas emocionales previos, el modelo de familia, la edad de los padres y la situación socioeconómica familiar (p. 11).

Desde la asociación y otras asociaciones encargadas del apoyo a menores prematuros, defienden que el apoyo médico, emocional y de los familiares es de vital importancia para hacer frente a la prematuridad, tanto antes, durante como después del nacimiento del bebé. De la misma manera que es fundamental reconocer que las necesidades básicas tanto del menor como de la familia deben ser abordadas de manera adecuada y suficiente, ya que su falta de atención o abordaje inadecuado puede sustentar la intervención en el núcleo familiar. Muchos padres que no han superado la prematuridad de su hijo se enfrentan al descubrimiento de que, a medida que el niño crece y entra en la edad escolar, pueden surgir secuelas, lo que los lleva a enfrentar nuevamente momentos de ansiedad, estrés, angustia y desinformación, y a necesitar apoyo, igual o incluso mayor que al principio.

Recientemente, se ha reconocido que la atención a los niños prematuros no puede limitarse únicamente a la atención médica, ya que su entorno familiar desempeña un papel fundamental en su desarrollo. Esta perspectiva fue abordada en la tesis doctoral de Bujnowska (2022) titulada "Dificultad educativa y los recursos psicológicos de la familia de los niños prematuros", realizada en la Universidad de Oviedo. Anteriormente, se pasaba por alto el papel activo de la familia frente a la experiencia estresante de preocupación y ansiedad, considerándola simplemente como un elemento de apoyo y cuidado para el niño, mientras se enfocaba únicamente en garantizar su supervivencia con un pronóstico incierto en términos de desarrollo educativo. La autora refiere que muchos padres que no han superado la prematuridad del niño se ven enfrentados a descubrir que a medida que va creciendo, en entrada la edad escolar, el/la niño/a puede presentar secuelas y esto es volver a empezar de nuevo, lo que nos lleva a nuevos momentos de ansiedad, estrés, angustia, desinformación y necesitar como al inicio, mismo o más apoyo.

En este trabajo de investigación doctoral, se destaca que el bienestar de los padres tiene un impacto positivo en el bienestar de su hijo y en el núcleo familiar en general. Sin embargo, aún se requieren acciones a mediano y largo plazo para mejorar los niveles de atención en situaciones derivadas de la prematuridad y satisfacer las necesidades que contribuyan a mejorar la calidad de vida tanto a nivel personal como familiar. Estas acciones pueden abarcar aspectos como la provisión de recursos y servicios especializados, programas de apoyo psicosocial, asesoramiento y orientación continuos, así como la implementación de estrategias educativas y de intervención temprana que promuevan el desarrollo integral del niño y fortalezcan la resiliencia familiar. Es fundamental que se brinde un enfoque integral que considere las necesidades físicas, emocionales y sociales de los padres y de la familia en su conjunto, con el objetivo de asegurar un ambiente favorable y propicio para el crecimiento y desarrollo óptimo del niño prematuro y el bienestar familiar en su conjunto.

1.3. Apoyo institucional en la prematuridad

Si bien es cierto hace unos años la atención solo se centraba en la supervivencia del niño y se dejaba un poco de lado a las necesidades familiares, en los últimos años ha avanzado. Actualmente se llevan a cabo diversas iniciativas en el ámbito de la atención a los padres de bebés prematuros. Un ejemplo de ello es la guía para profesionales: "Sesiones grupales dirigidas para padres y madres de bebés prematuros" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En esta guía se plantea la necesidad de que los hospitales ofrezcan un programa grupal in situ para los padres y madres de bebés ingresados, donde se aborden sus inquietudes y necesidades en un espacio común (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, p. 7).

Esta experiencia en Andalucía surge con la intención de crear espacios ampliados para las familias, con el objetivo de brindarles no solo información y atención, sino también orientación y un conocimiento real de la situación de sus hijos prematuros y las expectativas a futuro. Estos programas buscan desarrollar competencias en el cuidado y atención del bebé, pero también se enfocan en ser lugares de intercambio de experiencias y de obtención de apoyo emocional. Su propósito es empoderar a los

padres, dotándolos de herramientas para hacer frente a posibles dificultades familiares derivadas de la situación, ya sea en la relación de pareja, el manejo de otros hijos o el apoyo de familiares. De esta manera, se busca fortalecer a las familias y promover su resiliencia en el proceso de adaptación a la prematuridad y el cuidado de sus hijos.

1.3.1. Instituciones que trabajan la prematuridad en España

En la revisión bibliográfica e institucional realizada para este Trabajo de Fin de Máster (TFM), se identificó que en España existen 17 asociaciones y 1 Federación (compuesta por 4 asociaciones miembros) que trabajan directa o indirectamente con la población de niños prematuros y sus familias. Estas organizaciones se dedican a brindar apoyo e información sobre la prematuridad a los padres. Es importante destacar que, a nivel nacional, algunas de estas asociaciones ofrecen servicios e información en todo el país, pero en Asturias no se encontró ninguna asociación o entidad del tercer sector que se dedique específicamente a atender a la población de niños prematuros y sus familias. Estas instituciones fueron creadas a partir del año 2011 y su trabajo se centra en apoyar las actividades realizadas por los hospitales y las unidades de neonatología. Estas asociaciones suelen estar conformadas tanto por madres y padres que tienen hijos prematuros como por profesionales médicos o de enfermería que están vinculados a los servicios de neonatología de los hospitales de la provincia.

Entre las actividades que llevan a cabo, se incluyen la organización de celebraciones especiales como el Día del Prematuro o el Día de la Madre, la realización de talleres de información y apoyo para los padres en las unidades de neonatología, así como la difusión de información relevante y temas de interés para los padres a través de las unidades de neonatología, su página web y las publicaciones en redes sociales como Facebook y Twitter, entre otras.

Estas asociaciones representan un recurso valioso para las familias de niños prematuros, ya que brindan un espacio de apoyo y contención, así como información especializada para enfrentar los desafíos derivados de la prematuridad.

Imagen 4

Distribución en España de Instituciones que Trabajan Prematuridad con la Población de Menores y sus Familias



Aunque algunas asociaciones ofrecen servicios a nivel nacional, no se ha identificado ninguna entidad en Asturias que se dedique específicamente a atender a niños prematuros y sus familias. Esto sugiere la necesidad de promover iniciativas desde organizaciones no gubernamentales y asociaciones para mejorar la información, formación y atención sociopsicológica en este ámbito.

Desde la perspectiva de Concepción Gómez Esteban, vicepresidenta de APREM, es fundamental desarrollar programas que prevengan y promuevan el desarrollo integral de los niños prematuros. Estos programas deben proporcionar apoyo a las familias para hacer frente a los desafíos físicos y emocionales asociados con la prematuridad. Asimismo, es necesario brindar apoyo emocional, información y capacitación a las familias con el fin de reducir el estrés parental, fomentar la educación emocional y promover pautas de crianza positiva. Estas medidas contribuirán a fortalecer la

resiliencia y autonomía familiar, mejorando en última instancia el bienestar de los niños prematuros y sus familias

1.3.2. *Intervención con las familias de los niños prematuros*

Carballeda (2002) describe esta intervención como un campo de conocimiento y práctica que no está asociado específicamente a una profesión en particular. Se trata de un enfoque que engloba la comprensión de diversos conocimientos, protocolos y ejercicios que se aplican desde la vida cotidiana con el objetivo de resolver problemas concretos. Es importante destacar que esta intervención se centra en abordar necesidades o situaciones problemáticas específicas, definiéndolas como:

Aquel estado que vivencia un individuo que tiene un problema, una carencia o un conflicto en un contexto concreto necesitando de una acción profesional que recaer en esta situación concreta para modificarla, suplir las necesidades y provocar un cambio social (p.32).

se refiere Carballeda (2002) a este tipo de intervención como un campo de conocimiento y práctica que abarca la comprensión de saberes, protocolos y ejercicios para resolver problemas concretos desde la vida cotidiana. En este sentido, la intervención permite una mediación directa con la realidad, lo cual implica conocerla, evaluarla, diagnosticarla y tratarla de manera integral. Esta perspectiva posibilita la propuesta de nuevas políticas, estrategias y protocolos para abordar y modificar situaciones problemáticas, así como profundizar en el fenómeno a través de la investigación.

En el caso de los niños prematuros y sus familias, la intervención debe ser integral. Es fundamental que el niño cuente con todos los recursos necesarios, pero también es crucial brindar apoyo a los padres en relación con la prematuridad y promover hábitos de vida saludable. Se requiere apoyo psicológico, social y pedagógico para dotar a los padres de herramientas y conocimientos que les permitan afrontar esta labor de manera adecuada. Los espacios de encuentro entre familias de niños prematuros, fuera del

entorno hospitalario, son de vital importancia para recibir el apoyo necesario y encontrar fuerza y empatía a través de las experiencias compartidas. Es importante tener en cuenta que, para algunos, la prematuridad es una situación temporal, pero para otros, es algo que deben sobrellevar a lo largo de toda la vida.

1.4. Estrés parental

El estrés parental constituye un complejo proceso en el que los progenitores se sienten desbordados ante las demandas que deben afrontar en su papel como padres o madres (Abidin, 1992). Según el modelo de estrés parental de Abidin, esta sensación de desbordamiento se basa tanto en una autoevaluación de los recursos propios frente a las demandas parentales, como en la implementación de estrategias de afrontamiento para solventar las dificultades asociadas a la tarea de educar a los hijos. Abidin (1995) distingue entre dos componentes específicos: el estrés asociado en general a las exigencias parentales y el que se deriva específicamente del propio hijo.

En España, el estrés parental en padres de prematuros es un tema importante y relevante, al igual que en otros países. El nacimiento prematuro de un bebé conlleva una serie de desafíos y preocupaciones adicionales para los padres, lo que puede generar un nivel significativo de estrés emocional. Los padres de prematuros en España suelen experimentar una amplia gama de emociones, que van desde la ansiedad y la preocupación hasta la tristeza y la culpa. El hecho de que sus bebés hayan nacido antes de tiempo puede generar sentimientos de culpa o de fracaso como padres, a pesar de que el nacimiento prematuro es algo que escapa a su control.

Además, los padres de prematuros a menudo se enfrentan a situaciones difíciles relacionadas con la salud de sus bebés. Los niños prematuros pueden requerir cuidados especiales en unidades de neonatología, lo que implica una separación inicial de sus padres, visitas limitadas y la incertidumbre sobre el pronóstico y desarrollo de su hijo. Estas circunstancias añaden una capa adicional de estrés emocional para los padres. Es importante que los padres de prematuros busquen el apoyo adecuado y sepan que no están solos en esta experiencia (Abidin, 1995).

En España, los servicios de apoyo y atención a los padres de prematuros son una parte integral del cuidado neonatal. Los hospitales suelen contar con equipos multidisciplinares que incluyen médicos, enfermeras y psicólogos especializados en el cuidado de los padres y bebés prematuros. Estos profesionales ofrecen apoyo emocional, información y recursos para ayudar a los padres a sobrellevar el estrés y la ansiedad asociados con la prematuridad. Bujnowska (2022), menciona que los resultados de su Trabajo brindan orientación sobre las áreas que pueden mejorarse para reducir el estrés de los padres, considerando la realidad local. La educación y el apoyo emocional se han identificado como medidas efectivas para disminuir el nivel de estrés parental. Además, se destaca la importancia de crear espacios para esta población en específico, adaptado y validado el que hacer profesional. Esto permitirá implementar acciones de mejora continua en la atención del niño nacido prematuro y brindar apoyo a sus padres

Además, existen organizaciones y asociaciones en España que brindan apoyo específico a los padres de prematuros. Estas organizaciones ofrecen grupos de apoyo, asesoramiento telefónico, recursos en línea y eventos educativos para ayudar a los padres a conectarse con otros que están pasando por experiencias similares. (Bujnowska, 2022) declara que al ser estos espacios vitales es prioritario emprender acción y crearlos desde el tercer sector.

2. BLOQUE II PARTE EMPÍRICA

2.1. METODO

Según Ezequiel Ander-Egg (1991) el diseño de investigación permite conocer explicar, analizar, interpretar y transformar la realidad objeto de estudio; es por ello, que debe contemplar una serie de etapas en la cuales se determine de acuerdo con etapas bien definidas y organizadas los objetivos a los que se pretende dar respuesta. Con ello, la investigación es una forma de adquirir conocimientos, es una herramienta en la que se logra un acercamiento a las situaciones o fenómenos de interés y en la cual se sustenta las acciones para lograr una eficiente y eficaz intervención para el mejoramiento y logro del bienestar

El presente estudio se ha realizado siguiendo la metodología de campo de carácter exploratorio, centrada en el análisis de la percepción de las familias con hijos prematuros, realizado mediante la técnica de encuesta. Estos estudios se vinculan con una línea de investigación positivista (empírica), de carácter cuantitativo, que posibilita conocer tendencias de opinión y/o comportamiento de la población participante en la investigación respecto a cuestiones específicas, y con ello, la obtención de información sobre cómo estos agentes interpretan su propia realidad. Teniendo en cuenta el diseño del estudio y el objetivo, la población de estudio se centró en familias asturianas que tuvieron hijos e hijas prematuras en el HUCA durante el período de 2009 al 2021, teniendo en cuenta los siguientes criterios: a) que el niño naciera antes de 37 semanas o pesara <1500 g.; b) que el niño sea menor de 12 años; c) que el niño o niña resida de manera habitual con uno de sus progenitores; d) menores prematuros fueron usuarios del servicio de Neonatología del HUCA; y e) menores que continúan vivos en la actualidad . El muestro fue probabilístico de carácter incidental contando con todas las familias que forman parte de la población de estudio obteniendo respuesta de 113 familias que suponen el 31% de la población.

2.1.1. Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo general analizar las características de las familias con hijos e hijas prematuros, así como la percepción de estas respecto a sus características familiares y personales asociadas a la prematuridad de sus hijos e hijas, con la finalidad de identificar necesidades sociales, emocionales, familiares y educativas. Partiendo de los objetivos generales se plantean los siguientes objetivos específicos

1. Analizar el estado de salud de la madre en el momento del nacimiento.
2. Examinar las características sociodemográficas del menor prematuro.
3. Identificar los recursos, apoyos y necesidades que necesitó la familia para afrontar la prematuridad en el momento del nacimiento.
4. Valorar el estrés parental de las familias respecto al desarrollo de su rol parental.
5. Establecer indicadores de atención e intervención familiar.
6. Diseñar una propuesta de intervención socioeducativa adaptada a las hijos e hijas prematuras.

2.1.2. Variables

En el presente estudio, se han considerado 16 variables relacionadas con la investigación sobre la percepción de las familias con hijos prematuros. Estas variables se distribuyen en 4 dimensiones de análisis, las cuales se describen en la Tabla 1 de la siguiente manera:

- Estado de salud de la madre en el momento del nacimiento: Esta dimensión examina aspectos relacionados con la salud de la madre durante el parto y el período postnatal. Se consideran variables como antecedentes médicos de la madre, complicaciones durante el embarazo, condiciones de parto y posparto, entre otros.

- Características sociodemográficas del menor prematuro: En esta dimensión se analizan variables relacionadas con el niño prematuro, como su peso al nacer, semanas de gestación, presencia de malformaciones congénitas o la necesidad de cuidados intensivos neonatales, entre otras.
- Recursos y apoyo para la prematuridad: Esta dimensión se centra en evaluar los recursos y el apoyo disponibles para las familias con hijos. Se consideran variables como acceso a servicios de salud especializados, disponibilidad de programas de apoyo psicológico, información y educación sobre la prematuridad, entre otras.
- Estrés parental de las familias respecto al desarrollo de su rol parental: En esta dimensión se exploran las experiencias y percepciones de los padres en relación con su rol parental frente a la prematuridad.

Tabla 1

Dimensiones y Variables de Estudio

Dimensión	Variables
Estado de salud de la madre en el momento del nacimiento	Tipo de embarazo Proceso de embarazo Edad durante el parto Parto múltiple Complicaciones en el parto
Características sociodemográficas del menor prematuro y sus progenitores	Edad Sexo Nivel de estudios Semanas de gestación al nacimiento Peso al nacimiento Complicaciones durante el nacimiento Necesidad de tratamiento especiales
Recursos y apoyos para la prematuridad	Fuentes de información Apoyo institucional y del tercer sector Tratamientos necesarios
Estrés parental	Estrés parental (PD)

Además de estas variables específicas, se han incorporado también variables sociodemográficas con el fin de analizar la distribución de los participantes en función de características como el sexo, la edad, la nacionalidad, el nivel de estudios, el estado civil, la situación laboral, el número de hijos e hijas en la familia y los ingresos económicos de

la unidad familiar. Estas variables permiten contextualizar y comprender mejor los resultados obtenidos en relación con la percepción de las familias con menores prematuros.

2.1.3. Participantes

En este estudio se invitó a participar a todas las familias que forman parte de la población objetivo. Finalmente, los participantes ascendieron a un total de 113 familias residentes en diferentes zonas del Principado de Asturias. Estas familias fueron seleccionadas debido a que sus hijos e hijas nacieron de manera prematura, es decir, con una gestación de 37 semanas o menos, en el período comprendido entre 2009 y 2021. En términos de distribución, se contó con la participación de 113 madres y 108 padres, lo que sumó un total de 221 participantes en el estudio

Considerando la variable del sexo, han participado más madres (N=113) que padres (N=108), siendo los porcentajes del 51,13% y 48,68% respectivamente. En cuanto a la edad los datos indican que la edad promedio de las madres es de 44,88 años, con una desviación típica de 4,55. En los padres la edad promedio de los padres es de 46,48 años, con una desviación típica de 5,26. En referencia a su país de procedencia, el porcentaje más elevado, se encuentra en España. Las madres con un 99,1% (N=112) son de nacionalidad española mientras que el 0,9% (N=1) señala que es originaria de otro país. El 100% (N=108) de los padres participantes son de nacionalidad española.

En atención a el nivel educativo la mayoría de las madres un 79% (N= 89) tienen al menos un nivel educativo de bachillerato o superior, educación secundaria un 15% (N=15) y un 5,3% (N= 6) de estudios de primaria. La mayoría de los padres, en concreto un 70% (N=79) tiene un nivel educativo de bachillerato o superior 16,8% (N= 19), el 8% han cursado primaria (N=9) El porcentaje de padres y madres con estudios de doctorado es muy bajo, con un 0.9% (N=1) en ambos casos. En lo relativo al estado civil cabe resaltar que la mayoría de las madres un 73,5%(N=83) están casadas, el 5,3%(N=6), el 9,7% (N=11) son divorciadas o separadas y un 11,5 % (N=13). En cuanto a los padres

el 80,2% (N=85) padres están casados, y el 5,3% (N=6) viven como parejas de hecho, mientras que el 7,1% (N=8) están divorciadas o separadas, y el 6,2 (N=7) son solteros.

En lo concerniente a la situación laboral, un porcentaje significativo de madres el 8,8% (N=10) no tiene empleo. La mayoría de las madres trabajan a tiempo completo, representando un 56,6% (N=64) También es de anotar que hay madres que trabajan parcialmente el 18,6%(N=21) manifiesta tener trabajos a medio tiempo debido al cuidado de los hijos y el hogar. En el caso de los padres, un alto porcentaje los padres 81,2% (N=88) trabajan a tiempo completo, un 13% (N=14) tienen trabajos a tiempo parcial, mientras que un pequeño porcentaje 5,6%(N=6) no tienen empleo.

En cuanto a los ingresos de la unidad familiar manifiestan que en su gran mayoría tienen ingresos medios: En las madres un 72,6%(N=77), también manifiestan que un 15,1% (N=16) de ellas tienen ingresos bajos medios y un 2,8%(N=3) ingresos bajos dificultando el hacer frente a los gastos en el hogar. Un pequeño porcentaje de las madres manifiestan tener ingresos medio-altos un 8,5%(N=9) y un 0.9% (N=1) altos, argumentando no tener problemas económicos: En los datos recogidos por el padre el 72,6% (N=77) tienen ingresos medios que le permiten contar con los recursos necesarios en el día a día. El 15,1% (N=16) manifiestan tener ingresos bajos y el 2,8% (N=3) muy bajos, dificultando el hacer frente a las necesidades económicas y un pequeño porcentaje el 8,5% (N=9) tienen ingresos medio altos y el 0,9 (N=1) altos, los que le permiten no tener problemas con las cargas económicas y familiares.

Finalmente, en lo referente al número de hijos e hijas el 59,3% de las madres, tienen 2 hijos y el 14,2% (N=16) tienen 3 hijos. Solo el 26,5 (N= 30) tienen solo un hijo que nació de manera prematura. En los padres un alto porcentaje tienen 2 hijos un 60,2% (N=68), seguidos por aquellos con 1 hijo 24,8%(N=28) y 3 hijos un 15%(N=17).

2.1.4. Instrumentos de recogida de datos

El procedimiento empleado para la recogida de información es, como se ha mencionado con anterioridad, cuantitativo, seleccionando la técnica de encuesta y,

dentro de ésta, al cuestionario como instrumento específico, puesto que es una “técnica de recogida de datos más empleada en investigación porque es menos costosa, permite llegar a un mayor número de participantes y facilita el análisis” (Martin, 2004, p.23). Los cuestionarios utilizados en la investigación han sido un cuestionario elabora ad hoc y la Escala de estrés parental (PSI) de Abidin, 1995.

1) Cuestionario "Conocimiento Familiar del Niño Prematuro": Este instrumento consta de un total de 15 ítems que se organizan en las 3 dimensiones-variables de estudio mencionadas anteriormente. Además, también se incluyen una serie de ítems sociodemográficos que permiten obtener el perfil de la muestra de estudio. Las respuestas a las variables cuantitativas en este cuestionario son cerradas y de tipo escalar. Se utiliza una escala dicotómica de ausencia/presencia, donde los participantes deben seleccionar una de las dos opciones disponibles: 1-No y 2-Sí y en otros ítems con opciones de respuesta establecida. (Véase anexo1).

2) Escala de estrés parental (PSI) Abidin (1995) para evaluar la percepción de estrés de los padres, de niños, y adolescentes en el ejercicio de su rol de cuidador. Un constructo definido como “el grado de ansiedad o malestar que tienen los progenitores a la hora de ejercer su rol como padres o madres” (Abidin, 1995, p. 9). El PSI consta de 36 ítems y su aplicación toma de 10-15 minutos (véase anexo 2).

2.1.5. Procedimiento

A través del Servicio de Neonatología y Pediatría, se obtienen los registros del Hospital Universitario Central de Asturias, facilitados de los menores nacidos y que fueron ingresados en este servicio debido a su prematuridad, entre el 2009 al 2021. El reclutamiento de participantes se realiza partiendo de la base de datos médicos seleccionado a las familias que cumplan con todos los criterios siguientes: (a) que los padres no hayan experimentado la muerte de un niño; (b) que el niño naciera antes de 37 semanas o pesara <1500 g.; (c) que el niño sea menor de 12 años d) que el niño viva, al menos, con uno de sus padres.

Posteriormente se convoca a la población vía comunicación escrita (carta), asignando fecha y hora para presentarse en la Facultad de Psicología de Universidad de Oviedo, se solicita que el menor vaya acompañado de su progenitor o progenitores. Según las citaciones se realiza una entrevista directa, de dos horas aproximadamente con menores y sus familias, las cuales responden en cuestionarios. En esta se obtiene datos del menor, datos sociodemográficos del núcleo familiar, estado de salud de la madre durante la gestación y en el momento del parto y las fuentes de información, apoyo y recursos, que tuvieron los niños y/o sus padres, para afrontar la situación de prematuridad

2.1.6. *Análisis de datos*

Los datos obtenidos han sido procesados con el paquete estadístico SPSS.26 a través de: 1) estadísticos descriptivos: frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (Media, M) y variabilidad (desviación típica, DT).

2.2. RESULTADOS

La presentación de los resultados se realiza considerando las distintas variables de estudio analizadas, así como sus objetivos de investigación. En un primer momento se desarrollarán los ítems relativos al Estado de salud de la madre en la gestación y nacimiento del menor, posteriormente las características del menor prematuro, seguidamente los recursos y apoyos para la prematuridad y finalmente el estrés parental. Estos resultados brindan información valiosa sobre las variables estudiadas y permiten comprender mejor la experiencia de las familias en esta situación.

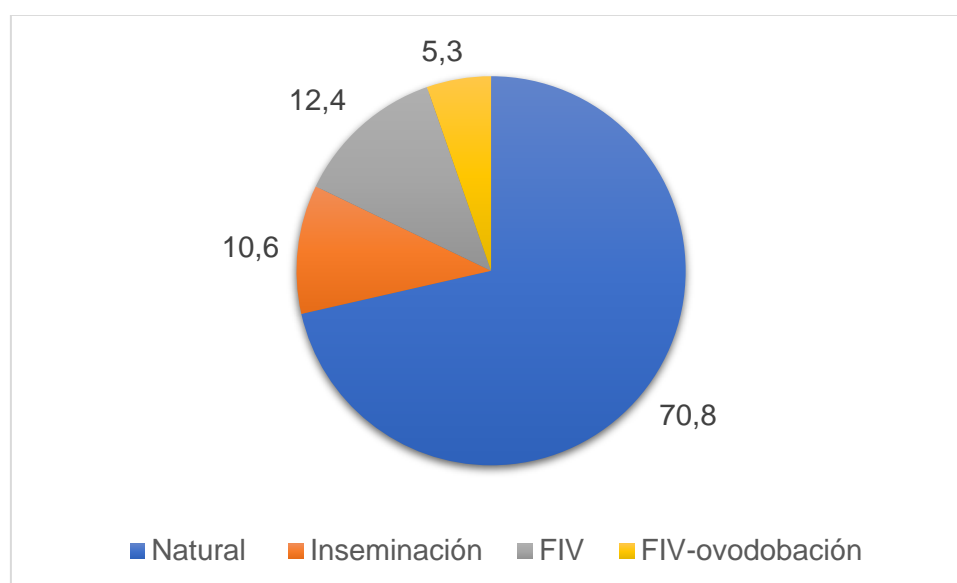
2.2.1. *Estado de salud de la madre en la gestación y nacimiento del menor*

La finalidad de este apartado es conocer el estado de salud de la madre y la evolución del embarazo, los cuales son factores determinantes en la precocidad y término del embarazo. Según los datos proporcionados, se puede concluir que existen

diferentes formas en las que se produjo el embarazo en madres de niños prematuros, en este estudio la mayoría de los embarazos, aproximadamente el 70,8% (N=80) ocurrieron de forma natural, sin intervención médica específica. Esto significa que la concepción se produjo sin la ayuda de tratamientos o técnicas asistidas. Sin embargo, un porcentaje considerable de embarazos en madres de niños prematuros, el 10,6% (N=12) se logró mediante el uso de inseminación. Esta técnica médica implica la introducción deliberada de espermatozoides en el útero de la madre para facilitar la concepción. Por otro lado, el 10,6% (N=12) de los casos requirió de técnicas de Fertilización in vitro (FIV). Y el porcentaje de embarazos mediante FIV con ovodonación es del 5,3% (N=6). Esto significa que pocas madres utilizaron óvulos donados para la concepción.

Gráfico 1.

Embarazo.

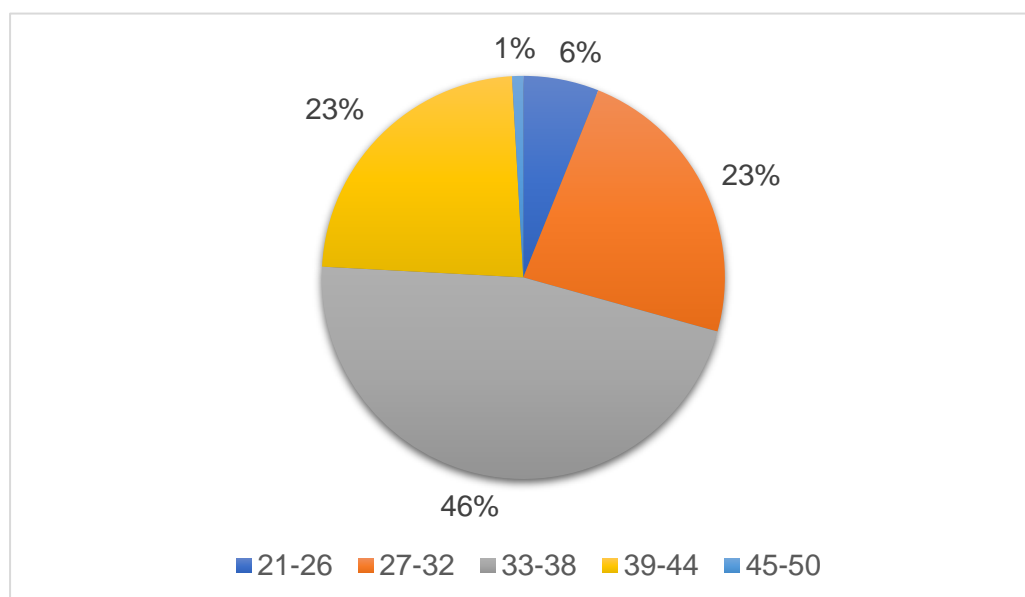


Respecto a la edad de gestación de la madres de los niños prematuros en el momento del parto según el porcentaje sitúa el en los rangos de edad entre un mínimo de 21 años y un máximo 47 años: el promedio la media de las madres es de 33,29 (N=113) y una dispersión de 5,46, Estos resultados destacan la importancia de tener en cuenta la edad materna como un factor relevante en el estudio de los nacimientos

prematuros y la necesidad de brindar una atención prenatal adecuada a mujeres de diferentes rangos de edad para promover resultados saludables tanto para la madre como para el bebé.

Gráfico 2

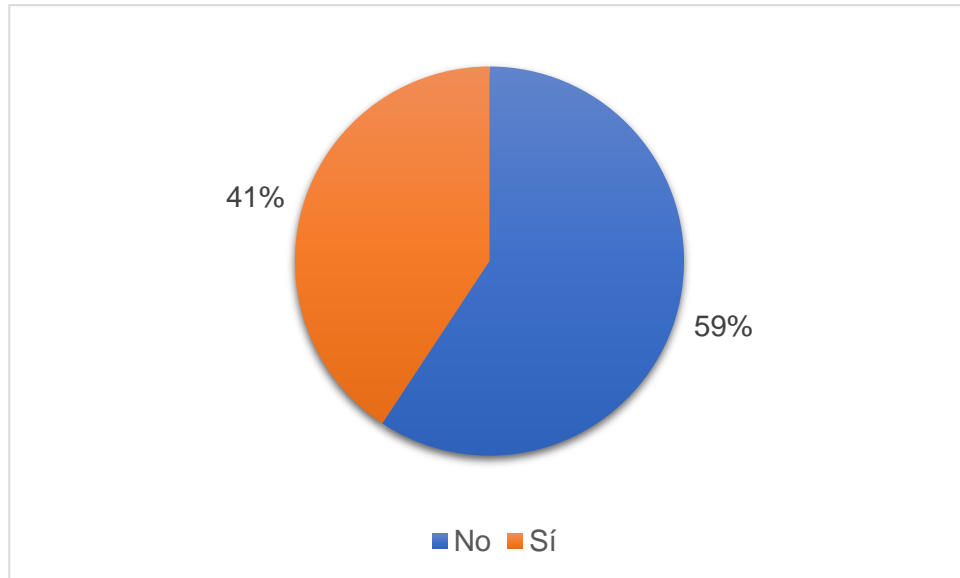
Edad de la madre en la Gestación.



En el análisis de las madres en situación de prematuridad, se observa la incidencia de parto múltiple. El 59,3% (N=67) de las madres, informaron que no tuvieron un parto múltiple. Por otro lado, el equivalente al 40,7%(N=46) de la muestra, afirmaron haber tenido un parto múltiple. El hecho de tener un parto múltiple puede conllevar desafíos y complicaciones adicionales tanto para la madre como para los bebés, ya que pueden requerir cuidados y atención médica especializada.

Gráfico 3

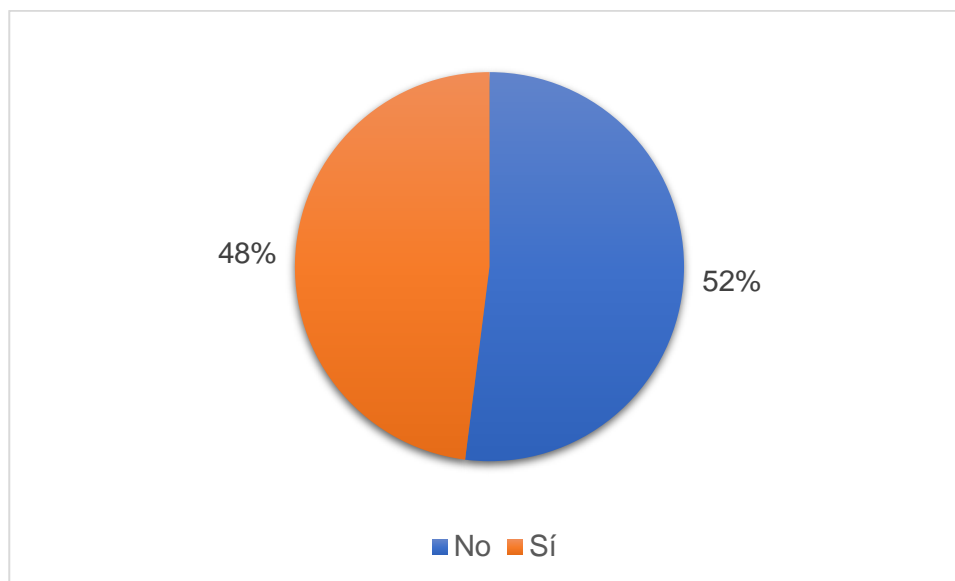
Parto Múltiple en el Momento de Gestación y Nacimiento.



En cuanto al proceso de gestación, las participantes muestran que más de la mitad de las madres manifiestan en un 52,2%(N=59) no presentó complicaciones previas antes del embarazo. Sin embargo, un alto porcentaje, el 47,8% (N=54) informó haber experimentado complicaciones durante la gestación. Estas complicaciones pueden estar relacionadas con condiciones médicas como diabetes gestacional, hipertensión, aumento del estrés, entre otras patologías. Dichas complicaciones fueron diagnosticadas tanto en las consultas de obstetricia del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) como por médicos de cabecera.

Gráfico 4

Complicaciones en el Embarazo



Para finalizar es importante destacar que, incluso en los casos en los que no se encontraron problemas previos al parto, se produjo la situación de prematuridad. Esto indica que, aunque inicialmente no se identificaron complicaciones, el parto ocurrió antes del tiempo esperado, destacando la importancia de una atención prenatal adecuada y constante seguimiento médico durante el embarazo. La identificación temprana de factores de riesgo y el manejo adecuado de las complicaciones pueden ayudar a prevenir la prematuridad y mejorar los resultados tanto para la madre como para el bebé.

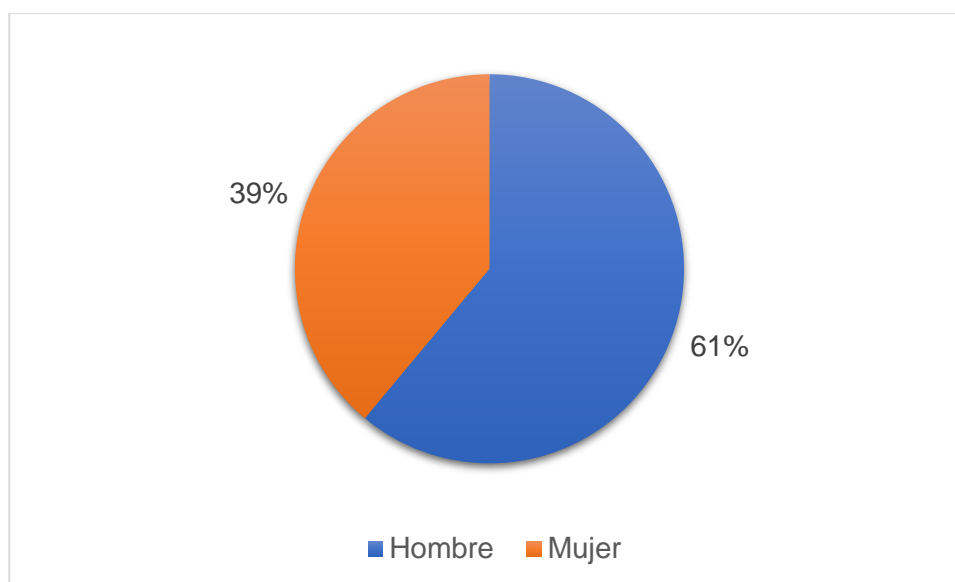
2.2.2. Características del menor prematuro.

Este segundo bloque tiene como objetivo estudiar la población de menores en prematuridad con el objetivo de identificar las características demográficas de los

pequeños con el fin de conocer mejor sus características e identificar sus necesidades para abordar la situación de los niños prematuros. La muestra utilizada en el estudio consistió en un total de 113 niños prematuros, lo cual representa el 31% de la población. En cuanto a la distribución de género en la muestra, se observó que el 60,2%(N=68) de los menores estudiados son hombres, mientras que el 39,8% (N=45) son mujeres.

Gráfico 5

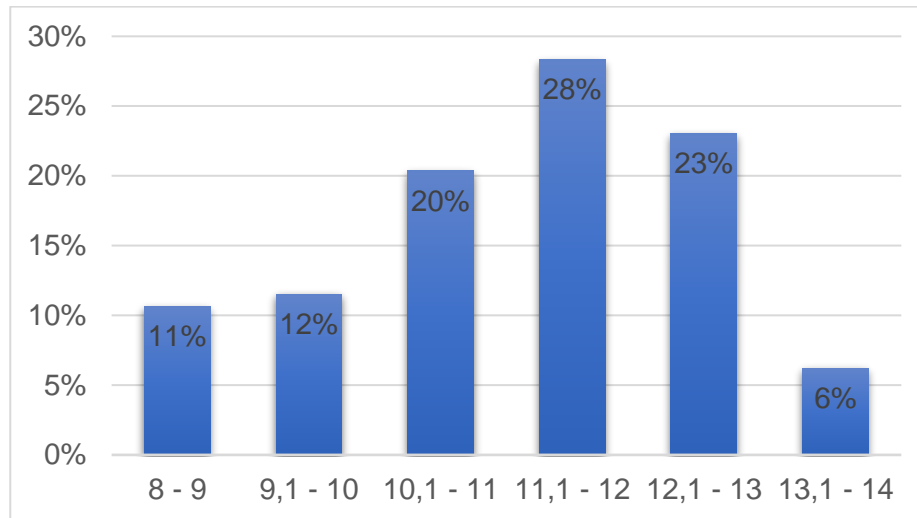
Sexo del Menor Prematuro



El rango de edad de los menores en el momento de la investigación (2022) se encuentra comprendido entre los 8 y 13 años aproximadamente. La edad promedio de los niños prematuros de 11,10 años y la desviación de 1,33. Es importante destacar que estos datos reflejan la situación de los niños prematuros en ese momento específico, y puede haber variaciones a lo largo del tiempo a medida que los niños continúan creciendo y desarrollándose

Gráfico 6

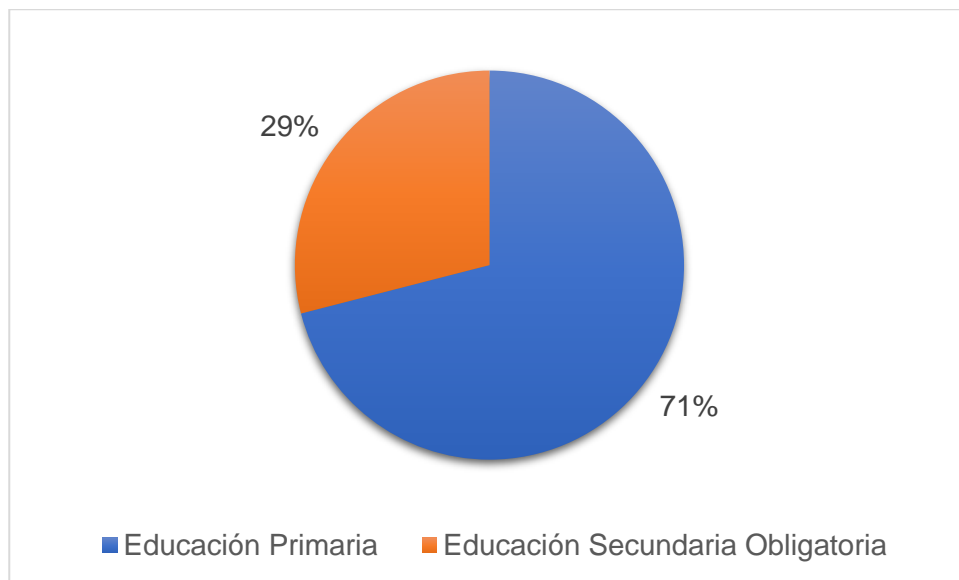
Intervalos de Edad de Menor Prematuro



En cuanto a su nivel educativo, la mayoría de los niños están cursando la educación primaria, lo cual representa el 71% (N=80) de la muestra. Por otro lado, el 29% (N=33) de los niños de 12 y 13 años han comenzado el primer curso de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Esta etapa de escolarización permite evaluar la evolución física, psicológica y académica de los niños prematuros. En su mayoría, el grado en el que se encuentran corresponde a su edad según su fecha de nacimiento. Sin embargo, algunos padres informaron que han requerido apoyo escolar adicional e incluso han tenido que repetir un curso para poder adaptarse a las exigencias educativas.

Gráfico 7

Nivel de Estudios del Menor Prematuro

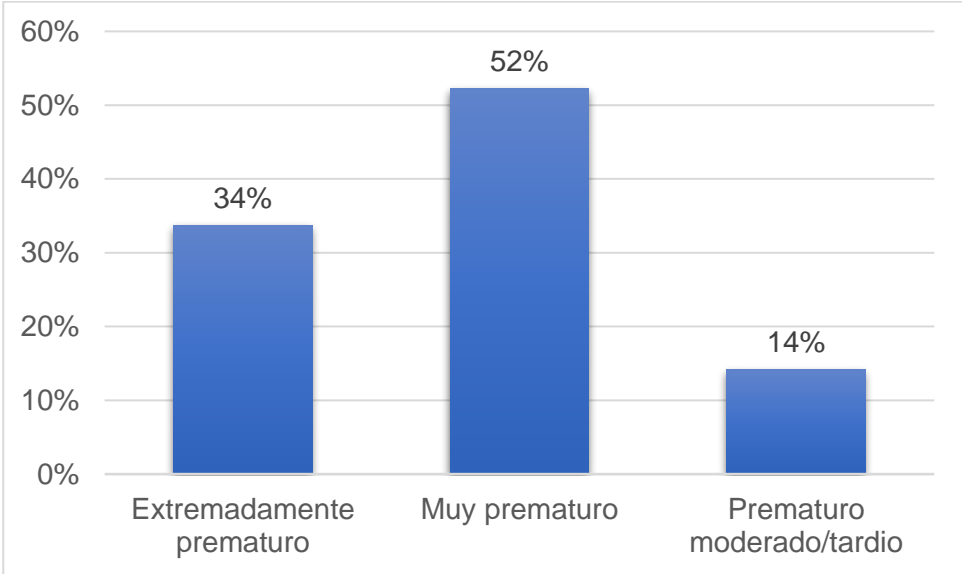


Los niños prematuros extremadamente prematuros (menos de 28 semanas) y muy prematuros (28 a menos de 32 semanas) son los grupos con mayor probabilidad de presentar complicaciones médicas y de desarrollo a largo plazo. Estas complicaciones pueden incluir problemas respiratorios, cardíacos, neurológicos y del desarrollo motor, entre otros. Existe una proporción significativa de niños prematuros extremadamente prematuros 34% (N=38) y muy prematuros 52% (N=59), representando en conjunto el 86% de los casos. Esto indica que una gran mayoría de los niños nacieron antes de alcanzar las 32 semanas de gestación, lo cual implica un mayor riesgo y desafío para su desarrollo y salud. Es alentador destacar que un 14% de los casos fueron clasificados como prematuros moderados, lo cual implica que nacieron entre las 32 y las 37 semanas

de gestación. Estos niños no requirieron hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y tuvieron una transición más suave hacia la vida extrauterina

Gráfico 8

Semanas de Gestación en la que Ocurrió el Nacimiento

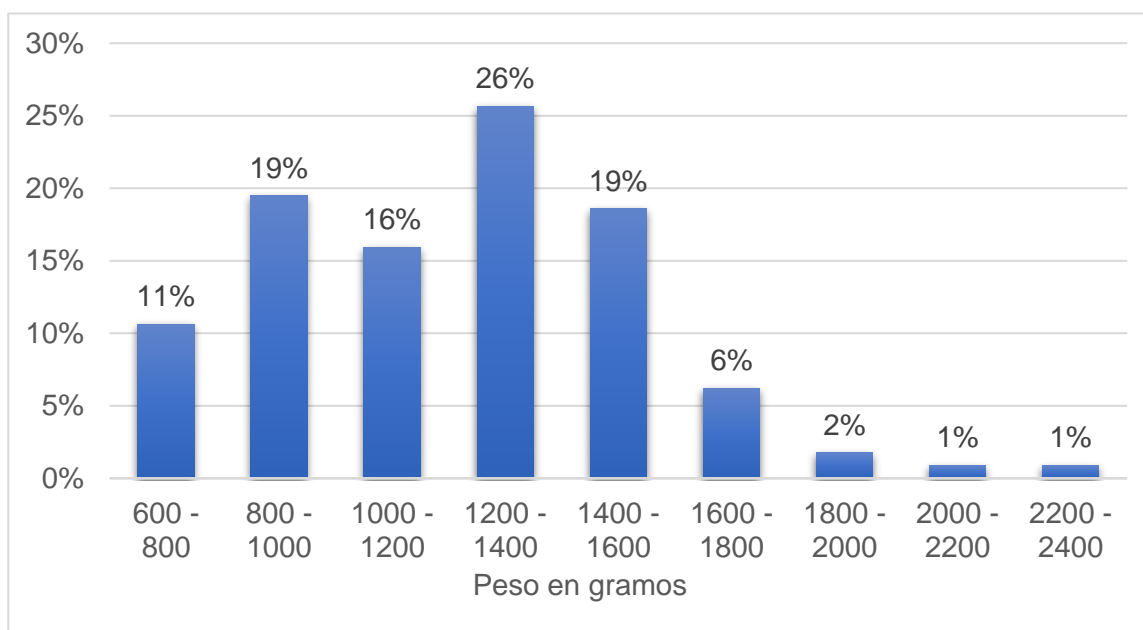


Los datos sobre el peso al nacer de los niños prematuros revelan una distribución variable, La distribución de los pesos al nacer muestra un rango amplio, desde 600 gramos hasta 2400 gramos. La mayoría de los niños se encuentran en los rangos de peso de 1200 a1400 gramos el 26% (N=29) y de 1400 a 1600 gramos el19%, (N=21), lo que indica que estos son los intervalos de peso más frecuentes en la muestra. Los pesos de 600 a 1000 gramos también muestran una presencia significativa, representan el 49%(N=56) del total. Estos valores indican que casi la mitad de los niños prematuros tienen un peso inferior a 1000 gramos, lo cual refuerza la vulnerabilidad de este grupo y la necesidad de cuidados intensivos y atención especializada. Por otro lado, los pesos más altos, como aquellos superiores a 1800 gramos, son menos frecuentes. Por ejemplo,

solo hay un 2 % (N=2) con un peso de 1800 a 2000 gramos y un 2% (N=2) con un peso de 2000 a 2400 gramos. Estos hallazgos subrayan la importancia de brindar atención y apoyo individualizados a los niños prematuros, teniendo en cuenta sus necesidades específicas según su peso al nacer.

Gráfico 9

Peso de Menor en el Nacimiento



El análisis de los datos ha puesto de manifiesto que los padres manifiestan que después del alumbramiento en prematuridad, sus hijos requirieron el ingreso en la unidad de neonatología algunos durante un período prolongado. que osciló entre uno y tres meses aproximadamente. Además, el 87,5%(N=98) de los participantes indicaron la necesidad de tratamientos especiales para la atención sanitaria, supervivencia y desarrollo de los menores y un 12,5% (N=14) manifestaron no haber tenido necesidad de recibir dichos servicios. Después del ingreso hospitalario y de atención temprana, algunos padres manifestaron haber requerido tratamientos adicionales debido a la prematuridad o a las posibles secuelas que pudieran haber surgido durante el

crecimiento y desarrollo de los niños, especialmente a nivel psicológico y de aprendizaje en la edad escolar.

2.2.3. Recursos y apoyos para la prematuridad

El análisis muestra la distribución de fuentes de información utilizadas por los encuestados para obtener datos sobre el estado de sus hijos prematuros, su tratamiento y atención necesaria. Los resultados revelan que el 15% (N=17) de los participantes afirman que nunca han recibido información de ningún tipo, lo cual puede indicar una falta de acceso a recursos informativos o una falta de necesidad percibida, mientras que un 75 % (N=85) manifiestan haberlo requerido. Los encuestados indicaron que obtuvieron información a través de los servicios de salud, incluyendo hospitales, neonatología, atención temprana, enfermería o pediatría. Pocos participantes mencionaron que obtuvieron información a través de centros educativos y otros señalaron que, a través de familiares, amigos u otras familias con niños prematuros que les brindaron apoyo; o que adquirieron información por otros medios, como la lectura de libros, sus propias experiencias, internet y foros de prematuros y recién nacidos.

Respecto al apoyo institucional se observa que un 73% (N=83) de los encuestados no reciben ningún tipo de apoyo en esta categoría. Es de anotar que un 27% (N=30) sí cuentan con algún tipo de apoyo. De este porcentaje mencionaron recibir apoyo específico para lactantes prematuros, de asociaciones u otros colectivos, lo que sugiere que hay organizaciones y grupos que se dedican a brindar asistencia y recursos a los padres de niños prematuros. La colaboración entre instituciones, organizaciones y la sociedad en general es necesaria para garantizar que los padres reciban el apoyo que necesitan durante este desafiante proceso

Centrándose en los recursos necesarios para la atención de la prematuridad los participantes manifestaron que un 18% (N=20) de los menores no han recibido ningún tipo de tratamiento o apoyo en relación con su situación de prematuridad. Mientras que 81% (N=92) si ha requerido colaboración de profesionales de la salud, educadores, familias y la sociedad en general para garantizar que los menores reciban el cuidado y

el apoyo integral que necesitan para desarrollarse plenamente. El 1% (N=1) no respondió a la pregunta. Esta información revela que, es esencial fortalecer los esfuerzos para proporcionar tratamientos médicos y psicológicos adecuados, rehabilitación física, apoyo escolar y social a todos los menores prematuros que lo necesiten.

2.2.4. Estrés parental

El cuestionario cuenta con una serie de afirmaciones que miden el grado de conformidad, en la siguiente escala (muy de acuerdo, MD: Muy en desacuerdo, D: En desacuerdo, NS: No estoy seguro(a), A: De acuerdo, MA: Muy de acuerdo) En el análisis y según la misma escala se les confiere un valor y se transforma en un puntaje para cada una de las subescalas y de tabula de acuerdo con la tabla de valoración determinada para la prueba (Véase anexo 3).

Los resultados obtenidos en los análisis descriptivos indican que existe una diferencia entre las puntuaciones de estrés total, malestar paterno y la interacción disfuncional entre padres e hijos en madres y padres de niños prematuros. En este sentido, las madres perciben un mayor nivel de estrés parental que las madres (M= 69,9; DT= 17,69), pero también en el resto de las dimensiones que configura la variable estrés parental. Aunque en todas las categorías las madres puntúan más que los padres, también genera en los padres una percepción de estrés parental por la situación de prematuridad, desarrollo y cuidado de su hijo.

Tabla 2

Medidas y Desviaciones de Estrés Parental en Padres y Madres

Dimensión de análisis	Progenitor	M	DT
Malestar parental	Madre	24,6	7,89
	Padre	21,5	5,94
Interacción disfuncional padres e hijos	Madre	20,8	6,19
	Padre	18,8	4,74
Padres niños difíciles	Madre	24,4	7,68
	Padre	22,3	6,36
Estrés Total	Madre	69,9	17,69
	Padre	62,7	13,81

Estos resultados sugieren que las madres pueden experimentar una carga emocional y de estrés mayor en el cuidado y crianza de niños prematuros. Esto puede deberse a una serie de factores, como las expectativas sociales y culturales en torno al papel de las madres como principales cuidadoras, así como las demandas adicionales y los desafíos que conlleva criar a un niño prematuro.

3. BLOQUE III. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Asociación COPRAMO para familias de niños prematuros en Asturias

Este texto presenta la propuesta de intervención como aporte a la Asociación COPRAMO, una entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo desarrollar un Modelo Práctico Colaborativo pedagógico, psicológico y médico, enfocado en el apoyo al desarrollo del aprendizaje de los niños prematuros a través de sus entornos familiares, médicos, profesionales de atención temprana, maestros de educación infantil, maestros de escuelas primarias y asociaciones. Esta propuesta se basa en el Proyecto COPRAMO desarrollado por Bujnowska (2022) y busca ofrecer una respuesta integral y multidisciplinaria a través de acciones socio-pedagógicas, considerando la atención social, pedagógica, psicológica y médica, así como la difusión e información científica dirigida a los padres y sus familias. La asociación se plantea como un referente en el Principado de Asturias para la población de prematuros y su entorno familiar, proporcionando atención en diversas áreas de intervención y contando con un equipo interdisciplinario para gestionar las solicitudes y necesidades de las personas beneficiarias

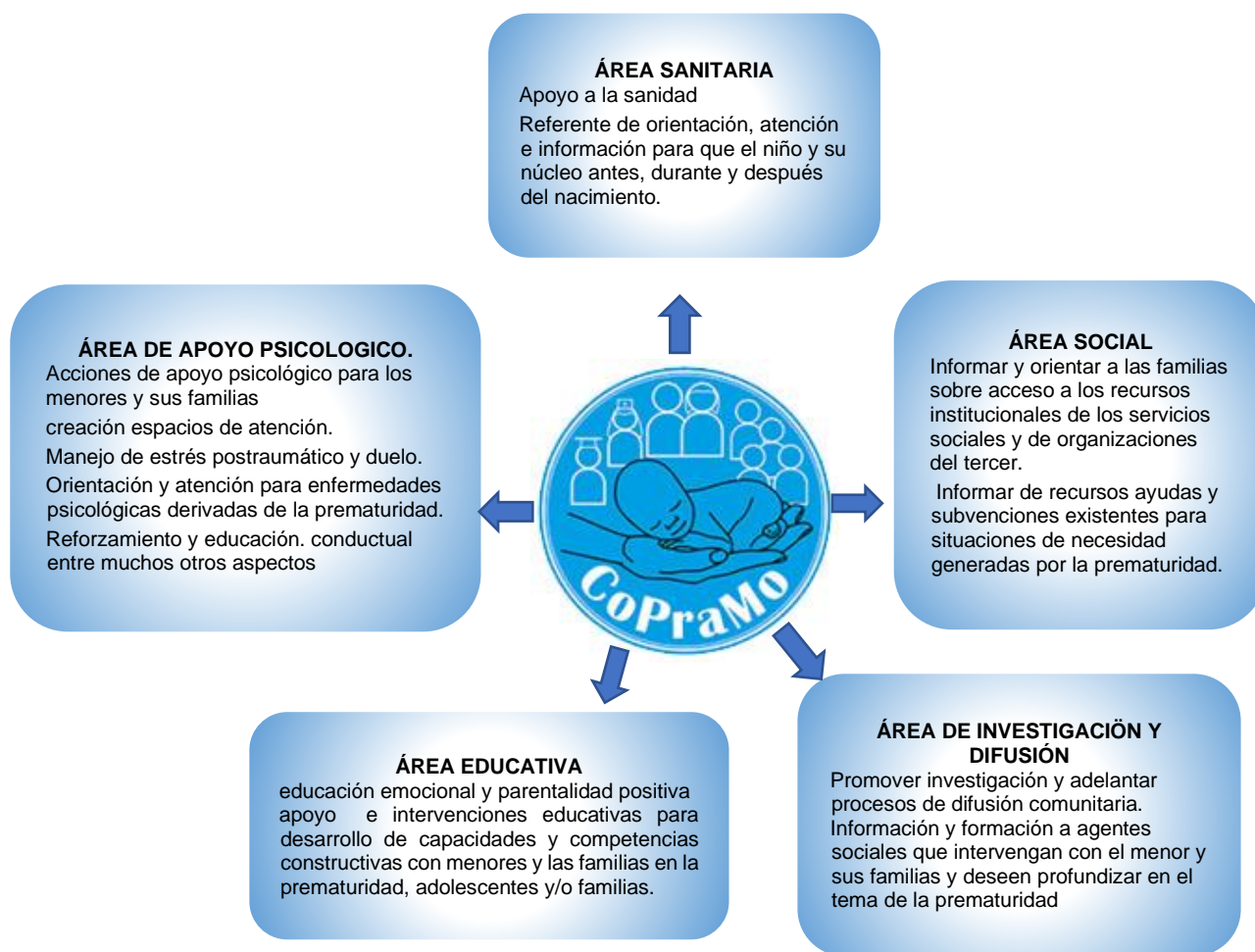
3.1. Marco institucional

Este modelo se fundamenta en el Proyecto COPRAMO desarrollado por la dra. Anna Bujnowska (2022) y busca proporcionar una respuesta integral y multidisciplinaria a través de acciones socio-pedagógicas, considerando la atención social, pedagógica, psicológica y médica, así como la difusión e información científica dirigida a los padres y sus familias. Partiendo de las necesidades identificadas en un estudio empírico realizado y otras necesidades detectadas. Su objetivo principal es construir un Modelo Práctico Colaborativo que brinde apoyo integral al aprendizaje de los niños prematuros a través de la colaboración entre diversos actores, como los entornos familiares, médicos, profesionales de atención temprana, maestros de educación infantil, maestros de escuelas primarias y asociaciones. La asociación se propone como un referente en el Principado de Asturias para la población de prematuros y su entorno familiar, abordando

diferentes áreas de intervención y contando con un equipo interdisciplinario para atender las solicitudes y necesidades de las personas beneficiarias. Centrará sus esfuerzos en proporcionar atención integral a niños prematuros y sus entornos familiares, abarcando diferentes áreas de intervención. Para lograr esto, se establecerá un equipo interdisciplinario que apoye, atienda y gestione las solicitudes, requerimientos y necesidades de las personas beneficiarias.

Gráfico 10

Estructura Organizativa Asociación Copramo: Ámbitos de Actuación



Hoy en día, se observa un aumento en la disponibilidad de programas de apoyo a la parentalidad que se aplican en diversos entornos institucionales, como los servicios sociales, los institutos y los centros educativos, entre otros (Rodrigo López et al., 2010). Estos programas están dirigidos a poblaciones con diferentes patologías específicas, como discapacidad, menores y necesidades educativas especiales, entre otras. La efectividad de estos programas varía según la especificidad de la situación y las características propias de la población atendida, así como otros factores. Sin embargo, con frecuencia no se satisfacen las necesidades específicas del colectivo de prematuros y sus familias, y la implementación de estos programas no se realiza de manera integral. Además, en los sistemas públicos de atención, los programas existentes resultan insuficientes. Por lo tanto, es necesario que el tercer sector intervenga para abordar esta necesidad, mediante programas y acciones que fomenten la educación positiva y emocional, y promuevan el empoderamiento parental.

3.2. Programa dirigido a familias con hijos prematuros

La naturaleza de la presente propuesta de intervención es socio-pedagógica, lo cual implica que se fundamenta en los enfoques y principios de la sociología y la pedagogía (American Psychological Association [APA], 2020). Su objetivo es comprender y abordar las necesidades psicosociales de las familias, ofreciendo información, recursos y estrategias de afrontamiento para promover su bienestar y el de sus hijos prematuros. El enfoque se centra en fortalecer la capacidad de las familias para enfrentar los desafíos específicos que surgen debido a la prematuridad y reducir el estrés asociado a esta condición.

Con esta propuesta se reconoce la importancia de la educación como una herramienta para empoderar a las familias, proporcionándoles conocimientos actualizados sobre la prematuridad y el desarrollo infantil. Asimismo, se busca fomentar la participación de los padres en el cuidado y la toma de decisiones relacionadas con la salud y el bienestar de sus hijos. La intervención socio-pedagógica también se basa en un enfoque grupal, en el cual se promueve el apoyo mutuo entre los participantes y el

intercambio de experiencias. Esto crea un entorno de comprensión y solidaridad, permitiendo a las familias sentirse respaldadas y acompañadas en su proceso

3.3. Destinatarios del programa

Los destinatarios de esta propuesta de intervención son las familias de niños prematuros. Específicamente, se dirige a los padres y otros miembros de la familia involucrados en el cuidado y crianza del niño prematuro. Estas familias suelen enfrentar desafíos y experimentar niveles más altos de estrés debido a la situación de prematuridad. Por lo tanto, esta propuesta tiene como objetivo brindarles el apoyo necesario para hacer frente a estas dificultades y promover su bienestar emocional.

Es importante destacar que la intervención puede adaptarse según las necesidades de cada familia, reconociendo que las circunstancias y experiencias individuales pueden variar (APA, 2020). Se puede considerar incluir a otros miembros de la familia, como abuelos u otros cuidadores, si desempeñan un papel significativo en el cuidado del niño prematuro. El programa se plantea para todo tipo de familias, tanto aquellas que se consideran normales como aquellas que se encuentran en situaciones de riesgo. Para la implementación de este programa, se propone trabajar en 3 talleres, cada uno de 3 sesiones, que involucren grupos conjuntos de padres y madres, con un total de 5 parejas participantes en cada sesión, lo que sumaría un total de 10 integrantes por sesión.

3.4. Objetivos del programa

El objetivo general de Brindar apoyo emocional y psicológico a las familias de niños prematuros, con el objetivo de reducir el estrés parental asociado a esta situación. El diseño de esta propuesta de un programa de intervención socioeducativa, integral y de apoyo desde la Asociación COPRAMO, parte del objetivo general y se establece niveles más específicos y para ello se plantean como los siguientes objetivos:

1. Proporcionar información actualizada y relevante sobre la prematuridad y el desarrollo infantil, con el fin de empoderar a los padres y ayudarles a comprender mejor las necesidades de sus hijos.
2. Promover estrategias efectivas de afrontamiento para enfrentar los desafíos y demandas específicas que surgen debido a la prematuridad, fomentando así el bienestar familiar.
3. Facilitar un espacio de apoyo y compartir experiencias entre los padres y madres de niños prematuros, promoviendo el apoyo mutuo y la creación de redes de apoyo.

3.5. Enfoque

El enfoque de esta propuesta está centrado en la familia, siguiendo las recomendaciones de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005). Es fundamental considerar que no solo se planifiquen acciones sanitarias y de atención dirigidas a los niños prematuros, sino que también se incluyan acciones que involucren a la familia y su entorno (APA, 2020, p. 15). Es necesario brindar apoyo y orientación a los padres para que puedan adaptarse a situaciones nuevas e inesperadas, no enfocándose únicamente en la problemática del niño y sus secuelas, sino también en aspectos que contribuyan a su desarrollo integral.

En relación con la propuesta de García Sánchez (2014) sobre el enfoque centrado en la familia, el autor destaca que estas oportunidades representan un tipo de aprendizaje basado en problemas y resalta la importancia de creer y asimilar la idea de que “los padres siempre tienen capacidades que pueden ser aprovechadas y potenciadas. Nuestro trabajo consiste en hacer crecer y aprovechar esas capacidades” (APA, 2020, p. 297). Con el fin de atender a la población objetivo, es necesario implementar acciones de orientación parental que brinden a los miembros del hogar herramientas educativas, de crianza positiva, de afrontamiento y de interacción personal. Esto les permitirá un buen desarrollo familiar, un empoderamiento parental frente a la situación y fomentar el fortalecimiento y la mejora de su calidad de vida y bienestar.

El programa sigue la metodología experiencial propuesta por algunos autores, como Martínez-González (2009), que promueve modelos de intervención en los cuales los individuos y las familias aprenden a partir de sus experiencias y conocimientos. Mediante sesiones programadas, se busca generar un aprendizaje participativo y activo, con dinámicas coordinadas por un profesional que facilite el aprendizaje y el fortalecimiento de los roles parentales. Es crucial crear espacios en los que las familias puedan aprender juntas, compartiendo dudas, preocupaciones y consejos para enfrentar las situaciones. Se plantean dinámicas grupales, tanto en pequeños grupos de diálogo y debate como en trabajos con el grupo completo, para compartir impresiones y realizar retroalimentación que facilite el conocimiento. Esta metodología brinda un escenario en el que familias diversas pueden escuchar experiencias, dificultades y sentimientos de otras familias que se encuentran en situaciones similares, y así manifestar las necesidades tanto externas como internas de sus hijos prematuros o con secuelas de esta situación, así como las necesidades y problemáticas propias de los padres y su núcleo familiar.

3.6. Contenidos y temáticas

Contenidos y temáticas acordes con esta propuesta de intervención y los objetivos de los tres talleres propuestos podrían incluir:

Taller 1: Identificación y manejo del estrés parental:

- Introducción a la prematuridad y sus implicaciones en el estrés parental.
- Reconocimiento de los factores estresantes relacionados con la situación de prematuridad.
- Técnicas de manejo del estrés, incluyendo la respiración consciente, la relajación muscular y la atención plena.
- Estrategias de autocuidado para los padres, como la importancia de descansar adecuadamente, alimentarse bien y buscar momentos de ocio y relajación.
- Identificación de recursos de apoyo y redes de ayuda disponibles para las familias de niños prematuros.

Taller 2: Comunicación efectiva y resolución de conflictos familiares

- Importancia de la comunicación en la familia y su impacto en el bienestar emocional.
- Técnicas de comunicación asertiva para expresar necesidades, emociones y preocupaciones de manera efectiva.
- Resolución de conflictos familiares de manera constructiva y pacífica.
- Promoción de la escucha activa y la empatía dentro de la familia.
- Creación de un ambiente de apoyo y comprensión mutua en el hogar.

Taller 3: Fortalecimiento del rol parental y participación en la toma de decisiones

- Exploración del papel de los padres como cuidadores y defensores de sus hijos prematuros.
- Promoción de la participación de los padres en la toma de decisiones relacionadas con la salud y el bienestar de sus hijos.
- Desarrollo de habilidades para la búsqueda de información y la comprensión de los tratamientos y servicios disponibles.
- Fomento de la confianza en las habilidades parentales y la capacidad para abordar los desafíos.
- Impulso del empoderamiento parental a través del conocimiento y la participación en la atención temprana de los niños prematuros.

Cada taller puede incluir actividades prácticas, discusiones en grupo, materiales educativos y ejercicios de reflexión para facilitar el aprendizaje y la aplicación de los contenidos.

3.7. Planeación de Sesiones:

Como puede verse en la tabla 4, se presenta la propuesta de planificación de sesiones para los talleres planeados,

Tabla 3

Programación de los Talleres y las Sesiones de la Propuesta Socio Educativa

Taller	sesiones	desarrollo
Taller 1: Identificación y manejo del estrés parental	Sesión 1: Introducción al estrés parental y técnicas de relajación	Introducción al taller y presentación de los participantes. Objetivos y contenidos del taller. Información sobre la prematuridad y el impacto en el estrés parental. Identificación de factores estresantes relacionados con la prematuridad. Actividad práctica: Técnicas de relajación y respiración para el manejo del estrés
	Sesión 2: Estrategias de manejo del estrés y autocuidado	Técnicas de manejo del estrés y autocuidado. Estrategias para establecer límites y gestionar el tiempo. Actividad práctica: Identificación de actividades de autocuidado y planificación de tiempo para los padres.
	Sesión 3: Consolidación y planificación del bienestar familiar	Apoyo social y redes de ayuda. Estrategias de afrontamiento y resiliencia. Desarrollo de un plan de acción personalizado para el manejo del estrés parental. Evaluación final del taller y cierre
Taller 2: Comunicación efectiva y resolución de conflictos familiares	Sesión 1: Fundamentos de la comunicación familiar y escucha activa	Presentación del taller y repaso de los objetivos y contenidos Exploración de la importancia de la comunicación en la familia Técnicas de comunicación asertiva: expresión de necesidades y emociones Actividad práctica: Ejercicios de comunicación asertiva en parejas
	Sesión 2: Herramientas para	Recapitulación de la sesión anterior y preguntas de los participantes Resolución de conflictos familiares de manera constructiva

<p>la resolución de conflictos y negociación familiar</p>	<p>Promoción de la escucha activa y la empatía en la comunicación familiar</p> <p>Actividad práctica: Role-playing de situaciones conflictivas y técnicas de resolución de conflictos</p>
<p>Sesión 3: Construyendo relaciones familiares saludables a través de la comunicación efectiva</p>	<p>Repaso de las sesiones anteriores y retroalimentación de los participantes</p> <p>Creación de un ambiente de apoyo y comprensión mutua en el hogar</p> <p>Estrategias para mejorar la comunicación en la familia</p> <p>Planificación de acciones para fomentar una comunicación efectiva y resolver conflictos de manera constructiva</p> <p>Evaluación final del taller y cierre</p>

**Taller 3:
Fortalecimiento del rol parental y participación en la toma de decisiones**

<p>Sesión 1: Descubriendo el poder del rol parental y la importancia de la participación familiar</p>	<p>Introducción al taller y presentación de los participantes</p> <p>Repaso de los objetivos y contenidos del taller</p> <p>Exploración del papel de los padres como cuidadores y defensores de sus hijos prematuros</p> <p>Actividad práctica: Reflexión sobre el rol parental y sus responsabilidades</p>
<p>Sesión 2: Herramientas para fortalecer el rol parental y promover la toma de decisiones compartida</p>	<p>Promoción de la participación de forma activa de los padres en la toma de decisiones relacionadas con la salud y el bienestar de sus hijos</p> <p>Información sobre los tratamientos y servicios disponibles</p> <p>Actividad práctica: Búsqueda de información sobre un tema relacionado con la prematuridad</p>
<p>Sesión 3: Construyendo una familia empoderada: estrategias para una participación efectiva y activa</p>	<p>Fomento de la confianza en las habilidades parentales y la capacidad para abordar los desafíos</p> <p>Promoción del empoderamiento parental a través de la participación en la atención temprana</p> <p>Planificación de acciones para fortalecer el rol parental y la participación en la toma de decisiones</p> <p>Evaluación final del taller y cierre</p>

Cada sesión debe tener una duración estimada, actividades prácticas y tiempo para la discusión en grupo. Además, es importante considerar la adaptación de los contenidos a las necesidades específicas de cada grupo de participante.

Y como puede observarse en el ejemplo de la tabla 5, se establece un ejemplo de registro de cada sesión, la cual proporcionaría una ficha técnica esquemática que detalla los objetivos, contenidos, desarrollo y recursos. Esta ficha técnica serviría como guía estructurada para asegurar la adecuada planificación y ejecución de cada sesión del taller.

Tabla 4

Ejemplo de Ficha de Registro para las Sesiones del Programa

Taller 1 Identificación y manejo del estrés parental	
<p>Nombre: Sesión 1: Introducción al estrés parental y técnicas de relajación</p>	<p>Objetivos: Introducción a la prematuridad y sus implicaciones en el estrés parental. Reconocimiento de los factores estresantes relacionados con la situación de prematuridad. Técnicas de manejo del estrés, incluyendo la respiración consciente, la relajación muscular y la atención plena. Estrategias de autocuidado para los padres, como la importancia de descansar adecuadamente, alimentarse bien y buscar momentos de ocio y relajación. Identificación de recursos de apoyo y redes de ayuda disponibles para las familias de niños prematuros</p>
<p>Descripción: <i>Introducción al taller y presentación de los participantes. Explicación de los objetivos y contenidos del taller, Información sobre la prematuridad y su impacto en el estrés parental</i> <i>Identificación de factores estresantes relacionados con la situación de prematuridad</i></p>	
<p>Actividad práctica: <i>Técnicas de respiración consciente para el manejo del estrés</i></p>	
<p>Duración: 2 Horas</p>	<p>Materiales: <i>(se anexarán los materiales y demás recursos que se requieran)</i></p>
<p>Observaciones: <i>se podrá anexar las impresiones profesionales, las propuestas individuales o grupales que salgan en la actividad, algunos elementos a tener en cuenta en los próximos encuentros y las impresiones diagnósticas</i></p>	

3.8. Temporización

A continuación, se presenta una propuesta de temporalización para los talleres y las sesiones previamente planteadas:

Taller1: Identificación y manejo del estrés parental

Duración total del taller: 3 semanas (una sesión por semana)

Sesión 1: Duración: 2 horas

Objetivos: Introducir el tema del estrés parental y brindar herramientas de relajación.

Contenidos: Prematuridad y estrés parental, técnicas de relajación y respiración.

Desarrollo: Presentación del taller (15 minutos), exposición de contenidos (45 minutos), práctica de técnicas de relajación (60 minutos).

Sesión 2: Duración: 2 horas

Objetivos: Explorar estrategias para el manejo del estrés y el autocuidado.

Contenidos: Manejo del estrés, establecimiento de límites, gestión del tiempo.

Desarrollo: Repaso de la sesión anterior (15 minutos), exposición de contenidos (45 minutos), actividad práctica de identificación de actividades de autocuidado y planificación de tiempo (60 minutos).

Sesión 3: Duración: 2 horas

Objetivos: Consolidar los conocimientos adquiridos y desarrollar un plan de acción personalizado.

Contenidos: Apoyo social, estrategias de afrontamiento.

Desarrollo: Recapitulación de las sesiones anteriores (15 minutos), exposición de contenidos (45 minutos), actividad práctica de elaboración de un plan de acción personalizado (60 minutos).

Es importante tener en cuenta que la duración y la distribución de las sesiones pueden ajustarse según las necesidades y la disponibilidad de los participantes.

Debe generarse espacios de confianza con los padres y asegurar el ambiente propicio para la comunicación y la participación. Es importante que en las sesiones y en los materiales, se emplee un lenguaje adaptado a las familias, no demasiado técnico.

3.9. Recursos

En este momento, la Asociación COPRAMO se encuentra en proceso de creación y se proyecta que en el futuro los procesos de atención, promoción y capacitación puedan llevarse a cabo en sus propias instalaciones, siendo la sede central prevista en Oviedo. Asimismo, se busca realizar acciones en centros sanitarios, unidades de neonatología, instituciones educativas y otros entes sociales que manifiesten interés en conocer, difundir y colaborar con este colectivo.

En cuanto a los recursos humanos necesarios para llevar a cabo las actividades propuestas, se contará con el conocimiento y la experiencia de los profesionales de la Asociación COPRAMO, así como con asesores y personal vinculado directamente al proyecto. Además, se espera la participación de las personas usuarias del servicio, los asistentes a las unidades de neonatología de Oviedo, Gijón y Avilés, así como los profesionales que trabajan en dichas unidades y muestren interés en participar en el seminario taller. En este sentido, tanto las personas, las familias, las escuelas, las instituciones y cualquier entidad que desempeñe un papel de agente de socialización pueden formar parte activa y colaborar en la intervención de manera coordinada con la asociación. Para el desarrollo del taller, es fundamental contar con un profesional especializado en la temática de la prematuridad, con titulación en áreas como la educación, psicología, trabajo social, logopedia o educación. Es importante que este profesional utilice un lenguaje adaptado a las familias, evitando tecnicismos excesivos y siendo capaz de fomentar la participación de las familias, el reconocimiento de sus capacidades y fortalezas, entre otros aspectos.

Referente a los recursos materiales, se utilizarán tanto los recursos propios de la asociación como aquellos que puedan obtenerse a través de subvenciones, ayudas y los recursos que las diferentes administraciones destinan a la atención infantil y familiar.

Para el desarrollo de las sesiones, se emplearán materiales de apoyo específicos del proyecto, así como medios audiovisuales como presentaciones en PowerPoint y videos educativos. En caso de requerirse, se seguirán las normas institucionales correspondientes para la elaboración y publicación de material audiovisual

3.10. Evaluación y recogida de información

Evaluar es el proceso mediante el cual se mide el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos inicialmente. Ander-Egg (1991) lo define como: la utilización de una serie de procedimientos destinados a comprobar si se han alcanzado las metas y objetivos propuestos, identificar los factores que han influido en los resultados y formular recomendaciones para introducir las correcciones o ajustes necesarios (P.42) La evaluación es esencial para obtener información valiosa que permita mejorar y tomar decisiones informadas. En el contexto de este proyecto, se proponen distintas formas de evaluación:

Evaluaciones parciales: Estas evaluaciones permiten apreciar los resultados parciales obtenidos durante el proceso de planificación del proyecto. En la evaluación inicial, se llevará a cabo una puesta en común oral en la primera sesión para compartir la información y preocupaciones de las familias en relación con la prematuridad, la evolución física, psicológica y emocional de los niños y el estado general. El coordinador o un observador designado registrarán por escrito esta información. Se utilizará la técnica de observación participante para identificar los temas que requieren mayor atención por parte del grupo. Además, se aplicará un cuestionario de evaluación inicial en cada sesión para evaluar la satisfacción de los participantes con la actividad propuesta. (Véase anexo 4)

Autoevaluación o evaluación progresiva: Esta evaluación se realizará tanto a nivel del proyecto como de los individuos involucrados, con el objetivo de analizar los aciertos, errores y posibles mejoras que se pueden implementar para hacer más eficiente la acción y mejorar la participación de las personas. Se realizará una evaluación de cada taller a través de un formulario diseñado previamente. La autoevaluación se llevará a

cabo mediante reuniones con el grupo y durante las sesiones, con el fin de perfeccionar y dar una respuesta efectiva a las inquietudes del proyecto, las actividades y los usuarios. (Véase anexo 5).

Evaluaciones finales: Estas evaluaciones proporcionarán datos cualitativos y cuantitativos para apreciar si el seminario taller ha logrado los resultados previstos, así como los resultados no anticipados que pueden motivar nuevas acciones para transformar situaciones de desánimo, desigualdad y promover la equidad de género dentro del programa. Al finalizar el programa, se llevará a cabo una evaluación para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos al inicio y para identificar posibles aspectos a mejorar. Se utilizará un cuestionario de satisfacción que será completado por los participantes.

Además, se propone realizar una reflexión personal conjunta en forma de grupo de discusión durante la última sesión. En este diálogo colectivo, se invitará a los participantes a compartir sus opiniones sobre el programa, sus dificultades, aspectos que les hayan gustado y sugerencias para mejorarlo en futuras situaciones. El moderador del grupo registrará las propuestas y se buscará obtener información valiosa para el desarrollo de futuros programas

BLOQUE IV. Conclusiones

Podemos afirmar que la propuesta de intervención presentada busca brindar un modelo práctico colaborativo socio pedagógico a través de la Asociación COPRAMO para apoyar el desarrollo de los niños prematuros e entornos familiares, considerando diferentes aspectos de atención y apoyo multidisciplinario, además de presentar las siguientes conclusiones:

1. Existe una gran necesidad de apoyo, información, orientación y capacitación para los menores y las familias de los niños prematuros en Asturias y posiblemente a nivel nacional.
2. La intervención de los equipos hospitalarios y los profesionales altamente capacitados tiene un impacto positivo en la supervivencia de los niños prematuros y en la adaptación de las familias a la situación de prematuridad.
3. El seguimiento y apoyo continuo son fundamentales para brindar el apoyo necesario en el crecimiento y desarrollo de los niños prematuros.
4. Se requiere una mayor atención a largo plazo más allá de los tres primeros años de vida, incluyendo tratamientos adicionales y apoyos psicológicos y educativos.
5. Es necesario mejorar la detección temprana de problemas físicos, psicológicos, de aprendizaje y de socialización en los niños prematuros, así como proporcionar una formación continua y actualizada a los profesionales que los atienden.
6. Se debe implementar una intervención específica dirigida a los niños prematuros en edad escolar, abordando aspectos físicos, psicológicos y académicos.
7. Los gobiernos y las instituciones públicas, privadas y del tercer sector deben enfocar sus esfuerzos en brindar apoyo a esta población, realizando investigaciones, acciones de difusión e información, capacitación y proporcionando recursos y actividades complementarios.

8. Mejorar el acceso a la información y el apoyo a las familias con niños prematuros es fundamental, tanto a través de los servicios de salud como de otros recursos disponibles.
9. Es necesario determinar las necesidades de apoyo escolar y de desarrollo académico de los niños prematuros, complementando los recursos médicos y rehabilitadores con tratamientos psicológicos.
10. Los resultados de la investigación contribuyen al conocimiento existente y pueden servir de base para el desarrollo de intervenciones y programas de apoyo más efectivos.

En resumen, se requiere un enfoque integral y continuo para satisfacer las necesidades de los niños prematuros y sus familias, que incluya atención médica, apoyo psicológico, información y capacitación, así como una intervención específica en la etapa escolar y apoyo al núcleo familiar igualmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index Professional Manual* (3rd ed.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.).
- Ander-Egg, E. (1991). *Introducción a la Planificación estratégica*. Lumen Hymanitas.
- Ander-Egg, E. (1993). *La Planificación educativa: conceptos, métodos, estrategias y técnicas para educadores*. Editorial Magisterio del Río de La Plata. Argentina.
- Asociación española de padres y madres de niños nacidos prematuramente (APREM) <https://aprem-e.org/>
- Asociación Española de Pediatría "AEDP" (2005). *Manual para padres de niños prematuros | En Familia*. Edit. Ibáñez y plaza.
- Basa, J. (2010). *Estrés parental con hijos autistas: un estudio comparativo* (Trabajo de pregrado). Universidad Católica de Argentina. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/estres-parental-con-hijosautistas.pdf>
- Bonilla, E. & Rodriguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos*. Edit. Nomos. Bogotá, Colombia:
- Bujnowska, A. (2022-2023). *Las Dificultades educativas y los recursos psicológicos de la familia de los niños prematuros*. (Tesis doctoral). Universidad de Oviedo. Asturias
- Carballeda, A. (2022). *La intervención en lo Social*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Cano-Giménez, E., Brito de la Nuez, A.G., y Pérez-López, J. (2011). *Condiciones neonatales y desarrollo psicomotriz: sus relaciones en niños muy prematuros a los 2 años corregidas*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(1), 119-128
- consejería de salud de la junta de Andalucía (2015). *Guía para profesionales: sesiones grupales dirigidas para padre y madres de bebés prematuros*

- Díaz-Herrero, A. López-Pina, J Pérez-López, J. (2011). *Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a Sample of Spanish Fathers. (Validez de la prueba de estrés parental en una muestra de padres españoles)* Universidad de Murcia. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, (2), 990-997.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Fernández Castillo A, López Naranjo I. (2006) *Estrés parental en la hospitalización infantil. Ansiedad estrés*; 12:1-17.
- García-Sánchez, F. A. (2014). *Atención Temprana: enfoque centrado en la familia*. En AELFA (Ed.) XXIX Congreso AELFA. *Logopedia: evolución, transformación y futuro* (pp. 286-302). AELFA.
- Gerstein, E. D.; Crnic, K. A.; Blacher, J. y Baker, B. L. (2009). *Resilience and course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities*. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 53, 981 – 997
- Gómez Esteban, C. (2014). *Parents Associations and multidisciplinary follow-up of very preterm infants* Universidad Complutense de Madrid Vol. 2, (1), 203-213
- Gómez Esteban, C. [1]. (2014). *Parents Associations and multidisciplinary follow-up of very preterm infants. (Asociaciones de padres y seguimiento multidisciplinar de la gran prematuridad)*. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 2(1), 203-213. doi:10.5569/2340-5104.02.01.12
- López Sánchez, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: Respuesta familiar, escolar y social*. Pirámide
- Martín M. *Diseño y validación de cuestionarios*. *Matronas Profesión*. 2004; 5 (17): 23-29. https://matronasprofesion.es/investigacion/disenos_y_validacion_de_cuestionarios
- Martínez-González, R.-A. (1999). *Orientación educativa para la vida familiar*. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 10(17), 115-127.
- Martínez-González, R.-A. (2008). *Educación para la convivencia desde el ámbito familiar*. *Sociedad Española de Pedagogía, Educación, Ciudadanía y Convivencia*, 67-84.

- Martínez-González, R.-A. (2009). *Programa-Guía para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales*. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad.
- Monje, C – (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía metodológica*. (Tesis de grado). Universidad Sur-colombiana. Facultad de Ciencias Sociales y humanas. Programa de comunicación social y periodismo de Neiva.
- Organización mundial de la salud (OMS). (2022) *Informe anual de prematuridad*. Página web organización. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>
- Rodrigo López, M. J., Amorós Martí, P., Arranz Freijo, E., Hidalgo García, V., Máiquez Chávez, M. L., Martín Quintana, J. C., Martínez-González, R. A., y Ochaíta Alderee, E. (2015). *Guía de Buenas Prácticas en Parentalidad Positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias*. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rodrigo López, M. J., Máiquez Chaves, M. L., y Martín Quintana, J. C. (2010). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Sanders, J. & Morgan, S. (2008). *Family Stress and Adjustment as Perceived by parents of Children with Autism or Down Syndrome Implications for Intervention*. *Child & Behavior Therapy*, 19(4), 15-32.
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., y Rodríguez Menéndez, M. C. (2008). *Estilos educativos parentales: Revisión bibliográfica y reformulación teórica*. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 20, 151-178.
- Urbano Contreras, A., Martínez-González, R.-A., y Iglesias García, M. T. (2021). *Revisión de la investigación sobre relaciones de pareja en países hispanohablantes*. *Interdisciplinaria*, 38(3), 25–48.
- Vaca-Pazmiño, C., Salazar, A. (2018). *La educación de madres y padres: una estrategia de cambio olvidada en salas de cuidados neonatales*. *Hospital docente de Ambato* 2013. 10 (1), 19-25.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Dimensiones y Variables de Estudio	26
Tabla 2 Medidas y Desviaciones de Estrés Parental en Padres y Madres	41
Tabla 3 Programación de los Talleres y las Sesiones de la Propuesta Socio Educativa	50
Tabla 4 Ejemplo de Ficha de Registro para las Sesiones del Programa.....	52

INDICE DE FIGURAS

Índice de imágenes

Imagen 1. Ingreso de Niño Prematuro en la UCI del HUCA.....	10
Imagen 2. Unidad y Equipo de Neonatología HUCA.....	12
Imagen 3. Método Canguro, Neonatología HUCA	13
Imagen 4 Distribución en España de Instituciones que trabajan prematuridad con la Población de menores y sus familias	20

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Embarazo.	31
Gráfico 2 Edad de la madre en la Gestación.....	32
Gráfico 3 Parto Múltiple en el Momento de Gestación y Nacimiento.....	33
Gráfico 4 Complicaciones en el Embarazo.....	34
Gráfico 5 Sexo del Menor Prematuro	35
Gráfico 6 Intervalos de Edad de Menor Prematuro	36
Gráfico 7 Nivel de Estudios del Menor Prematuro.....	37
Gráfico 8 Semanas de Gestación en la que Ocurrió el Nacimiento.....	38
Gráfico 9 Peso de Menor en el Nacimiento	39
Gráfico 10 Estructura Organizativa Asociación Copramo: Ámbitos de Actuación	44

Índice de Anexos

Anexo 1. Cuestionarios de Investigación “Conocimiento Familiar del Niño Prematuro”.64	
Anexo 2 Cuestionario Prueba PSI (Estrés Parental)	67
Anexo 3 Tabla de Evaluación de la Prueba PSI.....	71
Anexo 4 Cuestionario de Satisfacción de la Sesión de Taller	72
Anexo 5 Formulario de Autoevaluación del Taller (Tutor)	74

Anexo 1

Cuestionarios de Investigación “Conocimiento Familiar del Niño Prematuro”



MENOR PREMATURO			
Edad actual del menor		sexo	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
Datos del momento del nacimiento:			
Tipo de embarazo		1 a) único 2 b) gemelar/mellizos 3 c) trillizos 4 d) múltiple	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Semanas de gestación al momento del nacimiento:			
Peso al momento del nacimiento			
Necesito tratamientos complementarios aparte de los servicios médicos del servicio de salud		1 a) No 2 b) Si	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Tratamientos complementarios que han requerido los menores después de su nacimiento.			
MADRE			
Edad de madre:		Nacionalidad	1 a) española <input type="radio"/> 2 b) Otra <input type="radio"/> (¿cuál?) _____
Nivel de estudios		1) Sin estudios 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachiller/FP 5) Universitarios 6) Doctorado	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Situación laboral:		1) No tengo trabajo 2) Trabajo a tiempo completo 3) Trabajo a tiempo partido	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

	4 d) Otro _____ <input type="radio"/>		
Nivel socioeconómico:	1) Bajo	<input type="radio"/>	
	2) Bajo medio	<input type="radio"/>	
	3) medio	<input type="radio"/>	
	4) medio alto	<input type="radio"/>	
	5)alto	<input type="radio"/>	
Estado civil:	1 a) Casada	<input type="radio"/>	
	2 b) Soltera	<input type="radio"/>	
	3 c) Divorciada/separada	<input type="radio"/>	
	4 d) Viuda	<input type="radio"/>	
	5 e) Pareja de hecho	<input type="radio"/>	
¿Cuántos hijos tienes?			
Enfermedades (actuales):	1 a) No <input type="radio"/>		
	2 b) Si <input type="radio"/>		
ESTADO DE SALUD DE LA MADRE Y EMBARAZO			
Tipo de embarazo	1) Natural	<input type="radio"/>	
	2) Inseminación	<input type="radio"/>	
	3) FIV	<input type="radio"/>	
	4) FIV – Ovodonación	<input type="radio"/>	
Proceso de embarazo	1) Normal	<input type="radio"/>	Edad durante el parto
	2) Con complicaciones	<input type="radio"/>	
	3) Con muchas complicaciones	<input type="radio"/>	
Parto múltiple	1 No / <input type="radio"/>	Complicaciones en el parto	1No <input type="radio"/>
	2 Sí <input type="radio"/>		2 Sí <input type="radio"/>
PADRE			
Edad de padre		Nacionalidad:	1) española
			2) Otra (¿cuál?) _____
Nivel de estudios	1) Sin estudios	<input type="radio"/>	
	2) Primaria	<input type="radio"/>	
	3) Secundaria	<input type="radio"/>	
	4) Bachiller/FP	<input type="radio"/>	
	5) Universitarios	<input type="radio"/>	

	6) Doctorado <input type="radio"/>	
Situación laboral:	1) No tengo trabajo <input type="radio"/> 2) Trabajo a tiempo completo <input type="radio"/> 3) Trabajo a tiempo partido <input type="radio"/> 4 d) Otro _____ <input type="radio"/>	
Nivel socioeconómico:	1) Bajo <input type="radio"/> 2) Bajo medio <input type="radio"/> 3) medio <input type="radio"/> 4) medio alto <input type="radio"/> 5)alto <input type="radio"/>	
Estado civil:	1 a) Casado <input type="radio"/> 2 b) Soltero <input type="radio"/> 3 c) Divorciado/separado <input type="radio"/> 4 d) Viudo <input type="radio"/> 5 e) Pareja de hecho <input type="radio"/>	
¿Cuántos hijos tienes?		
PREGUNTAS CONJUNTAS (ABIERTAS)		
¿Dónde has obtenido información sobre cómo tratar con tu/s niño/s?		
¿Qué asociación o fundación te brindó apoyo o ayuda cuando lo necesitaste?		
¿Qué recursos o actividades crees que te podrían haber ayudado con tu/s niño/s prematuro/s?		

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 2

Cuestionario Prueba PSI (Estrés Parental) Adaptación Universidad de Murcia

PSI Parenting Stress Index

(Versión reducida)

Richard R. Abidin
University of Virginia

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

Nombre del niño/a _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento del niño _____ Fecha de hoy _____

Instrucciones:

En las líneas anteriores escriba, por favor, su nombre, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, nombre y sexo del niño, fecha de nacimiento del niño, y fecha de hoy. Por favor, marque todas sus respuestas

Al contestar el siguiente cuestionario piense en lo que más le preocupa de su hijo/a.

En cada una de las cuestiones siguientes le pedimos que indique, por favor, rodeando con un círculo, la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerca a ellos. **DEBE RESPONDER DE ACUERDO CON LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA PREGUNTA.**

Las posibles respuestas son

MA si está muy de acuerdo con el enunciado.

A si está de acuerdo con el enunciado.

NS si no está seguro.

D si está en desacuerdo con el enunciado.

MD si está muy en desacuerdo con el enunciado.

Por ejemplo, si a usted le gusta ir al cine de vez en cuando, debería rodear con un círculo A, como respuesta al siguiente enunciado:

Me gusta ir al cine

MA **A** NS D MD

- | | | | | | |
|--|--------------------------------|---|----|---|----------|
| 1. A menudo tengo la sensación de que no puedo controlar muy bien las situaciones | MA | A | NS | D | MD |
| 2. Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi(s) hijo(s) | MA | A | NS | D | MD |
| 3. Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre | MA
MA | A | NS | D | MD
MD |
| 4. Desde que he tenido este hijo, no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes | | | | | |
| 5. Desde que he tenido este hijo, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan | MA | A | NS | D | MD |
| 6. No me siento contento con la ropa que me compré la última vez | MA | A | NS | D | MD |
| 7. Hay muchas cosas de mi vida que me molestan | MA | A | NS | D | MD |
| 8. Tener un hijo me ha causado más problemas de los que esperaba en mis relaciones con mi pareja. | MA | A | NS | D | MD |
| 9. Me siento solo y sin amigos | MA | A | NS | D | MD |
| 10. Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme | MA | A | NS | D | MD |
| 11. No estoy tan interesado por la gente como antes | MA | A | NS | D | MD |
| 12. No disfruto de las cosas como antes | MA | A | NS | D | MD |
| | MP <input type="text"/> | | | | |
| 13. Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien. | MA | A | NS | D | MD |
| 14. Casi siempre siento que no le gusta a mi hijo ni quiere estar cerca de mí. | MA | A | NS | D | MD |
| 15. Mi hijo me sonríe mucho menos de lo que yo esperaba. | MA | A | NS | D | MD |
| 16. Cuando le hago cosas a mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados | MA | A | NS | D | MD |
| 17. Cuando juega, mi hijo(a) no se ríe con frecuencia | MA | A | NS | D | MD |
| 18. Me parece que mi hijo no aprende tan rápido como la mayoría de los niños. | MA | A | NS | D | MD |
| 19. Me parece que mi hijo no sonríe tanto como los otros niños. | MA | A | NS | D | MD |
| 20. Mi hijo(a) no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba. | MA | A | NS | D | MD |
| 21. Mi hijo tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas. | MA | A | NS | D | MD |
| 22. Siento que soy: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. no muy bueno como madre/padre. | | | | | |
| 2. una persona que tiene algunos problemas para ser madre/padre | | | | | |
| 3. un(a) madre/padre normal | | | | | |
| 4. un(a) madre/padre mejor que el promedio | | | | | |
| 5. muy buen(a) madre/padre | | | | | |

23. Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo de los que tengo, y eso me molesta. MA A NS D MD

24. Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan solo por el mero hecho de hacerlas MA A NS D MD

ID P-H

25. Mi hijo parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de niños MA A NS D MD

26. Mi hijo generalmente se despierta de mal humor MA A NS D MD

27. Siento que mi hijo es muy caprichoso y se enoja con facilidad MA A NS D MD

28. Mi hijo hace algunas cosas que me molestan mucho MA A NS D MD

29. Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta MA A NS D MD

30. Mi hijo se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes MA A NS D MD

31. El horario de dormir y comer de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba MA A NS D MD

32. He observado que lograr que mi hijo haga o deje de hacer algo es: 1 2 3 4 5

1. Mucho más difícil de lo que me imaginaba

2. Algo más difícil de lo que esperaba

3. Como esperaba

4. Algo menos difícil de lo que esperaba

5. Mucho más fácil de lo que esperaba

33. Piense concienzudamente y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo. Por ejemplo, pierde el tiempo, no quiere escuchar, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea, etc. Por favor, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado 10+ 8-9 6-7 4-5 1-3

Por favor, indique alguna:

34. Algunas cosas de las que hace mi hijo me fastidian mucho MA A NS D MD

35. Mi hijo se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba MA A NS D MD

36. Mi hijo me exige más de lo que exigen la mayoría de niños. MA A NS D MD

ND

Σ datos

En las cuestiones siguientes escoja entre “S” para “Sí” y “N” para “No”.

Durante los últimos 12 meses ha sucedido en su núcleo familiar directo alguno de los siguientes acontecimientos:

37. Divorcio	S	N
38. Reconciliación con la pareja	S	N
39. Matrimonio	S	N
40. Separación	S	N
41. Embarazo	S	N
42. Otro pariente se ha mudado a su casa	S	N
43. Los ingresos han aumentado sustancialmente (20% o más)	S	N
44. Me he metido en grandes deudas	S	N
45. Me he mudado a un nuevo lugar	S	N
46. Promoción en el trabajo	S	N
47. Los ingresos han descendido sustancialmente	S	N
48. Problemas de alcohol o drogas	S	N
49. Muerte de amigos íntimos de la familia	S	N
50. Comenzó en un nuevo trabajo	S	N
51. Entró alguien en una nueva escuela	S	N
52. Problemas con un superior en el trabajo	S	N
53. Problemas con los maestros en la escuela	S	N
54. Problemas judiciales	S	N
55. Muerte de un miembro cercano de la familia	S	N

Fuente: Díaz-Herrero, A. López-Pina, J Pérez-López, J. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a Sample of Spanish Fathers. Grupo GIAT Documento Interno. Universidad de Murcia

Anexo 3

Tabla de Evaluación de la Prueba PSI.

Tablas de conversión de puntuaciones brutas a percentiles de la Prueba

Meses _____

Percentil	Puntuaciones brutas					Percentil
99+	24	49	36	49	112	99+
95	19	39	30	39	99	95
90	18	36	27	36	91	90
85	17	33	26	33	86	85
80	16	31	25	31	82	80
75	15	29	23	29	76	75
70	15	28	22	28	75	70
65	14	27	21	27	73	65
60	14	26	20	26	71	60
55	13	24	17	24	66	55
50	13	23	16	23	65	50
45	12	22	15	22	63	45
40	12	21	14	21	61	40
35	11	20	14	19	59	35
30	11	19	13	18	55	30
25	10	17	13	17	51	25
20	10	17	12	15	46	20
15	9	14	12	15	46	15
10	7	12	14	39		10
5	7	12	14	39		5
1	7	12	14	39		1

NID

Puntuación directa



- Padre ▪
- Madre ▪

Puntuación centil

Fuente: Díaz-Herrero, A. López-Pina, J Pérez-López, J. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a Sample of Spanish Fathers. I Grupo GIAT. Documento Interno. Universidad de Murcia

Anexo 4

Cuestionario de Satisfacción de la Sesión de Taller



Taller		Fecha	
Tutor/Moderador			

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

- 3 Te agradecemos que cumplimentes este cuestionario con objeto de conocer el grado de satisfacción de tu participación en esta actividad, con la finalidad de mejorar su realización futura. Rodea con un círculo el nº del 1 al 6 que refleje tu grado de satisfacción (1=mínimo, 6=máximo).

GRADO DE SATISFACCIÓN						
Sobre la organización:						
La información previa ha sido adecuada	1	2	3	4	5	6
Ha tenido una duración adecuada	1	2	3	4	5	6
Sobre los contenidos:						
Han sido claros	1	2	3	4	5	6
Han sido interesantes	1	2	3	4	5	6
Han sido útiles	1	2	3	4	5	6
Sobre la metodología:						
Ha facilitado el intercambio entre participantes	1	2	3	4	5	6
Ha facilitado el aprendizaje / reflexión	1	2	3	4	5	6
Sobre la utilidad:						
Ha cumplido mis expectativas	1	2	3	4	5	6
Me ha servido en mi objetivo	1	2	3	4	5	6
Valoración global:						
Del profesorado	1	2	3	4	5	6
De la metodología	1	2	3	4	5	6
De la organización	1	2	3	4	5	6

De la actividad en general

1 2 3 4 5 6

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA

OTRAS TEMÁTICAS DE INTERÉS

MUCHAS GRACIAS

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 5

Formulario de Autoevaluación del Taller (Tutor)



Autoevaluación del taller

Fecha de realización:

Nombre del moderador-tutor			
Sesión		Nombre del taller:	

Grado de cumplimiento del plan de trabajo inicial: tareas concretas realizadas, problemas, incidencias, cambios surgidos en el desarrollo, etc.

--

b) Reflexiones sobre el aprendizaje adquirido (conocimientos teórico-prácticos, competencias tales como asunción de responsabilidades, trabajo en equipo, habilidades de comunicación, capacidad de adaptación a diferentes contextos, etc.).

--

Otras observaciones que el tutor considere de interés.

--

Fuente: Elaboración Propia