



Artículo Original

Barreras para la implementación del Método Mamá Canguro

Barriers for the implementation of Kangaroo mother care practice

Silvana M. Matassini-Eyzaguirre^{1,a}, Luis Cam Chang^{2,b}, Carmen Fernández-Sierra^{3,b}

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1248>

RESUMEN

Objetivo: Analizar y discutir las barreras de implementación del Método Mamá Canguro en un hospital del seguro social de Lima, Perú. **Material y Métodos.** Estudio cualitativo con diseño etnográfico realizado entre los meses de octubre 2019 y enero 2020. Observación y entrevistas a profundidad fueron las herramientas de recojo de información empleadas con madres, familiares y personal de salud (PS). Se entrevistaron a diez madres y ocho miembros del personal de salud de un hospital de la seguridad social en Lima, Perú. **Resultados:** Las barreras para la aplicación del método mamá canguro más resaltantes fueron las vinculadas al trato humano y al conocimiento del método por parte del personal de salud. De parte de las madres canguro son los aspectos económicos y familiares los que influyen negativamente en el involucramiento del método mamá canguro. **Conclusiones:** A pesar de la limitación de recursos hospitalarios, las madres manifestaron que llevar a cabo el método mamá canguro se dificulta principalmente por la débil relación con algunos miembros del personal de salud. Es importante invertir, como prioridad, en el capital humano involucrado para contribuir al traslado sostenible y efectivo del cuidado del bebé prematuro a un nivel domiciliario.

Palabras Clave: Madre canguro, Nacimiento prematuro, Barreras de acceso a servicios de salud. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objectives: Analyse and discuss the barriers to the implementation of the Kangaroo Mother Method (KMC) in a social security hospital in Lima, Peru. **Material and Methods:** Qualitative study with ethnographic design carried out between October 2019 and January 2020. Observation and in-depth interviews were the information collection tools used, conducted with mothers, family members, and health personnel (HCP). **Results:** The most outstanding barriers to the application of the KMC were those related to the humane treatment and knowledge about the

FILIACIÓN

1. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, Seguro Social de Salud. Lima, Perú.
 2. Servicio de Neonatología, hospital Alberto Sabogal, EsSalud. Lima, Perú.
 3. Servicio de Neonatología, hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú.
- a. Magister.
b. Doctor.

ORCID

1. Silvana M. Matassini Eyzaguirre / [0000-0001-6175-3645](https://orcid.org/0000-0001-6175-3645)
2. Luis Cam Chang / [0000-0002-2841-0744](https://orcid.org/0000-0002-2841-0744)
3. Carmen Fernández Sierra / [0000-0003-2031-0957](https://orcid.org/0000-0003-2031-0957)

CORRESPONDENCIA

Silvana M. Matassini Eyzaguirre

EMAIL

smatassini@gmail.com

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de intereses. Al momento de la realización de este artículo los autores laboraban en EsSalud.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento.

CONTRIBUCIONES

Mg. Silvana M. Matassini Eyzaguirre: Autora e investigadora principal. Encargada del manuscrito.
Dr. Luis Cam: Co-autor. Formulación del problema de investigación. Lectura y contribuciones al manuscrito.
Dra. Carmen Fernández: Co-autor. Formulación del problema de investigación. Lectura y contribuciones al manuscrito.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 08/06/2021
Aceptado: 09/09/2021

COMO CITAR

Matassini-Eyzaguirre, S., Cam-Chang, L., & Fernández-Sierra, C. Barreras para la implementación del Método Mamá Canguro. Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga A s e n j o , 2 0 2 1 , 1 4 (3) , 2 9 7 - 3 0 3 .
<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1248>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

KMC by health personnel. On the part of kangaroo mothers, it is the economic and family aspects that negatively influence their involvement in the MMC. **Conclusions:** Despite the limitation of hospital resources, the mothers stated that carrying out the KMC is challenging mainly due to the weak relationship with some members of the health personnel. It is important to invest, as a priority, in the human capital involved to contribute to the sustainable transfer and effective care of the premature baby at a household level.

Keywords: Kangaroo mother-care method, Premature birth, Barriers to access of health services. (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el Método Mamá Canguro-MMC es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz, de bajo costo y fácil de aplicar, que fomenta la salud y el bienestar del recién nacido. Sus principales características y efectos, son: el contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé; la lactancia materna exclusiva (en el caso ideal); mayor vínculo afectivo con el recién nacido; el desarrollo de las actividades iniciales en el hospital y posterior traslado al hogar familiar y; el beneficio para los bebés pequeños de recibir el alta en un plazo breve. Además, la OMS recomienda que las madres que se encuentran en su hogar reciban de apoyo y seguimiento adecuados para una efectiva implementación del método⁽¹⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPAS) estima que cerca de 30 millones de bebés nacen prematuramente por año en el mundo. De estos, 1. 2 millones nacen en la región de las Américas⁽²⁾.

En el Perú hay un promedio anual de 30,000 nacimientos prematuros según el sistema de registro del certificado de nacido vivo-MINSA (CNV) y más de 2000 defunciones anuales notificadas al sistema de vigilancia del centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades del ministerio de salud (CDC). Llama la atención el ascenso continuo de la proporción de defunciones neonatales en prematuro, que a inicios del 2011 era de 60% y al 2018 es 70%; es decir, de cada 10 defunciones neonatales notificadas al sistema de vigilancia 7 fueron neonatos prematuros⁽³⁾.

Ante este panorama y, siendo el MMC eficaz y de bajo costo, ¿por qué no se implementa de manera adecuada y sostenible en el Perú?

Si bien el MMC empezó a utilizarse desde 1985 en un hospital público del país, es aún muy poco conocido y tiene aún una precaria implementación a nivel nacional⁽⁴⁾.

Sin embargo, cabe resaltar que, a través de Resolución Ministerial N° 440-2020-MINSA, de fecha 26 de junio de 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 108-MINSA-2020-DGIESP para la implementación de la Práctica del Método Canguro, incluyéndose en su ámbito de aplicación a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel con atención neonatal del Seguro Social de Salud⁽⁵⁾. Este decreto representa los intentos desde el Estado por visualizar la importancia del MMC y, por ende, la necesidad de explorar e investigar sobre el tema y así poder realizar mejoras en su

desarrollo.

Dentro de las principales barreras para su adecuada implementación en diferentes contextos hospitalarios destacan: el tiempo disponible de las madres para poder asistir al hospital y llevar a cabo el MMC, el ambiente hospitalario y domiciliario, estado de salud del recién nacido, estado psicológico y emocional de los padres, costos de hospedajes, transportes y, adecuadas políticas públicas de salud que permitan a los familiares llevar a cabo el MMC sin premuras económicas⁽⁶⁻¹³⁾.

El objetivo del estudio cualitativo fue analizar y discutir las barreras de implementación del MMC en un hospital de la seguridad social de Lima, Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo con diseño etnográfico. Este tipo de diseño metodológico busca aproximarse lo más posible a la significación de los fenómenos para los sujetos de estudio a través de un involucramiento más constante y profundo a sus espacios, relacionamiento y dinámica^(14,15). Las herramientas metodológicas fueron entrevistas a profundidad y guías de observación. Las herramientas de recojo de información fueron compartidas entre colegas ajenos al estudio con la finalidad de validar las guías de entrevistas y su aplicación. Este proceso contribuyó en el ajuste de los instrumentos finales.

La unidad de análisis quedó constituida por los discursos de i) madres y/o familiares canguro y ii) personal de salud (PS) durante los meses de octubre del 2019 y febrero del 2020 en el servicio de neonatología de un hospital del seguro social de Lima, Perú.

Se trabajaron las 'barreras' como la variable principal de investigación. Por un lado, las barreras existentes en relación a la institución de salud y, por otro, las concernientes a la realidad de las madres/familiares canguro.

Fue una muestra por conveniencia. Las madres canguro y personal de salud que aceptaron participar estuvieron incluidos en el estudio. Se entrevistaron un total de diez madres/familiares canguro y ocho miembros del PS. En investigación cualitativa, la decisión sobre el mejor modo de obtener los datos y del número de muestra se toman en el campo, y es la propia información obtenida la que va guiando el muestreo⁽¹⁶⁾. Sin embargo, se pueden considerar ciertos aspectos para buscar una aproximación de sujetos de estudio a incluir en las investigaciones, como por ejemplo: el tiempo de duración del estudio, el tiempo de trabajo de campo en el

lugar de estudio, la extensión de las guías de entrevistas.

La guía de observación se empleó al inicio del estudio para el involucramiento de la investigadora con el espacio del estudio sin un acercamiento directo con los participantes. Esto permitió conocer las dinámicas del área de neonatología en cuanto a horarios, rutinas, procesos, permisos, relaciones entre el personal de salud y entre el personal de salud y las madres y sus familiares. Esta información permitió ajustar las guías de entrevistas, reconocer los agentes claves para la búsqueda de mayor información, conocer los mejores horarios para la realización del trabajo de campo al mismo tiempo que convertía a la investigadora en un sujeto familiar ante los ojos del diverso personal del área de neonatología y de las madres canguro.

Las entrevistas realizadas fueron grabadas con previa autorización de las y los participantes y, aquellas que no se grabaron fueron registradas a través de notas de campo. El lugar en donde se llevaron a cabo las entrevistas con el personal de salud fue en el mismo hospital, en el piso del área de neonatología.

El análisis propuesto para el estudio fue temático. Este método permitió identificar, organizar, analizar en detalle y proporcionar patrones o temas a partir de una cuidadosa lectura de la información recogida para así inferir resultados que propicien una adecuada comprensión/interpretación del fenómeno en estudio⁽¹⁷⁾. El proceso analítico fue el siguiente:

- **Organización de la data colectada:** transcripciones de entrevistas a profundidad, guías de observación, cuadernos de campo.
- **Organización de categorías:** Son aquellas que aparecen como patrones relevantes dentro del texto y las que construyen las ideas principales de la investigación.
- **Codificación:** Se procede a analizar el texto y codificar partes del mismo. Estos códigos buscan sistematizar la información. son etiquetas para identificar categorías, describen un segmento del texto. La codificación de la información se realizó en dos momentos diferentes a manera de corroborar y validar las asignaciones propuestas. De esta manera se pudo realizar una interpretación de la información y presentar los hallazgos del estudio.
- **Organización de categorías en temáticas:** Es el desarrollo de los grandes temas que se generan a la luz del análisis realizado y se convierten en focos de discusión principal en el estudio.

Aspectos éticos

Esta investigación fue aprobada para su ejecución por parte de un comité de ética institucional del mismo hospital donde se llevó a cabo el estudio a través de la Carta N° 2904-GRPR-ESSALUD-2019 con fecha 5 de septiembre del 2019.

Se hizo entrega de consentimientos informados a los participantes para su lectura y firma correspondiente si aceptaban ser parte del estudio. De igual manera, se emplearon seudónimos al momento de analizar la información por cada participante. Asimismo, se emplearon dos iniciales en mayúscula de los nombres ficticios de los y las participantes al momento de recopilar y organizar las citas

textuales.

RESULTADOS

i) Perfil de participantes

Las madres participantes estaban en un rango entre 19 y 39 años de edad. Dos de las cuales residían en ciudades fuera de Lima. El mayor nivel educativo alcanzado entre las participantes fue educación superior no universitaria. La mayoría tenía secundaria completa. Del total de participantes, seis se encontraban en ese momento con permiso de sus empleadoras y cuatro de ellas no contaban con ocupaciones económicas. Respecto al estado civil, dos participantes eran casadas, siete convivientes y una de ellas era separada.

Respecto al personal de salud, se entrevistaron a una neonatóloga (jefa del área), dos pediatras, cinco enfermeras (de las cuales una de ellas era la jefa de enfermería del área de neonatología).

ii) Barreras institucionales

Relación personal de salud/paciente

La relación personal de salud-paciente resultó siendo la barrera más resaltante para una efectiva práctica del MMC. Las madres y familiares manifestaron experimentar incomodidad ante ciertas conductas por parte del personal de enfermería que afectarían la comunicación creando confusiones sobre la información recibida.

“A veces las enfermeras son bastante malhumoradas, te dicen ‘ya no toquen a los bebés, están durmiendo’, mientras que otras enfermeras te dicen lo contrario, que toquemos más a nuestros hijos porque les hace bien. Hay mensajes distintos de enfermeras” (LZ, madre canguro)

“A pesar que se pueden mejorar ciertas cosas, el peor problema es el trato de algunas enfermeras. Están hablando con personas, con mamás que recién han dado a luz, pero parece que no nos ven así” (MY, madre canguro)

La incertidumbre generada por los problemas comunicacionales mencionados han contribuido a la construcción de un tejido de redes sociales subalternas. Es así que, la persona encargada de la seguridad se ha convertido en una fuente de apoyo de madres y familiares para navegar estos inconvenientes.

“Mi función es guiar a los padres, hacer el conocimiento respectivo para que puedan ingresar, darle las facilidades con cualquier información que deseen (...) Yo trato de darles ánimos, les digo que no se desanimen(...) Como yo veo en el día a día lo que pasa, les doy mi opinión lo que yo más o menos puedo saber y le doy mi opinión para que no se desalienten”(YZ, personal de seguridad)

La información proporcionada por parte del personal de seguridad se basa en experiencias previas y podría carecer de veracidad. Sin embargo, el rol del personal de seguridad es valioso para las madres por el tipo de relacionamiento, por la

comunicación horizontal e inmediata con ellas.

La relación personal de salud-paciente también impactaría en la intranquilidad experimentada al momento de la extracción de leche en el lactario. Para la mayoría de las madres entrevistadas, un ambiente armonioso contribuye en su producción de leche.

“Para estimularte la leche necesito estar tranquila, en la casa a mi ritmo en mi paz lo hago bien. Acá nos apuran y uno no produce tanto, es fastidioso” (EV, madre canguro)

Por su lado, el personal de salud afirma encontrarse sobresaturados de pacientes y que no hay suficiente PS disponible. Tal como manifiestan, esta razón, conjuntamente con el hacinamiento del área, podría reducir la empatía en el PS en general, afectando el relacionamiento con las madres y familiares.

Infraestructura

Para las madres y familiares canguro el espacio para realizar el MMC es limitado. El espacio físico entre una madre y otra es corto y, la mueblería empleada genera incomodidad, dificultando el proceso de lactancia y de realización del MMC.

“Las sillas a veces son incómodas, el espacio no alcanza, no es el adecuado, muy pegados. Nos sentimos observadas, es incómodo. Hay muchas mamás” (EV, madre canguro)

El hospital no cuenta con el servicio para alojar a madres y familiares que no residen en la ciudad de Lima. Sobrellevar esta barrera recae la mayoría de veces en las redes sociales de soporte, sobretodo en la familia quienes colaboran económicamente para conseguir hospedajes temporales en Lima. Otro mecanismo de apoyo es pedir favores a otros familiares y conocidos para el alojamiento de las madres durante el tiempo que el bebé prematuro deba quedarse en el hospital.

Para el PS, uno de los principales problemas que enfrenta el servicio es el centralismo. Al ser el hospital cabeza de red y al contar con mejor infraestructura comparada a otros hospitales del seguro social de salud a nivel nacional, hay una sobrecarga de pacientes y la capacidad del servicio es insuficiente. De esto se derivan problemas como hacinamiento, escasez de equipamiento y falta de personal.

“Los doctores están sobresaturados de pacientes. Hay hacinamiento, sobrepasamos el tope de pacientes (...) Enfermería también está cargada. Hay muchos pacientes (...) nadie nos reconoce que trabajamos en exceso (...) hay centralismo” (DF, personal de salud).

Procesos internos

Uno de los procesos internos a considerar son los horarios del servicio. En la actualidad, los horarios para la realización del MMC son limitados.

“Tenemos las limitaciones de poder atender 24 horas porque no tenemos para darle alimentos a las madres u hospedajes” (DF, personal de salud).

Desde la jefatura de enfermería se visualiza este aspecto como una gran barrera que requeriría cambios de paradigmas y reestructuración de horarios en el servicio.

“Hay muchos mitos en el personal de salud, debe haber mayor accesibilidad a la mamá, sin horarios, y no solo mamás, también los padres de familia” (RP, personal de salud).

La participación de los padres de familia es un punto mencionado repetidas veces tanto por parte de las madres y familiares canguro como por el PS. El servicio de neonatología no proporciona las mismas facilidades de visita para los padres como para las madres de los recién nacidos. El personal de salud afirma que son los problemas de hacinamiento los que obligan a reducir la participación de padres de familia.

Otro proceso a considerar por parte de las madres y familiares canguros es el ingreso para ver a sus bebés prematuros. El servicio de neonatología se encuentra en el segundo piso del hospital y el acceso se da únicamente a través del ascensor. Las colas para acceder al ascensor son largas y demoran aproximado de 20 a 25 minutos. Esta situación representa un problema para las madres y familiares canguro ya que el periodo de tiempo permitido para el contacto con los bebés, por turno, es de máximo una hora.

Capacitación del personal: Las madres y familiares canguro manifestaron que, algunos médicos y enfermeras les hablan de la importancia del MMC y las orientan en cómo colocar a los bebés cerca al pecho, cubrirlos, darles de lactar. Sin embargo, miembros del PS mencionan que en la actualidad no hay capacitaciones especializadas y ningún miembro del personal se ha preparado especialmente en mamá canguro.

“...las enfermeras no están enseñando el MMC adecuadamente. Cada quien enseña lo que quiere. No hay programas de educación continua para el personal y no se dan abasto” (DC, personal de salud).

“A que tener bastante paciencia y me quiero ir de acá cuando él esté realmente bien, que no avance y luego retroceda” (EV, 2020).

“Pegadito a la piel, que sienta tu calor, pero no me han explicado cómo hacer en casa, pero yo supongo cómo debe hacerse” (LZ, 2020).

La inconsistencia en los mensajes recibidos ocasiona incertidumbre e inseguridad al momento de llevar a sus hijos e hijas de regreso al hogar. No existe claridad de cómo continuar el MMC a nivel domiciliario.

iii) Barreras del usuario

Aspectos emocionales

Las madres participantes manifestaron que asistir diariamente al servicio de neonatología y llevar a cabo el MMC requiere fortaleza emocional. Se experimenta la incertidumbre sobre el estado de salud del recién nacido, inseguridad cuando dejan a sus bebés pernoctar lejos de

ellas, cansancio físico. El enfrentamiento ante este tipo de situaciones se basa, principalmente, en el apoyo de las redes sociales de soporte, específicamente la familia.

“No me imaginé pasar esto con la bebé, es emocionalmente agotador, para venir acá se necesita fortaleza, un día está bien otro día decaen, se ponen delicaditas, uno tiene que estar emocionalmente bien, sacar fuerza de donde sea” (LL, madre canguro).

“...algunos doctores deberían ser más sensibles, den fortaleza, apoyo. Comunicar las cosas positivamente, se dejan tranquila. No que te asustan, te miran con una cara” (MY, madre canguro).

Redes sociales de soporte

Las madres y familiares con mayor participación en la realización del MMC presentaron como patrón principal el apoyo de sus redes sociales de soporte, siendo la familia la más importante. El apoyo se ve representado en la compañía y el apoyo económico y emocional. En el caso de las participantes del estudio, el apoyo familiar afectaría positivamente la continuación del cuidado del bebe prematuro en el hogar.

“Tengo el apoyo de mi esposo, de la familia y en el trabajo me han dado vacaciones largas, me han comprendido. Cuando se mejore mi hijito nos regresamos a Huaraz, vivimos en la misma ciudad de Huaraz”. (DR, mamá canguro)

“Yo vengo todos los días de 8 a 6 de la tarde. Mi hijo mayor se queda con el perrito en casa porque mi pareja trabaja todo el día pero estuvo acá como un mes, pidió todas sus licencias y permisos, pero yo le dije que vuelva a l trabajo porque sino como íbamos a pagar las cosas”. (LL, madre canguro)

Aspectos económicos

Asistir diariamente al servicio de neonatología implica gastos de transporte, comida y, en algunos casos, incluso hospedaje. En este aspecto, entre las madres que asisten con mayor frecuencia a realizar el MMC se pudo observar variedad de casos. Por un lado, están las madres que expresaron que son sus parejas las que trabajan y contribuyen con la mayor parte del ingreso económico del hogar. También hay casos en que las madres son trabajadoras y cuentan con permisos de sus empleadores para poder asistir al cuidado de sus recién nacidos. Finalmente, aquellas madres que no pueden asistir diariamente por obligaciones laborales y el riesgo de perder el seguro de salud, activan sus redes sociales de soporte para el apoyo del MMC, como es el caso de dos familiares (una tía y una hermana respectivamente) que realizaban el MMC dado que las madres no podían asistir por obligaciones laborales.

DISCUSIÓN

Contrario a los hallazgos^(7,11,18) de diversos estudios los cuales resaltan debilidades materiales hospitalarias como el aspecto fundamental para la implementación oportuna del MMC, el presente estudio encontró que las principales barreras desde la perspectiva de las madres y familiares son aquellas que involucran el relacionamiento con el PS.

Discusiones alrededor de la relación personal de salud-usuario, requiere una reflexión crítica sobre sus dinámicas, limitaciones y alcances y el efecto en procesos de salud y enfermedad en los diversos contextos donde se producen y llevan a cabo. Desde la bioética, esta relación es entendida en base al derecho que tiene el paciente como persona con autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y se reconoce una responsabilidad compartida que considera el impacto de factores biológicos, sociales, culturales, económicos, psicológicos y éticos sobre la atención médica y el cuidado de la salud⁽¹⁸⁾. Pero, además, esta relación esta basada en cuidados emocionales y cognitivos que abarcan aspectos tales como: la construcción de relaciones empáticas, recolección de información con la participación del paciente y, compartir y brindar información (educación del paciente)⁽¹⁹⁾. Diversos estudios encuentran que la relación del personal de salud con los usuarios es el indicador más importante para evaluar la satisfacción de pacientes y la reducción de sentimientos de incertidumbre⁽¹⁹⁻²¹⁾. En el caso particular de mamá canguro en donde, como se aprecia en los resultados, la madre lidia con sentimientos de culpa, de agotamiento e inseguridad por la salud del recién nacido, las implicancias de una mala relación con el personal de salud podrían problematizar la relación y el vínculo de la madre con el bebé prematuro en cuanto a su cuidado. Estos problemas comunicacionales y de relacionamiento también se ven afectados por la falta de conocimiento y capacitación constante por parte del personal de salud en cuanto al método mamá canguro. Estudios sobre el método mamá canguro a nivel nacional y en la región han resaltado que el personal de salud, particularmente las enfermeras, manejan conocimientos sobre el MMC que parten de una autoeducación pero no de capacitaciones ni actualizaciones sistemáticas otorgadas por entidades sanitarias públicas. Además, sería este desconocimiento una de las causas que influyen en la deserción de la práctica del MMC a nivel doméstico. Esto, conjuntamente con factores tales como falta de personal, problemas de infraestructura y aspectos individuales de las madres perjudicarían una aplicación eficiente del MMC. Por lo tanto, estas investigaciones destacaron la necesidad de organizar y estructurar el proceso educativo actual, enfatizando en que éste debe ser flexible y debe adaptarse a las necesidades y problemáticas de cada madre y recién nacido. Es urgente una sistematización de programas de capacitación para las madres y el PS y, un cambio en las políticas institucionales para favorecer aún más la humanización de los cuidados⁽²³⁻²⁵⁾.

Las discusiones sobre una mejor implementación del MMC también deben dirigirse hacia una mayor participación masculina en cuanto a las visitas y horarios permitidos. Aunque el hacinamiento resulta ser una de las causas para estas delimitaciones, resulta importante promover la igualdad y equidad de género en el cuidado de los recién nacidos para erradicar roles de género en donde la mujer es la principal o única responsable del cuidado familiar⁽²⁵⁻²⁶⁾. La madre es vista como la cuidadora principal por parte de los padres y en algunos casos por el mismo personal de salud. En este sentido, los padres ven diferencia de trato, sintiéndose posiblemente alejados de su rol de cuidado y poco competentes en un entorno muy feminizado^(28,29). No obstante, estudios demuestran que las parejas que se apoyan mutuamente para la realización del MMC compartiendo

turnos de cuidado al bebé, alimentándose juntos, acompañando el apego y la lactancia sobrellevan mejor la estadía hospitalaria, desarrollan vínculos emocionales fuertes con el recién nacido y trasladan el cuidado al hogar con mayores sentimientos de empoderamiento⁽³⁰⁾.

El segundo grupo de barreras son los relacionados a la realidad de las madres canguro. Los hallazgos del estudio resaltan los aspectos emocionales, las redes de soporte y los aspectos económicos como principales factores que influyen en la realización del MMC^(7,31).

En contextos como el caso peruano, en donde el principal hospital de la seguridad social no cuenta con un horario de 24 horas para el cuidado del bebé prematuro ni con infraestructuras de alojamiento para las madres ni familiares, es de esperarse que el factor económico juegue un rol importante en la aplicación del MMC. Tal como se puede identificar en estudios realizados en el sur global, la falta de apoyo económico y logístico para los padres afecta la frecuencia de visitas al hospital y por ende, al cuidado del bebé prematuro. Asimismo, el stress causado por el gasto en alojamientos, estar alejadas de sus recién nacidos durante la noche y conseguir alimentación adecuada, agudiza sentimientos de culpa en los padres, al mismo tiempo que reduce su participación en el cuidado diario del bebé prematuro y la ejecución del MMC.

La prematuridad es un evento inesperado, tiene implicancias en el vínculo madre-hijo/a, genera miedos y culpas. Éstas y otras posibles dificultades, como se encontró en los hallazgos de esta investigación y resaltan distintos estudios, pudiese ser atenuado principalmente por las redes de soporte familiar^(10,32). El apoyo se centra en el aspecto emocional, incluyendo el cuidado de los recién nacidos y, aspectos económicos.

Es necesario sensibilizar respecto al peso de las emociones en el cuidado no solo del recién nacido prematuro, sino de las madres. Problematicar estas experiencias para abordarlas y acompañar a las madres en un trayecto muchas veces incierto, en donde se espera de ellas fortaleza física mas no se cuestiona significativamente los efectos de esta lucha en su salud mental. El nacimiento y la posterior hospitalización de un bebé muy prematuro provocan un considerable malestar psicológico en las madres. Estas consideraciones deben invitar al desarrollo de políticas con el fin de mejorar la atención centrada en la familia en los cuidados intensivos neonatales⁽³³⁾.

Como se puede observar, son muchas las barreras por derribar y la gran mayoría requieren de una fuerte inversión presupuestaria. A pesar de ello, algunas de éstas parten de la voluntad para visibilizar y validar las distintas realidades y necesidades de las usuarias. Aspectos tales como niveles de ingreso familiar, relaciones a nivel de hogares, resultan fundamentales de explorar para convertir las intenciones de mejora de la práctica de mamá canguro en una meta más cercana e inteligible. Asimismo, enfocarse en el recurso humano y su capacidad para transmitir información y brindar una adecuada atención en el cuidado, es primordial para una buena comunicación en salud.

Por lo tanto, una buena comunicación basada en el respeto, la comprensión y la empatía despliega confianza y sostenibilidad en las relaciones humanas, tanto entre el PS y las madres y familiares, como también entre el mismo PS. Invertir en el capital humano podría resultar en significativas mejoras en la actual implementación del método mamá canguro, especialmente ante un contexto en donde superar la precariedad material es aún desafiante.

Limitaciones

El estudio se llevó a cabo con madres con perfiles similares, especialmente en cuanto al aspecto cultural y educativo. Por lo tanto, los resultados no profundizan en el impacto de estas variables en el desarrollo del MMC, tal como lo sugiere ampliamente la bibliografía al respecto. Por lo tanto, se recomienda mayor profundización sobre las diversas estrategias de implementación del MMC y adaptación por parte de las madres, en hospitales públicos de Perú que incluyan la diversidad cultural, sus ventajas y retos en la implementación de intervenciones de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Método madre canguro: guía práctica [Internet]. World Health Organization; [citado 26 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/es/
2. Día del Prematuro: brindar atención y cuidado es un derecho - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud; [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2020-17-noviembre-dia-prematuro-brindar-atencion-cuidado-es-derecho>
3. Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud [Internet]. [citado 26 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/361.pdf>
4. Condori Lopez L, Medina Palacios S, Pacherez Mamani I, Palacios Torres M. Influencia del método mamá canguro en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro de 34 a 36 semanas en la unidad de cuidados intensivos neonatales de la clínica Ricardo Palma. 2017.
5. Resolución Ministerial N° 440-2020-MINSA [Internet]. [citado 18 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/735176-440-2020-minsa>
6. Smith ER, Bergelson I, Constantian S, Valsangkar B, Chan GJ. Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives. *BMC Pediatrics*. 2017;17(1):35.
7. Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T, Wall S. Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: a systematic review. *Health Policy and Planning*. 2017;32(10):1466-75.
8. Seidman G, Unnikrishnan S, Kenny E, Myslinski S, Cairns-Smith S, Mulligan B, et al. Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice: A Systematic Review. *PLoS One* [Internet]. 20 de mayo de 2015 [citado 24 de febrero de 2021];10(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439040/>
9. Mustikawati IS, Pratomo H, Martha E, Murty AI, Adisasmita AC. Barriers and facilitators to the implementation of Kangaroo Mother Care in the community - A qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing*. 2020;26(2):109-14.
10. Ojeda PBA, Arteaga SME. Beneficios del método Mamá Canguro en recién nacidos prematuros: una revisión sistemática. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería*. 2019;4(1/2):63-8.
11. Lewis TP, Andrews KG, Shenberger E, Betancourt TS, Fink G, Pereira S, et al. Caregiving can be costly: A qualitative study of barriers and facilitators to conducting kangaroo mother care in a US tertiary hospital neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19(1):227.
12. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA,

- Lieberman E, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. enero de 2016 [citado 26 de mayo de 2020]; 137(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4702019/>
13. Chan G, Bergelson I, Smith ER, Skotnes T, Wall S. Barriers and enablers of kangaroo mother care implementation from a health systems perspective: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32(10):1466-75.
 14. Savage J. Ethnographic evidence: The value of applied ethnography in healthcare. *Journal of Research in Nursing.* 2006;11(5):383-93.
 15. Figueredo Borda N, Figueredo Borda N. La Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud: contribuciones desde la Etnografía. *Enfermería: Cuidados Humanizados.* 2017;6(SPE):14-9.
 16. Blanco MCM-C, Castro ABS. El muestreo en la investigación cualitativa. :4.
 17. Markee N. Emeric and Etic in Qualitative Research. En: Chappelle CA, editor. *The Encyclopedia of Applied Linguistics* [Internet]. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2012 [citado 16 de agosto de 2020]. p. w b e a l 0 3 6 6 . Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781405198431.wbeal0366>
 18. Mekonnen AG, Yehualashet SS, Bayleyegn AD. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: a meta-analysis of published studies. *Int Breastfeed J.* 2019;14(1):12.
 19. Estrada AM, Zepeda HR. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev Méd Electrón.* 2017;39(S1):832-42.
 20. Riedl D, Schüßler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.* 2017;63(2):131-50.
 21. Kuzari D, Biderman A, Cwikel J. Attitudes of women with breast cancer regarding the doctor-patient relationship. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2013;22(5):589-96.
 22. Kelley JM, Lembo AJ, Ablon JS, Villanueva JJ, Conboy LA, Levy R, et al. Patient and Practitioner Influences on the Placebo Effect in Irritable Bowel Syndrome. *Psychosom Med.* 2009;71(7):789.
 23. Rivas AM, Solís AMV, Villota PAV. Conocimiento del programa madre canguero en personal de enfermería en uci neonatal. :125.
 24. Cadena E, Lizbeth J. Evaluación de conocimiento sobre el método madre-canguero, profesionales de enfermería del servicio de neonatología, hospital San Vicente de Paúl 2019. 27 de febrero de 2020 [citado 8 de abril de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10326>
 25. Barrera Rodríguez LM, Pardo Pulido MC, Salazar Mendivelso MS. Factores que influyen en la deserción de los pacientes al programa famicanguero del Hospital Departamental de Villavicencio. Chapark N, Figueroa Z Método madre canguero guías de manejo 3rd ed Fundación Canguro Bogota, Colombia; 2013 p 55 [Internet]. 5 de agosto de 2020 [citado 8 de abril de 2021]; Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20102>
 26. Albirena C, Rosario V del. Cuidado de enfermería del recién nacido con bajo peso programa mama canguero del servicio de neonatología Hospital de Apoyo 11-2 Sullana-Piura 2013-2015. Universidad Nacional del Callao Repositorio institucional - CONCYTEC [Internet]. 2017 [citado 8 de abril de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/4770>
 27. Rojas Alegría M. Percepción de las madres del método mama canguero, sobre la atención brindada por la enfermera del servicio de intermedios neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal 2016 Lima - Cercado.
 28. Izquierdo-Sánchez L, Ferrer-Ribot M. Las experiencias del padre en las Ucin: una revisión desde la perspectiva de género. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv.* 2018;16(1):55-69.
 29. Lindberg I, Engström A. A qualitative study of new fathers' experiences of care in relation to complicated childbirth. *Sex Reprod Healthc.* 2013;4(4):147-52.
 30. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing.* 2011;17(1):32-40.
 31. Blomqvist YT, Frölund L, Rubertsson C, Nyqvist KH. Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2013;27(2):345-53.
 32. Kinshella M-LW, Hiwa T, Pickerill K, Vidler M, Dube Q, Goldfarb D, et al. Barriers and facilitators of facility-based kangaroo mother care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2021;21(1):176.
 33. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development.* 2003;73(1):61-70.