

EL VÍNCULO MADRE-HIJO EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS: UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

THE MOTHER-CHILD BOND IN HOSPITALIZED PREMATURE NEWBORNS:
A PHENOMENOLOGICAL STUDY

VÍNCULO MÃE-BEBÊ EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS:
UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Gustavo Edgardo Jiménez-Hernández¹ Email: gustavojimenezh@correo.unicordoba.edu.co
Yesenia Margarita Peña-Jaramillo² Email: yeseniapenaj@correo.unicordoba.edu.co

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2025) 31:31

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE31-31MHGY20031>



Autor de correspondencia

Gustavo Edgardo Jiménez-Hernández

Palabras clave

Recién Nacido Prematuro; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Relaciones Madre-Hijo; Vínculo Afectivo; Enfermería Neonatal; Estudio fenomenológico.

Key words

Premature Newborn; Neonatal Intensive Care Units; Mother-Child Relationships; Emotional Bonding; Neonatal Nursing; Phenomenological Study.

Palavras-chave

Recém-Nascido Prematuro; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Relações Mãe-Filho; Vínculo afetivo; Enfermagem Neonatal; Estudo fenomenológico.

Fecha de recepción

01/08/2025

Fecha de aceptación

17/11/2025

Editora Asociada

Dra. Elizabeth Bastías Arriagada

RESUMEN

Objetivo: Comprender las experiencias de vinculación madre-hijo vividas por madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). **Material y Métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico, sustentado en el método de análisis propuesto por Colaizzi. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad a 10 madres de recién nacidos prematuros (<37 semanas) con estancia hospitalaria ≥ 7 días en dos hospitales públicos del Caribe colombiano. Las entrevistas se realizaron en dos momentos: al alta hospitalaria y un mes después del egreso del neonato. Se aplicaron criterios de rigor metodológico según Lincoln y Guba. **Resultados:** El análisis reveló cinco unidades temáticas centrales: (1) un vínculo que se inaugura bajo el signo del miedo ante el nacimiento prematuro; (2) las barreras físicas y emocionales del entorno hospitalario que restringen el contacto madre-hijo; (3) el descubrimiento gradual del rol materno a través de pequeños cuidados autorizados en la UCIN; (4) la reconstrucción progresiva del vínculo en el hogar tras el alta, sostenida por el contacto continuo y los aprendizajes cotidianos; y (5) una transformación emocional de la maternidad, donde coexisten resiliencia y secuelas psicológicas como ansiedad o sentimientos de culpa. **Conclusiones:** El contexto hospitalario puede debilitar la formación inicial del vínculo afectivo madre-hijo. Se recomienda institucionalizar prácticas humanizadas en UCIN, contacto piel a piel temprano, participación de las madres

¹Enfermero, Mg. Epidemiología, Doctorando en Salud Pública, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Montería, Colombia,

²Enfermera, Especialista en Gestión Clínica, Mg. Calidad de los Servicios de Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Montería, Colombia.

en el cuidado y seguimiento psicoemocional posterior al egreso, para proteger y fortalecer dicho vínculo.

ABSTRACT

Objective: To understand the mother-child bonding experiences of mothers of premature newborns hospitalized in neonatal intensive care units (NICUs). **Materials and Methods:** Qualitative phenomenological study based on Colaizzi's analytic method. In-depth semi-structured interviews were conducted with 10 mothers of premature newborns (<37 weeks) with a hospital stay of ≥ 7 days in two public hospitals in the Colombian Caribbean. The interviews were conducted at two points in time: at hospital discharge and one month after the newborn's discharge. Methodological rigor criteria according to Lincoln and Guba were applied. **Results:** The analysis revealed five central thematic units: (1) a bond that begins amid the fear surrounding premature birth; (2) the physical and emotional barriers of the hospital environment restricting mother-child contact; (3) the gradual discovery of the maternal role through small caregiving activities authorized in the NICU; (4) the progressive reconstruction of the bond at home after discharge, sustained by continuous contact and day-to-day learning; and (5) the emotional transformation of motherhood, where resilience coexists with psychological sequelae such as anxiety and feelings of guilt. **Conclusions:** The hospital context may hinder the initial formation of the mother-child emotional bond. Institutionalizing humanized practices in the NICU, such as early skin-to-skin contact, mother participation in care, and psycho-emotional follow-up after discharge, is recommended to protect and strengthen this bond.

RESUMO

Objetivo: Compreender as experiências de vínculo mãe-filho vividas por mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). **Material e Métodos:** Estudo qualitativo fenomenológico, fundamentado no método de análise proposto por Colaizzi. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas em profundidade com 10 mães de recém-nascidos prematuros (<37 semanas) com internação hospitalar ≥ 7 dias em dois hospitais públicos do Caribe colombiano. As entrevistas foram realizadas em dois momentos: na alta hospitalar e um mês após a alta do recém-nascido. Aplicaram-se critérios de rigor metodológico segundo Lincoln e Guba. **Resultados:** A análise revelou cinco unidades temáticas centrais: (1) um vínculo que se inicia no meio do medo diante do nascimento prematuro; (2) barreiras físicas e emocionais do ambiente hospitalar que restringem o contato mãe-filho; (3) a descoberta gradual do papel materno por meio de pequenos cuidados autorizados na UTIN; (4) a reconstrução progressiva do vínculo no domicílio após a alta, sustentada pelo contato contínuo e pelos aprendizados cotidianos; e (5) uma transformação emocional da maternidade, em que a resiliência coexiste com sequelas psicológicas como ansiedade ou sentimento de culpa. **Conclusões:** O contexto hospitalar pode dificultar a formação inicial do vínculo afetivo mãe-filho. Recomenda-se institucionalizar práticas humanizadas na UTIN, contato pele a pele precoce, participação ativa das mães no cuidado e acompanhamento psicoemocional pós-alta, para proteger e fortalecer esse vínculo.

INTRODUCCIÓN

El vínculo madre-hijo durante el puerperio constituye un período fundamental que impacta en el bienestar materno y en el desarrollo físico, neurológico y emocional del recién nacido. Sin embargo, cuando el recién nacido requiere ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), esta conexión emocional bidireccional que comienza en el nacimiento puede verse significativamente afectada, especialmente en los casos de prematuridad. La prematuridad o nacimiento antes de las 37 semanas representa un reto biomédico y psicosocial acompañado con un elevado riesgo

de morbilidad, mortalidad y estancia prolongada en la UCIN⁽¹⁻³⁾.

El vínculo afectivo es una relación emocional recíproca y estable entre madre y su recién nacido, que se construye en la cotidianidad a partir de sensibilidad y disponibilidad del adulto, respuestas contingentes a las señales del bebé y contacto táctil, visual y sonoro. Esta base segura sostiene la autorregulación conductual, emocional y fisiológica, y potencia confianza básica, exploración competente, empatía, mentalización y competencia social. La inconsistencia o la separación prolongada elevan la reactividad al estrés y el riesgo de dificultades

socioemocionales⁽⁴⁾.

Frente a la separación física que se acompaña de la medicalización del entorno, impide la posibilidad del contacto piel a piel, lactancia materna precoz y de la interacción afectiva, elementos que son cruciales para la conformación del vínculo madre-hijo⁽⁵⁻⁷⁾. Múltiples estudios han evidenciado que el contacto precoz, como los programas madre canguro, disminuye el estrés materno, favorece la lactancia y fortalece el apego⁽⁸⁻¹⁰⁾. Sin embargo, en los contextos hospitalarios en los que se prioriza la estabilidad clínica del neonato, la experiencia emocional de las madres es muchas veces invisibilizada, generando sensaciones de angustia, impotencia y desconexión⁽¹¹⁾.

En este sentido, comprender de manera profunda cómo las madres experimentan esta experiencia de vínculo interrumpido se hace esencial a la hora de diseñar estrategias que permitan la humanización del cuidado neonatal. El enfoque cualitativo, específicamente el diseño fenomenológico utilizando el método de Colaizzi, permite explorar las vivencias y los significados que adosan las madres a sus experiencias, de manera que se alcance una comprensión holística del fenómeno^(12, 13).

Estudios fenomenológicos previos han documentado la paradoja emocional recurrente que experimentan las madres de neonatos prematuros en la UCIN, la alegría del nacimiento se ve eclipsada por el miedo, la incertidumbre y la abrumadora necesidad de suspender temporalmente su papel materno activo. Estas experiencias cargadas de emoción pueden tener repercusiones a largo plazo pues afectan el establecimiento del apego, la salud mental materna y el desarrollo infantil^(14, 15). Por lo tanto, es urgente generar evidencia que visibilice las voces de las madres y contribuya a transformar protocolos institucionales que promuevan el contacto temprano, la inclusión de la familia, acompañamiento emocional en el ambiente hospitalario, y un modelo de cuidado humanizado centrado en la familia. El objetivo de esta investigación fue comprender las experiencias del vínculo madre-hijo vividas por madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se desarrolló un estudio cualitativo inscrito en el paradigma interpretativo, pertinente para explorar la construcción de significados desde la experiencia vivida por las participantes. Se adoptó el enfoque fenomenológico por su capacidad para describir y comprender la vivencia subjetiva de madres de recién nacidos prematuros hospitalizados. El análisis se condujo con el método de Colaizzi^(12, 13), idóneo para identificar significados esenciales y reconstruir la estructura del fenómeno estudiado.

Participantes: El trabajo de campo se realizó entre mayo y noviembre de 2024 en dos instituciones de nivel III del Caribe colombiano. La muestra estuvo compuesta por madres de recién nacidos prematuros (<37 semanas) con estancia mínima de siete días en UCIN. Se empleó muestreo intencional y secuencial, buscando variación en la edad materna, paridad, tipo de parto y escolaridad. Criterios de inclusión: ser mayor de edad, presencia durante la hospitalización y disposición para participar en dos entrevistas (al alta y un mes postgreso). Criterios de exclusión: diagnóstico psiquiátrico activo o duelo reciente. La saturación teórica se alcanzó con diez participantes.

Recolección de datos: La información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad (45-60 minutos). En ambos momentos se utilizó la misma pregunta guía central: "¿Cómo ha vivido la experiencia de vincularse emocionalmente con su hijo prematuro durante y después de su hospitalización?", garantizando consistencia en la indagación. Se incorporaron preguntas complementarias para profundizar en temas emergentes según el contexto (UCIN vs. hogar). Las entrevistas se realizaron en espacios privados, fueron audio-grabadas con consentimiento, transcritas literalmente y complementadas con notas de campo.

Análisis de los datos: Se siguieron los siete pasos de Colaizzi: 1. Lectura integral; 2. Extracción de frases significativas; 3. Formulación de significados; 4. Agrupación temática; 5. Descripción exhaustiva; 6. Estructura esencial; y 7. Validación con las participantes. Este último

paso se implementó mediante devolución individual (resúmenes narrativos revisados por cada madre) y devolución colectiva (sesión grupal para contrastar categorías preliminares). La devolución operó, además, como estrategia de triangulación, al confrontar interpretaciones del equipo con las validaciones de las participantes.

Criterios de calidad y rigor: Se aplicaron los criterios de credibilidad, transferibilidad, confirmabilidad y dependencia de Lincoln y Guba⁽¹⁶⁾. La credibilidad se fortaleció con devolución de hallazgos y contraste entre tiempos de entrevista; la transferibilidad, mediante descripción densa del contexto y de las participantes; la confirmabilidad, con registros auditables de decisiones analíticas; y la dependencia, con trazabilidad del proceso completo.

Reflexión de los investigadores: El equipo reconoce que su formación en enfermería y experiencia en cuidado neonatal pudo influir en la interpretación. Para mitigar sesgos, se trabajó con reflexividad sistemática (memorandos analíticos, discusión entre investigadoras y revisión cruzada), manteniendo apertura frente a significados emergentes y coherencia entre datos, categorías e interpretación.

Aspectos éticos: El protocolo fue aprobado por el Comité Central de Bioética, conforme a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia⁽¹⁷⁾. El estudio se clasificó como de riesgo mínimo y contempló apoyo psicoemocional ante evocación de experiencias intensas. Todas las participantes firmaron consentimiento informado por escrito y se le garantizó confidencialidad, anonimato y derecho al retiro. Para resguardar la identidad, se utilizaron seudónimos en transcripciones y análisis.

RESULTADOS

Caracterización de las madres: Participaron diez madres, con edades entre 19 y 36 años. La mayoría eran primigestantes (n= 6), con escolaridad secundaria incompleta (n= 7) y en situación socioeconómica vulnerable. Cinco de ellas vivían en zonas rurales, tres en barrios

urbanos marginales y dos en zonas periurbanas. Todas habían tenido a sus hijos antes de las 37 semanas de gestación y los neonatos estuvieron hospitalizados en la UCIN entre 8 y 21 días. La hospitalización y el regreso al hogar conformaron un itinerario emocional complejo que modeló en profundidad la vinculación madre-hijo.

Unidades temáticas en la experiencia narrada por las madres:

El análisis fenomenológico delineó cinco unidades: 1. Miedo y fragilidad: un inicio abrupto del vínculo, donde la prematuridad irrumpe con incertidumbre y temor; 2. Distancia impuesta: barreras físicas y emocionales para el contacto, producto de normas y dinámicas del entorno hospitalario; 3. Rol materno en construcción: el cuidado interrumpido en la UCIN, con participación acotada y aprendizajes controlados; 4. Renacer en casa: reconstrucción del vínculo tras el alta, sostenida por el contacto continuo y los aprendizajes cotidianos; y 5. Huellas invisibles: transformación de la maternidad, en la que coexisten resiliencia y trazas de angustia que reconfiguran la identidad materna.

1. Entre el miedo y la fragilidad: el inicio abrupto del vínculo:

El nacimiento prematuro fue narrado como un evento inesperado, cargado de temor e incertidumbre. Las madres expresaron un profundo shock ante la interrupción del embarazo y la percepción de que sus hijos *"no estaban listos para nacer"*. Los primeros encuentros con el neonato estuvieron marcados por el miedo a perderlo, la culpabilidad y la impotencia de no poder sostenerlo o alimentarlo: *"...Cuando lo vi tan chiquito, con tantas mangueras, me dio miedo tocarlo... pensé que, si lo tocaba, se iba a romper"* (Laura).

"...Uno se siente con la sensación de culpa, como si la razón de haber nacido de esa manera fuera responsabilidad de uno mismo" (Marta).

En esta etapa, el vínculo emergía en tensión entre el deseo de protección y la sensación de desconocimiento y distancia. Las madres no se reconocían aún como cuidadoras activas y sentían que su rol materno había sido sustituido por el equipo médico.

2. La distancia impuesta: barreras emocionales y físicas para el contacto:

Durante la estancia en UCIN, las madres enfrentaron barreras estructurales y emocionales que dificultaron el contacto continuo con sus hijos. La infraestructura de las unidades, las restricciones horarias, las normas de bioseguridad y la medicalización del entorno generaron una vivencia de separación forzada:

"Yo iba en la mañana y a veces no me dejaban entrar... decían que estaban haciendo procedimientos, y me tocaba esperar, y solo lo veía por un vidrio" (Sandra).

"Sentía que mi hijo era del hospital, no mío. Yo lo parí, pero no podía estar con él" (Viviana).

Algunas madres señalaron la falta de comunicación empática por parte del personal como un factor que amplificó su angustia, generando sentimientos de exclusión del proceso de cuidado:

"Las enfermeras hacían todo y a uno ni le decían cómo estaba el niño. Uno se sentía como un visitante, no como la mamá" (Daniela).

Esta percepción de alejamiento físico y simbólico incidió en una vivencia de vínculo suspendido, en la que el deseo de cercanía no lograba concretarse en contacto real.

3. Descubriendo el rol materno en la UCIN: el cuidado interrumpido:

A pesar de las limitaciones, algunas madres lograron asumir gradualmente pequeñas funciones de cuidado (cambiar pañales, hablarle, cargarlo con supervisión), lo que representó momentos de reconexión emocional. Estas experiencias fueron relatadas como transiciones de empoderamiento materno, aunque aún mediadas por la fragilidad del neonato y el temor a *"hacer algo mal"*:

"El primer día que me dejaron cambiarle el pañal, me temblaban las manos, pero sentí que por fin era su mamá" (Lucía).

"Con el método canguro sentí que mi bebé me reconocía... su corazón latía más fuerte cuando me tenía encima" (Angélica).

El contacto piel a piel, cuando se permitió, fue descrito como una experiencia reparadora que despertó sentimientos de amor, pertenencia

y reconocimiento mutuo. Sin embargo, su aplicación fue irregular entre participantes, dependiendo de normas institucionales y disponibilidad de espacio.

4. Renacer en casa: reconstrucción del vínculo tras el alta:

El egreso hospitalario fue vivido como un punto de inflexión. Las madres relataron que, por primera vez, pudieron ejercer el cuidado sin mediaciones. No obstante, este nuevo escenario estuvo cargado de ansiedad, ya que muchas temían "no estar preparadas" para cuidar a un bebé con antecedentes de riesgo:

"Cuando me lo entregaron, lloré... de felicidad, pero también de miedo. No sabía si iba a poder" (Natalia).

"En casa pude tenerlo conmigo todo el tiempo... ahí empecé a sentirme su mamá de verdad" (Yolanda).

Este proceso fue gradual y estuvo atravesado por aprendizajes cotidianos, apoyo de redes familiares y la resignificación del vínculo afectivo desde el contacto continuo. Varias participantes señalaron que el tiempo compartido en casa les permitió consolidar lazos que antes se sentían frágiles o interrumpidos:

"Dormir con él, cantarle, verlo sin aparatos... eso fue lo que me ayudó a sentirlo mío." (Paola)

5. Huellas invisibles: transformación de la maternidad tras la experiencia:

La experiencia del nacimiento prematuro y la estancia en UCIN dejó una huella emocional perdurable en las madres, modificando sus representaciones sobre la maternidad, el vínculo y la fragilidad de la vida. Algunas relataron secuelas psicológicas como insomnio, ansiedad e hipervigilancia, mientras que otras expresaron una transformación positiva en su forma de ejercer la maternidad:

"Ahora siento que soy más fuerte... aprendí a valorar cada segundo con mi hijo" (Mariana).

"Me volví más protectora, a veces exagero... pero después de lo que vivimos, no quiero que nada malo le pase" (Carolina).

La vivencia se convirtió, para algunas madres, en un motor de empoderamiento y resiliencia. El haber superado la etapa crítica con su hijo fortaleció su confianza como cuidadoras y generó un vínculo profundo basado en el

acompañamiento incondicional. En otras, sin embargo, persistieron sentimientos de culpa o temor a una posible recaída, lo cual demanda atención profesional en el seguimiento después del alta.

DISCUSIÓN

A partir de las unidades temáticas emergentes, se identificó una estructura esencial del fenómeno: la vinculación madre-hijo en el contexto de prematuridad se construye como un tránsito emocional entre el distanciamiento impuesto por la hospitalización y la reconstrucción del vínculo desde el cuidado cotidiano, siendo este proceso mediado por factores institucionales, relacionales y simbólicos.

La vinculación no es lineal ni automática, se construye bajo condiciones habilitantes que aseguren el contacto sostenido, la participación activa de las madres y un acompañamiento empático por parte del equipo de salud. En este marco, las prácticas institucionales que otorgan protagonismo materno desde el ingreso a la UCIN, como el método madre canguro, la participación informada en el cuidado y una comunicación centrada en la familia, resultan decisivas para favorecer una experiencia de vinculación positiva.

Este estudio muestra que la vinculación madre-hijo en el contexto de la prematuridad y la UCIN no es una línea recta desde el parto hasta el alta: es un tránsito emocional oscilante en el que coexisten temor, culpa e incertidumbre con momentos de agencia, aprendizaje y reconstrucción del rol materno^(18, 19). La pregunta de investigación se responde al evidenciar cómo ese vínculo se teje, y a veces se deshila, por la tensión entre restricciones institucionales (acceso limitado, normas de bioseguridad, delegación del cuidado) y oportunidades de encuentro (contacto piel a piel, pequeños cuidados, convivencia en casa). En términos analíticos, la vinculación aparece como un proceso situado, no depende solo de la fragilidad del neonato, sino del modo en que la organización del cuidado habilita o inhibe la participación de la madre^(18, 20).

Un aporte distintivo es la ambivalencia

sostenida que narran las participantes, la experiencia no se reduce a sufrimiento ni a resiliencia, sino que ambas dimensiones coexisten y fluctúan en función del contexto, la comunicación con el equipo y la posibilidad de “hacer de madre” incluso dentro de un entorno tecnificado⁽²¹⁾. Esta lectura sugiere que el apego temprano en prematuros es altamente sensible a las prácticas de la unidad, y por tanto es modificable^(22, 23).

Nuestros resultados dialogan con la evidencia que documenta altos niveles de angustia, ansiedad y síntomas de estrés postraumático en madres de prematuros hospitalizados, y convergen en que la separación forzada erosiona el sentimiento de pertenencia materna⁽²⁴⁾. A la vez, se distancian de trabajos que privilegian un relato predominantemente deficitario: aquí emergen con fuerza trayectorias de empoderamiento cuando se abren espacios de participación (cambiar un pañal, cargar al bebé, hablarle), lo que matiza la visión de la UCIN como un entorno únicamente despersonalizante y apunta a su condicionalidad organizativa más que a su inevitabilidad⁽²⁵⁾.

Respecto del contacto piel a piel y el cuidado canguro, la experiencia de las madres coincide con la literatura que subraya su efecto reparador sobre el vínculo y su utilidad clínica^(23, 26). La discrepancia detectada no está en la eficacia de la intervención, sino en su implementación irregular, en algunos turnos y servicios se ofrece como práctica, en otros se restringe por logística o interpretación de protocolos. Este hallazgo pone el foco en la brecha de institucionalización, lo que determina el impacto no es sólo “qué funciona”, sino si el sistema lo convierte en estándar sostenido^(27, 28).

La transición al hogar aparece como un punto de inflexión reconocido por estudios previos; sin embargo, en nuestro contexto las madres refieren alto temor a equivocarse y apoyo limitado tras el egreso⁽²⁹⁾. Allí donde la literatura describe beneficios de programas de preparación y seguimiento, nuestras narrativas evidencian vacíos que amplifican la hipervigilancia y prolongan la inseguridad. Esta tensión sugiere que el pasaje UCIN-hogar no es un evento, sino un proceso de ajuste que requiere dispositivos formales para consolidar lo

ganado en la unidad⁽³⁰⁾.

Por otra parte, la coexistencia de culpa e hipervigilancia con fortaleza y autoeficacia complejiza la imagen tradicional de “madre vulnerada” y llama a evitar intervenciones uniformes, distintas trayectorias de afrontamiento exigen apoyos diferenciados, tanto durante la hospitalización como en el seguimiento⁽³¹⁾.

En el plano clínico, los hallazgos orientan tres acciones integradas. Primero, reconocer el vínculo como componente terapéutico e incorporarlo explícitamente en los planes de cuidado mediante metas relacionales, no solo biomédicas, que contemplen una frecuencia mínima de contacto madre-recién nacido, ventanas de acceso flexibles y el registro sistemático de “momentos de participación” como indicadores de calidad^(24, 30).

Segundo, asegurar el contacto piel a piel y la participación materna como estándar y no como concesión, lo que exige protocolos claros, capacitación continua, adecuación de espacios y una gestión de riesgos que equilibre bioseguridad y derechos relacionales; cuando la madre puede “hacer” dentro de la UCIN, el vínculo se repara de manera concomitante con el cuidado^(23, 27).

Tercero, construir la transición como trayectoria mediante preparación para el alta, entrenamiento práctico, guías breves, señales de alarma y plan de soporte, y seguimiento temprano, contacto telefónico, visita de control y línea de consulta; en contextos de mayor vulnerabilidad social, estas medidas reducen la ansiedad, evitan consultas innecesarias y consolidan el apego en el hogar⁽²⁹⁾.

En clave organizacional, el paso decisivo es mover el modelo, de una UCIN centrada exclusivamente en la estabilidad clínica a un cuidado centrado en la familia, donde la madre es protagonista y no visitante. Eso implica en primer lugar indicadores de humanización en los tableros de gestión (por ejemplo, porcentajes de binomios con contacto piel a piel diario); en segundo lugar, gobernanza de protocolos para que las prácticas sensibles al vínculo no dependan del turno o de la persona; y, en tercer lugar, formación en comunicación clínica para equipos, porque la calidad del vínculo también se sostiene en cómo se explica, se escucha y se

invita a participar^(19, 20).

El vínculo madre-hijo en prematuros es maleable, mejora cuando la organización del cuidado habilita presencia, tacto y participación, y empeora cuando las lógicas defensivas suplantán el encuentro. Este estudio aporta una lectura situada que integra emoción, práctica y organización, y sugiere que humanizar la UCIN no es un gesto, sino un diseño institucional, con protocolos que resguarden la clínica y, a la vez, cuiden el vínculo que también cura.

Este estudio presenta alcances y restricciones que orientan la lectura de sus hallazgos. En primer lugar, la muestra fue intencional y acotada (diez madres). Aunque este tamaño permitió saturación teórica y una comprensión densa del fenómeno, no habilita generalización de resultados. Ello es consistente con la lógica de la fenomenología, cuyo foco es la profundidad y riqueza de los significados vividos, más que la representatividad numérica.

En segundo lugar, el trabajo de campo se realizó en dos instituciones públicas de nivel III del Caribe colombiano, un entorno cultural y organizacional específico. La transferibilidad a otros contextos dependerá de la semejanza de escenarios (políticas de acceso, prácticas de cuidado, recursos). Para favorecer esa lectura analítica, se ofreció descripción densa del contexto, del perfil de las participantes y de las condiciones hospitalarias.

Una tercera limitación atañe al horizonte temporal: se efectuaron dos entrevistas (al alta y un mes post egreso). Esta estrategia permitió seguir la trayectoria temprana de la vinculación, pero deja abierta la evolución a mediano y largo plazo. Diseños con seguimientos prolongados podrían capturar cambios tardíos en el apego, la salud mental materna y la experiencia del cuidado en el hogar.

A futuro, se sugiere: (a) incorporar la voz de padres y otros cuidadores, ampliando el mapa relacional del vínculo; (b) comparar instituciones con diferentes modelos de atención neonatal (más y menos centrados en la familia) para estimar el efecto organizacional; (c) desarrollar diseños mixtos que articulen relatos con indicadores cuantitativos (ansiedad/depresión posparto, lactancia, reingresos, hitos del neurodesarrollo); y (d) emprender estudios multicéntricos y lon-

gitudinales que evalúen la sostenibilidad de las prácticas humanizadas y sus resultados.

En el plano aplicado, los hallazgos respaldan la institucionalización de protocolos que aseguren el contacto piel a piel temprano y sostenido, la participación activa de la madre en cuidados cotidianos desde el ingreso a la UCIN y trayectorias de transición con preparación para el alta y seguimiento psicoemocional en el primer mes. Estas medidas favorecen la continuidad del vínculo y mitigan las secuelas emocionales asociadas a la hospitalización neonatal. Su implementación debería acompañarse de formación del equipo, adecuación de espacios y monitorización con indicadores (p. ej., porcentaje de binomios con contacto piel a piel diario, participación materna en cuidados, llamadas de seguimiento efectivas), para garantizar calidad y sostenibilidad.

CONCLUSIONES

El estudio ofrece una comprensión profunda de la vinculación madre-hijo en el marco de la prematuridad y la hospitalización neonatal. La evidencia muestra que se trata de un tránsito emocional complejo, donde coexisten barreras institucionales y oportunidades de cuidado que modelan el vínculo afectivo. Si bien la hospitalización puede debilitar la conexión inicial, la inclusión activa de las madres en el cuidado y el contacto piel a piel operan como factores protectores que favorecen la reconstrucción del apego tras el alta.

Los resultados confirman que la vinculación no es homogénea ni lineal: depende de condiciones contextuales y relacionales capaces de amplificar la fragilidad emocional o potenciar la resiliencia materna. De aquí se desprende la necesidad de protocolos institucionales y prácticas de cuidado humanizado centradas en la familia, que reconozcan el valor terapéutico del vínculo tanto durante la estancia en UCIN como en el seguimiento postnatal, integrándolo como un objetivo clínico y organizacional, no como un añadido opcional.

Financiamiento: La presente investigación no contó con fuentes de financiación externas ni institucionales.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos: Agradecemos sinceramente a las mujeres que participaron en este estudio por compartir generosamente sus experiencias y vivencias.

Participación de los autores:

Gustavo Edgardo Jiménez-Hernández: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.

Yesenia Margarita Peña-Jaramillo: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.

REFERENCIAS

1. Ghebreyesus T, Kanem N, Russell C, Clark H. Born Too Soon: Progress, priorities and pivots for preterm birth. *Reprod Health* [Internet]. 2025 [citado 25 sep 2025]; 22 (Suppl 2): 108. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02067-1>
2. WHO. Preterm birth. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2023 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Lawn J, Khosla R, Reid A, Langlois EV, Kinney M, Gupta G, et al. Born too soon: accelerating change to 2030 and beyond. *Reprod Health* [Internet]. 2025 [citado 25 sep 2025] 22(Suppl 2):113. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02035-9>
4. Cassidy J, Shaver PR Eds. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* 3rd ed. New York: Guilford Press. [Internet]. 2016 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://www.guilford.com/books/Handbook-of-Attachment/Cassidy-Shaver/9781462525294>
5. McNair C, McAllister M, Franck L, Stevens B, Taddio A. Parents' experiences with infant pain management in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 53(6): 648-657. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2024.08.004>
6. Stefana A, Biban P, Padovani E, Lavelli M. Fathers' experiences of supporting their partners during their preterm infant's stay in the neonatal intensive care unit: a multi-method study. *J Perinatol* [Internet].

- 2022 [citado 25 sep 2025]; 42: 714-722. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01195-3>
7. Hemle JS, Sivberg B, Lundqvist P. Fathers' lived experiences of caring for their preterm infant at the neonatal unit and in neonatal home care after the introduction of a parental support programme: A phenomenological study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2021 [citado 25 sep 2025]; 35(4): 1143-1151. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12930>
 8. Cai Q, Chen DQ, Wang H, Zhang Y, Yang R, Xu WL, et al. What influences the implementation of kangaroo mother care? An umbrella review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [citado 25 sep 2025]; 22: 851. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05163-3>
 9. Fernández-Medina IM, Jiménez-Fernández L, Solaz-García AJ, Llorca-Porcar A, Martínez-Miguel E, Collados-Gómez L. Consensus document for the kangaroo mother care method. *An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 101(3): 208-216. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2024.08.005>
 10. Sivanandan S, Sankar MJ. Kangaroo mother cares for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis *BMJ Glob Health* [Internet]. 2023 [citado 25 sep 2025]; 8: e010728. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010728>
 11. Roubinov D, Musci RJ, Hipwell AE, Wu G, Santos H, Felder JN, et al. Trajectories of depressive symptoms among mothers of preterm and full-term infants in a national sample. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2022 [citado 25 sep 2025]; 25: 807-817. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01245-5>
 12. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. *Existential Phenomenological Alternatives*. New York: Oxford University Press; 1978. p. 48-71.
 13. Shosha GA. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *Eur Sci J* [Internet]. 2012 [citado 25 sep 2025]; 8(27): 31-43. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/issue/view/56>
 14. Maleki M, Abbasi S, Esmaeili M, Mardani A. Mothers' experiences of privacy in neonatal intensive care units: A qualitative study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 29(5): 1100-1109. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nicc.13110>
 15. McKeown L, Burke K, Cobham VE, Kimball H, Foxcroft K, Callaway L. The Prevalence of PTSD of Mothers and Fathers of High-Risk Infants Admitted to NICU: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2023 [citado 25 sep 2025]; 26(1): 33-49. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00421-4>
 16. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. 2002; 3(2):113-145.
 17. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial No. 41.687 de 4 oct 1993*. Bogotá: Ministerio de Salud [Internet]. 1993 [citado 12 dic 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-8430-de-1993.pdf>
 18. Ropero-Padilla C, Rodríguez-Arrastia M, Bernabé-Zuñiga JE, Alias CAJ, Rueda-Ruzafa L, Del Mar Sánchez-Joya M. Experiences of parents with very premature-born children at risk of neurodevelopmental disorders: A qualitative study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2025 [citado 25 sep 2025]; 30(3): e13182. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nicc.13182>
 19. Neugebauer C, Oh W, Mastergeorge AM. Patterns of proximity and maternal-infant engagement in a neonatal intensive care unit Infant. *Ment Health J* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 46: 30-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/imhj.22147>
 20. Grunberg VA, Presciutti A, Vranceanu A, Lerou PH. Parental self-efficacy and personal time help explain impact of parent-staff interactions on parental distress and bonding in the NICU. *J Pediatr* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 276: 114300. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.114300>
 21. Raghupathy MK, Jahangir S, Khurana S, Lewis LES, Rao BK. 'I did not know we could exercise this small premature baby': Challenges experienced by parents while implementing early intervention for their preterm infants—a qualitative perspective. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2025 [citado 25 sep 2025]; 51: e70045. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/cch.70045>
 22. Leppänen M, Korja R, Rautava P, Ahlqvist-Björkroth S. Early psychosocial parent-infant interventions and parent-infant relationships after preterm birth: a scoping review. *Front Psychol* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 15: 1380826. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1380826>
 23. Lazarus MF, Marchman VA, Brignoni-Pérez E, Dubner SE, Feldman HM, Scala M, et al. Inpatient skin-to-skin care predicts 12-month neurodevelopmental outcomes in very preterm infants. *J Pediatr* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 274: 114190. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.114190>
 24. Sellouti M, Agadr A, Abilkassem R. Post-traumatic

- stress disorder in mothers of children hospitalized in the neonatal intensive care. *J Neonatal Perinat Med* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 18(1): 32-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/19345798241290966>
25. Cai Q, Zhou Y, Hong M, Chen D, Xu X. Healthcare providers' perceptions and experiences of kangaroo mother care for preterm infants in four neonatal intensive care units in China: a qualitative descriptive study. *Front Public Health* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 12: 1419828. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1419828>
 26. Brotherton H, Gai A, Tann CJ, Lamin SA, Seale AC, Zaman SMA. et al. Protocol for a randomised trial of early kangaroo mother care compared to standard care on survival of pre-stabilised preterm neonates in The Gambia (eKMC). *Trials* [Internet]. 2020 [citado 25 sep 2025]; 21: 247. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4149-y>
 27. Brimdyr K, Stevens J, Svensson K, Blair A, Turner-Maffei C, Grady J, et al. Skin-to-skin contact after birth: developing a research guideline. *Acta Paediatr* [Internet]. 2023 [citado 25 sep 2025]; 112(8): 1633-1643. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/apa.16842>
 28. World Health Organization. WHO advises im-
mediate skin-to-skin care for survival of small and preterm babies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 11 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies>
 29. Engel V, Mauron-Papadimitriou V, Bühler L, Ebner L, Keller L, Gosteli M, et al. Transition to home after very preterm birth: improving outcomes of children and their families—a systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 14: e090155. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090155>
 30. Arwehed S, Axelin A, Ågren J, Thernström Blomqvist Y. Discharge criteria, practices, and decision-making in the transition of preterm infants to home. *Pediatr Res* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03752-w>
 31. Sun X, Li S, Liu D, Fengc S, Chenb X, Li Y, et al. Discharge preparation experiences and needs of intergenerational caregivers of neonatal intensive care unit preterm: a qualitative study. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2024 [citado 25 sep 2025]; 78: 14-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.05.027>

