

Durmiendo Seguro: Una Intervención Educativa de Enfermería para favorecer la seguridad
del lactante menor

Jury Jannette Figueroa Cortina

Universidad de la Sabana

Notas de Autor

Jury Jannette Figueroa Cortina, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de la
Sabana

La correspondencia relacionada con esta investigación debe ser dirigida a Jury Jannette

Figueroa Cortina

Universidad de la Sabana, Chía-Bogotá

Contacto: juryfico@unisabana.edu.co

ÍNDICE GENERAL

INDICE DE TABLA	IV
INDICE DE GRÁFICO	VII
INDICE DE ANEXOS	VII
1. MARCO DE REFERENCIA	5
1.1 Descripción del problema	5
1.2 Justificación	10
1.2.1 Significancia Social	10
1.2.2 Significancia Disciplinar.....	12
1.2.3 Significancia Teórica	14
1.3 Objetivos.....	16
1.3.1 Objetivo General.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos.....	16
1.4 Conceptos.....	17
1.4.1 Intervención de enfermería	17
1.4.2 Intervención informativa habitual.....	17
1.4.3 Práctica de Sueño Seguro.....	18
1.4.4 Seguridad del lactante	18
2. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Síntesis de la teoría de las transiciones	19
2.2 Estado del arte.....	30
3. MARCO METODOLÓGICO	38
3.1 Tipo.....	38
3.2 Población, muestra y el muestreo	39

3.2.1 Población.....	39
3.2.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	39
3.2.3 Tamaño de la muestra y estrategia de muestreo	40
3.3 Variables.....	41
3.4 Hipótesis de la investigación	44
3.5 Formatos e Instrumentos de recolección de la información	60
3.6 Análisis estadístico.....	63
3.7 Consideraciones éticas, ambientales y disposiciones legales vigentes.....	64
3.8 Propiedad Intelectual	65
4. RESULTADOS	66
4.1 Descripción sociodemográfica de la muestra	66
4.2 Exploración de la normalidad de los datos	68
4.3 Comparación de la distribución estadística del puntaje global del nivel de conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro entre momentos de medición M1, M2, M3.....	69
4.4 Comparación de las medianas del nivel de conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro entre momentos de medición M1 y M3.	72
4.5 Análisis ítem por ítem entre momentos de medición.....	85
4.5.1 Grupo de comparación.....	85
4.5.2 Grupo Experimental.....	89
4.6 Adherencia a la práctica de sueño seguro	96
5. DISCUSIÓN	104
6. CONCLUSIONES	111
7. LIMITACIONES	113
8. RECOMENDACIONES.....	113
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	115
10. ANEXOS	126

INDICE DE TABLA

Tabla 1: Aplicación de la Teoría de las Transiciones a la Investigación.....	25
Tabla 2: Proposiciones Relacionales y Afirmaciones Teóricas que atiende esta Investigación...	28
Tabla 3: Operacionalización de las variables del estudio	41
Tabla 4: Modelo lógico de la intervención Durmiendo Seguro.....	45
Tabla 5: Diseño de la Intervención Durmiendo Seguro.....	46
Tabla 6: Descripción de cada componente de la intervención en relación a los conceptos teóricos y procedimiento	49
Tabla 7: Procedimiento de la Intervención de Enfermería Durmiendo Seguro.....	59
Tabla 8: Procedimiento de la Intervención Habitual	60
Tabla 9: Características Sociodemográficas	66
Tabla 10: Comparación Lugar Exclusivo para Dormir por Grupo	68
Tabla 11: Resumen de Prueba Hipótesis Kolmogorov Smirnov	69
Tabla 12: Resumen de Prueba de Hipótesis Kruskal Wallis.....	70
Tabla 13: Grupo de Comparación- sin Lugar Exclusivo para Dormir (10).....	72
Tabla 14: Grupo de Comparación- con Lugar Exclusivo para Dormir (11).....	73
Tabla 15: Grupo Experimental- sin Lugar Exclusivo para Dormir (20).....	73
Tabla 16: Grupo Experimental – con Lugar Exclusivo para Dormir (21).....	73
Tabla 17: Puntaje Global/ Momento de Medición.....	74
Tabla 18: Posición Adecuada para Dormir	76
Tabla 19: Lugar Adecuado para Dormir	77
Tabla 20: Uso de Almohadas, Cobijas o Juguetes	77
Tabla 21: Riesgo de la Exposición al Tabaco/ Alcohol	78
Tabla 22: Superficie Firme y Plana	79
Tabla 23: Ropa Adecuada.....	80
Tabla 24: Uso de Chupo	80
Tabla 25: Tiempo Boca Abajo Supervisado	81
Tabla 26: Uso de Dispositivos para la Seguridad del Bebé	82
Tabla 27: Vacunas.....	82

Tabla 28: Lactancia Materna	83
Tabla 29: Sueño Seguro	84
Tabla 30: Muerte Súbita.....	84
Tabla 31: Análisis ítem: Posición Adecuada para Dormir.....	85
Tabla 32: Análisis ítem: Lugar Adecuado para Dormir.....	86
Tabla 33: Análisis Ítem: Uso de Almohadas, Cobijas o Juguetes	86
Tabla 34: Análisis ítem: Exposición al Humo de Cigarrillo y Alcohol.....	87
Tabla 35: Análisis ítem: Superficie Plana y Firme	87
Tabla 36: Análisis ítem: Ropa Adecuada.....	88
Tabla 37: Análisis ítem: Uso de Chupo	88
Tabla 38: Análisis ítem: Uso de Dispositivos.....	89
Tabla 39: Análisis ítem: Lactancia Materna	89
Tabla 40: Análisis ítem: Posición Adecuada para Dormir.....	89
Tabla 41: Análisis ítem: Lugar Adecuado para Dormir.....	90
Tabla 42: Análisis ítem: Uso de Almohadas, Cobijas o Juguetes.....	90
Tabla 43: Análisis ítem: Exposición a Humo de Cigarrillo y Alcohol.....	91
Tabla 44: Análisis ítem: Superficie Plana y Firme	91
Tabla 45: Análisis ítem: Ropa Adecuada.....	92
Tabla 46: Análisis ítem: Uso de Chupo	92
Tabla 47: Análisis ítem: Uso de Dispositivos.....	93
Tabla 48: Análisis ítem: Lactancia Materna	93
Tabla 49: Resumen de la Estimación de los Porcentajes Basales, de Transición y de Resultado del Estado de Conocimiento Inadecuado a Estado de Conocimiento Adecuado en Relación a las Prácticas de Sueño Seguro	94
Tabla 50: Frecuencia de Respuestas en Relación a Cuerda Adherida al Chupo	96
Tabla 51: Frecuencia de Respuestas en Relación a Jugete Adherido al Chupo.....	96
Tabla 52: Frecuencia de Respuestas en Relación a Posición para Dormir	97
Tabla 53: Frecuencia de Respuestas en Relación a la Clase de Manta utilizada para Abrigar al Bebé	97
Tabla 54: Frecuencia de Respuestas en Relación a la Posición de la Manta utilizada para Abrigar al Bebé	97

Tabla 55: Frecuencia de Respuestas en Relación a Retiro de Objetos de la Cama	98
Tabla 56: Frecuencia de Respuestas en Relación a Durmiendo en la misma Habitación de los Padres pero no en la misma Cama	98
Tabla 57: Frecuencia de Respuestas en Relación a los Objetos que se Encuentran en el Entorno donde Duerme el Bebé.....	99
Tabla 58: Frecuencia de Respuestas en Relación Tipo de Espacio para Colocar a Dormir al Bebé	99
Tabla 59: Frecuencia de Respuestas en Relación a la Cuna Elevada en uno de sus Extremos	99
Tabla 60: Frecuencia de Respuestas en Relación al Colchón Elevado en uno de sus Extremos	100
Tabla 61: Frecuencia de Respuestas en Relación al Estado del Marco de la Cuna	100
Tabla 62: Frecuencia de Respuestas en Relación al Estado del Soporte del Colchón de la Cuna	100
Tabla 63: Frecuencia de Respuestas en Relación al Estado del Colchón.....	100
Tabla 64: Frecuencia de Respuestas en Relación a Uso de Almohada como Colchón	101
Tabla 65: Frecuencia de Respuestas en Relación a Uso de Espuma como Colchón.....	101
Tabla 66: Frecuencia de Respuestas en Relación a Uso de Manta Pesada/Edredón como Colchón	101
Tabla 67: Frecuencia de Respuestas en Relación a Presencia de Sabana Ajustable Sobre el Colchón.....	101
Tabla 68: Frecuencia de Respuestas en Relación a Ajuste de la Sabana sobre el Colchón.....	102
Tabla 69: Frecuencia de Respuestas en Relación a Forma del Colchón con la Sabana Ajustable	102
Tabla 70: Frecuencia de Respuestas en Relación a la Distancia entre el borde del Colchón y la cuna (2cm)	102
Tabla 71: Frecuencia de Respuestas en Relación a la Distancia entre las barandas de la Cuna (5cm).....	102

INDICE DE GRÁFICO

Gráfica 1: Box Plot, Comparación de los Puntajes Globales M1	70
Gráfica 2: Box Plot, Comparación de los Puntajes Globales M2	71
Gráfica 3: Box Plot, Comparación de los Puntajes Globales M3	72
Gráfica 4: Comportamiento de las Medianas entre Grupos y Momentos de Medición.....	75

INDICE DE ANEXOS

Anexo A: Formato ad hoc de datos Sociodemográficos y Factores Modificables y no Modificables	126
Anexo B. Formato de Evaluación del Conocimiento de las Recomendaciones de la Práctica de Sueño Seguro.	128
Anexo C: Formato de Invitación a la Intervención Educativa Durmiendo Seguro	130
Anexo D: Caratula del Libro Durmiendo Seguro Diseñado por la Investigadora.....	131
Anexo E: Logo diseñado para la Intervención Educativa Durmiendo Seguro	132
Anexo F: Formato de Planeación (basado en el Modelo de Escuela Superior de Enfermería, Coímbra- Portugal) Prebrieng	133
Anexo G: Imágenes de la Manta Portátil.....	137
Anexo H: Certificado Entregado a las Madres por la Participación en la Intervención Educativa Durmiendo Seguro.....	138
Anexo I. Guion de Seguimiento Telefónico para Evaluar el Cumplimiento de las Prácticas de Sueño Seguro.	139
Anexo J: <i>Encuesta del Sueño Infantil. Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn Sleep, Whiteside-Mansell (2017)</i>	141
Anexo K: Certificado de Traducción.....	148
Anexo L: Permiso de Traducción por parte de las Autoras de la Encuesta Sueño Infantil	149
Anexo M: Formato de Consentimiento Informado para los Participantes	150

Agradecimientos

A Dios, en primera medida, por su infinita misericordia y su compañía permanente.

A mis padres, por ser mi ejemplo a seguir, por su apoyo permanente y ánimo durante todos y
cada uno de los momentos de mi vida.

A mi profesora Gloria Carvajal por su dedicación, sus enseñanzas, por trasmitirme su amplia
experiencia en el trascender de la investigación.

Al Hospital Universidad del Norte, por permitirme aquellos espacios y momentos para
interactuar con las madres participantes.

Resumen

Objetivo: Evaluar el efecto de la intervención educativa de enfermería “*Durmiendo Seguro*” comparada con la intervención informativa habitual sobre la Práctica de Sueño Seguro como estrategia para favorecer la seguridad del lactante menor, en un grupo de madres que asisten a una institución de salud de Barranquilla.

Materiales y Métodos: Estudio cuasi experimental, prest- post test con grupo de comparación realizado con un grupo de 120 madres. La intervención Durmiendo Seguro, administrada al grupo experimental incluyó sesiones educativas, seguimiento telefónico y visita domiciliaria. Para la recolección de la información se utilizaron 3 formatos construidos ad hoc para la investigación con base en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y el Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn Sleep. Se realizó análisis descriptivo y comparativo de los aspectos sociodemográficos y de las variables de conocimiento y adherencia a las prácticas de sueño seguro.

Resultado: A través de la prueba de Kruskal Wallis se exploraron las diferencias en la distribución estadística del puntaje global entre momentos de medición. La distribución estadística de los puntajes en la medición inicial fue idéntica en ambos grupos (valor $p = 0.069$). Se observó que en el seguimiento telefónico y en la visita domiciliaria, la distribución del puntaje global presentaba diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (valor $p \leq 0.000$)

Conclusiones: En el grupo experimental que recibió la intervención “*Durmiendo Seguro*”, se observó un aumento significativo en el conocimiento y la adherencia a las recomendaciones con relación a la práctica de sueño seguro con relación al grupo de comparación.

Palabras claves: Práctica de Sueño Seguro, Seguridad del Lactante, Intervención de Enfermería, Intervención Informativa Habitual.

Abstract

Objective: Evaluate the effect of the nursing educational intervention "Safe Sleeping" compared to the usual informative intervention on Safe Sleep Practice as a strategy to promote the safety of the young infant, in a group of mothers who attend a health institution of Barranquilla.

Materials and Methods: Quasi-experimental study, post-test with comparison group carried out with a group of 120 mothers. The Safe Sleeping intervention, administered to the experimental group, included educational sessions, telephone follow-up, and home visits. For the collection of the information, 3 adhoc constructed formats were used for the research based on the recommendations of the American Academy of Pediatrics and the Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn Sleep. Descriptive and comparative analysis of sociodemographic aspects and variables of knowledge and adherence to safe sleep practices were performed.

Result: The Kruskal Wallis test explored the differences in the statistical distribution of the global score between measurement moments. The statistical distribution of the scores in the initial measurement was identical in both groups (p -value = 0.069). It was observed that in the telephone follow-up and in the home visit, the distribution of the global score presented statistically significant differences between the groups (p value ≤ 0.000)

Conclusions: In the experimental group that received the "Safe Sleeping" intervention, a significant increase in knowledge and adherence to the recommendations regarding safe sleep practice was observed in relation to the comparison group.

Key words: Safe Sleep Practice, Infant Safety, Nursing Intervention, Habitual Informative Intervention.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Descripción del problema

La salud y la supervivencia de los recién nacidos dependen del nivel de atención en salud y del cuidado ofrecido por sus cuidadores. En los primeros años de vida, la madre es la persona más importante que atiende las necesidades fisiológicas y psicológicas del niño, por lo tanto, ella requiere un conocimiento preciso y debe tomar las medidas apropiadas para garantizar el cuidado y la seguridad. La educación sobre el período de posparto generalmente incluye instrucciones para las nuevas madres sobre el cuidado personal y el cuidado del bebé. El conocimiento insuficiente por parte de las madres puede tener un efecto potencialmente adverso sobre la prestación de cuidados (1). Las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) para el cuidado del recién nacido incluyen higiene, protección térmica, lactancia materna temprana y exclusiva, cuidado de la piel, inmunización, control de enfermedades, ambiente y sueño seguro (2).

El concepto "Sueño Seguro" incluye una serie de recomendaciones médicas en cuanto a prácticas y hábitos saludables de crianza, especialmente a la hora de dormir. Estas prácticas se han asociado, de acuerdo con la evidencia científica, con menor riesgo de muerte súbita, situación que en los países desarrollados se encuentra entre las primeras causas de mortalidad postneonatal (3). En los Estados Unidos es la tercera causa de mortalidad infantil, con casi 2500 bebés que mueren de Síndrome Infantil de Muerte Súbita (SIMS) anualmente (4)(5)(6).

Por otra parte, en Colombia, han existido falencias a la hora de reconocer este problema y en actuar consecuentemente para prevenirlo. Solo entre los años 2005 a 2011 el SIMS ha cobrado la vida de 2.664 lactantes. A pesar de que el país ha logrado reducir su tasa de mortalidad infantil

por todas las causas, aún permanece estable y oscila entre el 0,46 y 0,6 por 1.000 nacidos vivos (7). En razón a esta problemática, la Academia Americana de Pediatría (AAP) ha implementado la estrategia Práctica de Sueño Seguro para reducir la muerte relacionada con el sueño incluyendo el (SIMS) (8)(9).

El SIMS hace parte de un grupo de eventos denominado Súbitas e Inesperadas Muertes Infantiles (SIMI), el cual cobija múltiples eventos similares, ya sea explicada o no explicada, que ocurre durante la infancia (10)(11). Entre los eventos que se acompañan con el SIMI están: el Síndrome Infantil de Muerte Súbita también llamado muerte de cuna, la asfixia accidental, la estrangulación en la cama y causas desconocidas de muerte en bebés menores de 1 año de edad (12). La mayoría ocurre durante el sueño en un ambiente de sueño inseguro (13).

Los factores de riesgo para SIMS incluyen aquellos relacionados con la madre y el periodo prenatal y factores del infante que pueden ser extrínsecos o intrínsecos (14)(15). Los factores extrínsecos son estresores físicos que promuevan la asfixia o alteraciones de la homeostasia corporal (tales como dormir en posición prona o de lado, cobijas que cubran la cabeza, superficies blandas donde se acueste al niño, colecho y temperatura ambiental elevada) (16)(17). Por otro lado, los factores intrínsecos se subdividen en factores del desarrollo (prematuridad y factores genéticos, como historia de SIMS en hermanos, sexo masculino) y factores asociados a la raza o grupo étnico (18) (19) (20).

Los esfuerzos para eliminar los factores de riesgo modificables comenzaron en 1992 en los Estados Unidos, cuando la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomendó evitar el posicionamiento prono. Las pautas más recientes publicadas por esta entidad en 2016 (21), también recomendaron evitar "materiales blandos en el entorno de sueño del bebé" y compartir la habitación con el bebé sin compartir la misma cama.

A pesar de las recomendaciones y campañas de educación pública, muchos de estos consejos no son seguidos completamente por los padres. Los datos del Estudio Nacional de Posición de Sueño Infantil (NISP) desarrollado en Estados Unidos (2010) informan que el 73% de los padres colocaron a sus hijos en una posición inadecuada para dormir, que la tasa de colecho se duplicó del 6.5% en 1993 al 13.5% en 2010 (22), y que el 55% de los padres continúan utilizando ropa de cama suelta en el entorno de sueño infantil (23). Los datos también muestran que la ropa de cama suave y los protectores se continúan encontrando en las cunas de los bebés que murieron por causas relacionadas con el sueño (24). Por otra parte, Deborah (2018), recolectó datos sobre 678 bebés donde la mitad de ellos dormían en posición decúbito supino, un 34% en posición lateral y un 19% prono. Concluye que aún existe una brecha entre lo que las madres saben sobre el sueño seguro y el entorno de los recién nacidos en casa (20).

Por otra parte, Doering (2017) considera que existe un debate mundial entre los médicos, los responsables de las políticas y los padres acerca de cuál es el lugar más seguro para que los bebés duerman (9), este debate ha sido generado, en parte, por los avances científicos que relacionan la muerte súbita infantil con el sueño (25). Al mismo tiempo, ha surgido un movimiento populista de consumidores que frecuentemente entra en conflicto con la literatura científica al promover el colecho. Este movimiento se basa en una filosofía parental que sugiere que las madres y los bebés deben mantener proximidad casi continua después del nacimiento popularizado por términos como la "crianza de apego" (26).

Los estudios cualitativos de las prácticas de cuidado infantil en poblaciones de alto riesgo también han buscado comprender la toma de decisiones de los padres sobre las prácticas de cuidado infantil relacionadas con el sueño. El conocimiento incompleto o erróneo sobre las recomendaciones para el sueño seguro, incluida la falta de comprensión del "por qué" algunas

prácticas específicas son importantes, fue un hallazgo prevalente entre las madres desfavorecidas (27). También se observó que para las madres no era claro cómo ciertas conductas podrían constituirse como factores de riesgo dado que se desconocen la “causa” del SIMS (28).

En la misma línea, Shipstone (2017), relaciona que la brecha que existe entre el conocimiento y la desconfianza aumentan las prácticas de cuidado infantil inseguras. Varios estudios han demostrado que existen diferencias en las prácticas de cuidado infantil entre grupos sociales, y que las madres que experimentan circunstancias sociales más desfavorecidas tienen más probabilidades de participar en prácticas de cuidado infantil menos seguras, como colocar a un bebé a dormir en una silla o en una cama compartida por varias personas.

En este sentido, la educación acerca del sueño seguro es un aspecto crítico, dado a que las decisiones sobre el cuidado del bebé y la instalación de la habitación donde dormirá a menudo comienzan antes de que el niño nazca. Las influencias culturales y los medios de comunicación pueden guiar las decisiones de los padres; sin embargo, estos factores que influyen a menudo no representan entornos de sueño seguro (29). Algunos padres continúan colocando a sus bebés en riesgo de SIMS ya sea por desconocimiento o por información perpetuada (generalmente no intencional) de familiares, proveedores de atención médica y distintas fuentes de información (6).

En relación al desconocimiento de los padres, se estima que, en los Estados Unidos, el 30% de ellos manifiestan conocimientos de salud inadecuados (28, 29). Se observa que los padres con bajo nivel de alfabetización en salud tienen entre 1 y 4 veces más probabilidades de mostrar una conducta parental negativa y comportamientos inadecuados de atención preventiva y una mala adherencia a la orientación anticipada, con el consecuente aumento del riesgo en la morbilidad y mortalidad infantil. (30)

Respecto a la influencia de los familiares, los resultados del estudio de Deborah A (2018), indican que el 87% de las madres encuestadas mencionaron que las abuelas son las primeras personas que toman decisiones sobre el sueño y el ambiente del bebé, justificando que son cuidadoras con experiencia y que sus hijos no tuvieron eventos negativos mientras dormían. Finalmente, la baja adherencia de los padres a las pautas para un sueño seguro puede deberse a la influencia de los proveedores de atención médica. Por ejemplo, se ha documentado que las enfermeras no siempre siguen las recomendaciones establecidas mientras cuidan a los recién nacidos cuando se encuentran hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) (31). Según Gelfer P y colaboradores (2013), las enfermeras conocían las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, pero seguían creyendo que otras posiciones, principalmente las posiciones laterales, eran más seguras para los bebés, especialmente después de la alimentación (32). Las enfermeras neonatales citaron con mayor frecuencia el riesgo de reflujo o aspiración, mejor estado respiratorio y comodidad del bebé como razones para colocar a los recién nacidos prematuros frágiles en posiciones distintas de supinas. Este aspecto puede tener consecuencias negativas, pues como sugiere Carrier (2009), los cuidadores son más propensos a modelar los comportamientos observados en los proveedores de atención médica durante su estadía en el hospital después del alta (6)(33)(34)(35)(36).

Así mismo, los autores de un estudio que evaluó el conocimiento de las enfermeras de UCIN con respecto a la posición del sueño infantil, encontraron que el 95% de las enfermeras de UCIN identificaron una posición de sueño prono como óptima para prematuros hospitalizados (37).

La literatura señala que dirigir la educación para el personal de salud y las familias, es efectivo para aumentar la conciencia y el conocimiento, así como para cambiar los comportamientos hacia las prácticas de sueño seguro (38). Bass (2018) consideró que la información oportuna y

correcta por el personal de la salud hacía las madres sobre la posición adecuada de su bebe a la hora de dormir, tiene un impacto positivo en la seguridad del lactante (39). Cuando se combinan la educación y la competencia cultural, la información proporcionada tiene una mayor probabilidad de éxito en el cambio de comportamientos y prácticas (33). Este es un contexto lógico para proporcionar educación temprana sobre el sueño seguro (40) .

Con lo anteriormente expuesto, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de la intervención educativa de enfermería “Durmiendo Seguro” comparada con la intervención informativa habitual sobre la Práctica de Sueño Seguro como estrategia para favorecer la seguridad del lactante menor, en un grupo de madres que asisten a una institución de salud de Barranquilla?

1.2 Justificación

1.2.1 Significancia Social

En Colombia la primera infancia es una prioridad política, económica y social, y por ello, para contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (41), la *Fundación Saldarriaga Concha* y la *Fundación Santi un Milagro de Vida* a través del convenio 529 de 2013 dan impulso a la Política Publica de Atención Integral dentro del Marco de la Estrategia de Cero a Siempre, teniendo como liderazgo la campaña infantil de educación conocida como *Sueño Seguro “Bebés durmiendo boca arriba”*, permitiendo unir esfuerzos interdisciplinarios para actuar en la protección y defensa del derecho a la vida de los bebes sanos menores de un año del enemigo oculto: la muerte de cuna (41).

El Síndrome Infantil de Muerte Súbita es la categoría más grande de muerte postneonatal y se asocia en gran medida con los determinantes sociales de la salud (42). En la actualidad no existe una forma de prevenirlo, sin embargo, existen recomendaciones mundialmente aceptadas destinadas a padres y personas dedicadas al cuidado infantil cuyo objetivo es disminuir su incidencia. Desde el fenómeno de estudio, la Academia Americana de Pediatría recomienda que los padres de los recién nacidos a término y pretérmino (a partir de las 32 semanas de vida) reciban educación verbal y escrita sobre las Prácticas de Sueño Seguro (43). La evidencia muestra, que si se hace la educación escrita y verbal antes del alta hospitalaria hay una mejoría y un aumento en el conocimiento de los padres sobre el sueño seguro; y a su vez un cumplimiento significativo de los padres sobre este (5) (42). Rowe A (2016), considera que antes de realizar las intervenciones anteriormente mencionadas, se debe proporcionar primero educación al personal de salud, segundo establecer una política de práctica de sueño seguro en la institución y tercero proveer algunos insumos necesarios para la práctica como por ejemplo las bolsas de dormir (44) (45).

Adicionalmente, un plan estandarizado de educación de sueño seguro implementado prenatalmente en los centro de salud y reforzado durante las continuas interconsultas de las gestantes, puede disminuir las ideas erróneas con respecto al sueño seguro y la capacidad de identificar ciertos artículos inseguros (29), aumentando la adherencia a las prácticas recomendadas. La participación de los medios de comunicación que retratan prácticas adecuadas de sueño puede alentar a los cuidadores a seguir las pautas de la Academia Americana de Pediatría (46).

Actuar de manera anticipada permitirá que el equipo de salud, los agentes educativos, las madres, los padres y los cuidadores de los niños conozcan y reconozcan las recomendaciones

principales para fortalecer la seguridad de sus hijos y puedan cambiar los hábitos de sueño seguro para los bebés menores de un año (41). Todas estas estrategias traen como resultado beneficios favorables tanto para el lactante como para el cuidador (38).

Deborah (2018) refiere que la diseminación efectiva de información basada en la evidencia, permite apoyar a una nueva madre que se preocupa por el recién nacido y que traerá cambios de comportamiento en la práctica de la atención centrada en la familia. Las prácticas de sueño seguro para recién nacidos deben ser además diseminadas a los abuelos, a los hermanos y la comunidad para que todos los involucrados en el cuidado de los lactantes estén conscientes de las recomendaciones actuales y sus beneficios (20).

1.2.2 Significancia Disciplinar

Mejorar la seguridad infantil exige encontrar formas innovadoras para convencer al personal de la salud sobre la necesidad de cambiar las prácticas convencionales heredadas por tradición a aquellas basadas en la mejor evidencia disponible. Incorporar hallazgos científicos recientes en la práctica, ayudará a demostrar el valor y beneficio que ejercen las enfermeras que explican a los padres, las prácticas de seguridad en relación con el sueño de sus hijos. Los padres son una parte vital del equipo de atención y deben ser alentados a estar presentes para cuidar a su bebé, vincularse con ellos y ser parte de la toma de decisiones sobre su cuidado (47). Se identifica la importancia de desarrollar conocimiento en este tema en pro de garantizar la seguridad de los lactantes enfocándose en los vacíos de conocimiento y la no adherencia a la práctica de sueño seguro por parte de los padres.

El rol de enfermería permite desarrollar actividades que facilitan el proceso de aprendizaje de nuevas habilidades relacionadas con la salud de los pacientes, también asiste a cambios y

demandas que las transiciones traen en la vida de ellos y su familia, conduciendo al desarrollo de terapéuticas de enfermería que sean adecuadas con las experiencias únicas de los clientes y su familia y promoviendo así respuestas saludables (48). En un contexto clínico, acompañar las decisiones de los padres, las estrategias de seguridad utilizadas y sus preocupaciones puede ayudar a las enfermeras a obtener una evaluación más completa y discutir estrategias prácticas de reducción de riesgos (49)(26)(50).

Por otro lado, la industria de productos para el cuidado de los recién nacidos se mueve a un ritmo más rápido que las actualizaciones de las políticas al respecto, lo que puede requerir que las enfermeras proporcionen a los padres asesoramiento sobre productos inseguros. Doering (2017) sugiere la necesidad de que las enfermeras en cada país estén familiarizadas con los productos que están en el mercado y evalúen la seguridad de estos en colaboración con las familias (26). De manera similar, si los padres intentan modificar los productos o dispositivos que ofrece el mercado, eliminando características de seguridad o agregando objetos suaves como almohadas o mantas (por ejemplo, para hacer que el producto sea más "cómodo" para el bebé), las enfermeras pueden advertir a los padres sobre cómo estas modificaciones pueden aumentar involuntariamente el riesgo de peligro para el niño y aconsejar soluciones alternativas para resolver problemas.

La evidencia muestra la necesidad de generar iniciativas de educación en relación al sueño seguro con el propósito de abordar las inquietudes de enfermería y fomentar no solo el cumplimiento sino también un cambio en las actitudes de las enfermeras hacia las prácticas. Esto se puede lograr incorporando las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatra en relación al sueño seguro en las competencias anuales de los programas académicos, asegurando el conocimiento y abordando cualquier nueva recomendación (51).

Se cree que estos hallazgos son valiosos para ayudar a desarrollar enfoques alternativos sobre las prácticas de sueño seguro que aborden las barreras culturales y de alfabetización y mejoren los resultados de salud infantil (52).

La teoría de las Transiciones de Meléis (2000) (53) es la postura teórica referente de este estudio con el fin de apoyar el proceso de transición de las madres como cuidadoras de sus lactantes en el entorno del hogar desde el ámbito de la Práctica de Sueño Seguro. La meta de la teoría son las transiciones saludables que se dan como resultado del dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos (53).

1.2.3 Significancia Teórica

Con base en la revisión de la literatura, se identificaron vacíos de conocimiento y necesidades de investigación que justificaron esta propuesta:

Doering (2017), identificó que la relación entre el sueño materno y el sueño infantil podría tener implicaciones para la práctica de enfermería sobre el sueño seguro, dado a que los hallazgos muestran que debido a los continuos despertares de la madre para ofrecer alimentación y cuidados al lactante, estas en ocasiones toman decisiones erróneas en relación al ambiente y el sueño seguro de los bebés (49). Se sugiere la necesidad de evaluar en forma sistemática e integral los factores de decisión de los padres, las prácticas diarias de sueño infantil y los patrones alterados de sueño de las mujeres posparto (26)(50).

Shipstone y colaboradores (2017) consideran que debido a que no hay estrategias publicadas para involucrar las recomendaciones de “mejores prácticas” en consejos prácticos para familias socialmente vulnerables, los profesionales de la salud, deben desarrollar sus propios enfoques para proporcionar consejos seguros de cuidado infantil en estos contextos complejos (42).

Además a estas familias que no tienen un espacio seguro para dormir se les puedan informar sobre las cunas gratuitas o de bajo costo que algunas fundaciones donan como parte de sus políticas de responsabilidad social (54).

Un estudio sobre prácticas de sueño seguro en una población aborígen urbana, informó que los niños fueron colocados en entornos inseguros determinados por la socio economía familiar, la realidad para muchas familias es que no pueden, debido a sus circunstancias sociales y económicas, seguir las mejores prácticas recomendadas para la reducción del SIMS (55). Muy pocos estudios han explorado específicamente el impacto que las circunstancias sociales que una familia tiene en las prácticas de cuidado infantil. Por ello se ve la necesidad de comprender el impacto de los factores sociales y económicos en los padres de los lactantes que podrían alterar sus emociones encontrándose angustiados y menos conscientes en las necesidades o situaciones determinadas de los bebés (42). Es por eso que Julianne (2015) considera que los entornos de atención médica que brindan asistencia a los nuevos padres deberían incluir una educación coherente que sea individualizada, basada en el nivel educativo, el lenguaje hablado y el nivel socioeconómico (36) .

Rachel (2017), pudo concluir que una intervención de salud móvil mejoró la adherencia a las prácticas de sueño seguro para bebés en comparación con las intervenciones de control. Sugiere que para estudios futuros se evalué la adherencia continua, especialmente a medida que las madres regresan al lugar de trabajo (si aplica).-También evaluar los eventos adversos que podrían presentarse durante la práctica o aquellas recomendaciones que no se realizan de manera correcta y que pueden ocasionar un evento adverso como la plagiocefalia (28) (56).

Todas las investigaciones en relación a la práctica de sueño seguro esta enfocadas en las madres y no en los padres, y esto se debe a que las mujeres cuidadoras son la que pasan el mayor tiempo

con los bebés, pero los padres son más propensos a contribuir al cuidado durante “la noche de vigilia”. Esto fomenta a que los hombres cuidadores, tomen decisiones críticas respecto al medio ambiente y a posiciones durante el sueño de manera intermitente en él niño. Heather M (2018) establece que existe una falta de evidencia en la literatura con respecto a los conocimientos, actitudes, creencias y comportamientos de los cuidadores paternos sobre el sueño infantil. Es importante que los padres reciban la misma información que reciben las madres durante su curso psicoprofiláctico, pues ellos pueden ser influyentes en los comportamientos de cuidado, incluyendo las Prácticas del Sueño Infantil (57).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Evaluar el efecto de la intervención educativa de enfermería “*Durmiendo Seguro*” comparada con la intervención informativa habitual sobre la Práctica de Sueño Seguro como estrategia para favorecer la seguridad del lactante menor, en un grupo de madres que asisten a una institución de salud de Barranquilla.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro de las madres de los grupos experimental y de comparación al inicio del periodo de observación.
- Identificar el nivel de conocimiento y adherencia a las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro en el grupo experimental después de realizar la intervención educativa de enfermería “*Durmiendo Seguro*”.

- Identificar el nivel de conocimiento y adherencia a las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro en el grupo de comparación después de recibir la intervención informativa habitual.
- Determinar el cambio en el nivel de conocimiento de las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro de las madres antes y después de las intervenciones (Durmiendo seguro / informativa habitual).
- Comparar el conocimiento y adherencia a las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro de las madres entre grupos (experimental y de comparación).

1.4 Conceptos

1.4.1 Intervención de enfermería

Conforme a la teoría que guio el estudio se entiende que el concepto intervención de enfermería es sinónimo del concepto *terapéutica de enfermería*, definido como *todas las actividades de enfermería y las acciones diseñadas para atender a los clientes de enfermería, específicamente estas intervenciones o acciones pueden modificar o influir los resultados de una transición* (58). Para este estudio, la intervención educativa de enfermería se denominó “*Durmiendo seguro*” y ofreció a las madres educación acerca las recomendaciones sobre las prácticas de sueño seguro, en esta se utilizó la simulación como estrategia pedagógica y además incluyo, seguimiento telefónico y visita domiciliaria.

1.4.2 Intervención informativa habitual

Para este estudio, se definió como aquella información que reciben las madres al egreso hospitalario por parte del médico pediatra de la institución de salud, donde se comunican recomendaciones generales del cuidado del recién nacido en casa como: lactancia materna,

cuidado del ónfalo, signos de alarma (fiebre, dificultad respiratoria, vómitos, etc.), posición al dormir: boca arriba.

1.4.3 Práctica de Sueño Seguro

Este concepto incluye el nivel de conocimiento y el nivel de adherencia a una serie de recomendaciones en cuanto a prácticas y hábitos saludables de crianza, especialmente a la hora de dormir (59). Para este estudio se realizó la medición con dos formatos construidos por la autora y la encuesta Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn de Whiteside-Mansell (13) las puntuaciones fueron estandarizadas de 0 a 100.

1.4.4 Seguridad del lactante

Son aquellas acciones que permiten proteger a los niños durante el periodo inicial de la vida extrauterina, de amenazas y situaciones que colocan en riesgo su vida. Esto se logra creando sistemas que faciliten a los cuidadores elementos básicos de supervivencia (60).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Síntesis de la teoría de las transiciones

Meléis define una transición como el paso de un individuo de una fase, situación o condición de vida a otra e implica una reorganización, con un nuevo sentido de propósito (61). Las transiciones contemplan cambios en el estado de salud, en las relaciones, en los roles, en las expectativas o las capacidades y finalmente, implican que la persona ha alcanzado un periodo de menos trastorno o mayor estabilidad en relación a lo que ocurrió previamente (62)(63).

La teoría de las Transiciones de Meléis (2000) (53) es la postura teórica referente de este estudio con el fin de apoyar el proceso de transición de las madres como cuidadoras de sus lactantes en el entorno del hogar desde el ámbito de la Práctica de Sueño Seguro. La meta de la teoría son las transiciones saludables que se dan como resultado del dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos (53).

Esta teoría desde sus acepciones filosóficas y teóricas plantea la definición de los conceptos del Metaparadigma, sus conceptos propios y las proposiciones que definen y relacionan dichos conceptos (64):

Conceptos del Metaparadigma

Persona: la vida diaria de los clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias de transición.

Cuidado o enfermería: las enfermeras son las principales cuidadoras de los clientes y las familias que sufren las transiciones.

Salud: las transiciones son complejas y multidimensionales, tienen patrones de multiplicidad y complejidad y se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo.

Entorno: la vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo.

Conceptos de la teoría

Tipos de transiciones

Las transiciones del desarrollo incluyen nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte.

Las transiciones de salud y enfermedad incluyen los procesos de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica.

Las transiciones situacionales son aquellas que se deben a cambios en las circunstancias de la vida, como ingresar a un programa educativo, emigrar de un país a otro y trasladarse de un hogar a un asilo de ancianos.

Las transiciones organizacionales se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan a las vidas de los clientes y de los trabajadores.

Patrones de las transiciones

Los patrones incluyen multiplicidad y complejidad. Las transiciones múltiples ocurren con frecuencia simultáneamente, en estas las personas experimentan diferentes transiciones al mismo tiempo en lugar de experimentar una sola transición. Las transiciones múltiples pueden ocurrir secuencial o simultáneamente, y el grado de superposición entre éstas y las asociaciones entre eventos separados que inician transiciones diferentes debe ser considerado debido a las complejidades involucradas.

Propiedades de la experiencia de transición

Las propiedades de la experiencia de transición incluyen la conciencia, el compromiso, el cambio y la diferencia, el tiempo y los puntos críticos y eventos.

Conciencia: se define como la percepción, el conocimiento y el reconocimiento de la experiencia de la transición; el nivel de conciencia se refleja a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo previsto de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares.

Compromiso: se refiere al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición.

Cambios y diferencias: supone que los cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta dan un sentido de movimiento o dirección a los procesos internos y externos.

Tiempo: todas las transiciones son fluidas y se mueven con el tiempo, tienen un punto de partida identificable, que va desde los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un período de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un punto final con un nuevo inicio o período de estabilidad.

Puntos críticos y acontecimientos son puntos definitorios como nacer, morir, el fin de la menstruación o el diagnóstico de una enfermedad.

Condiciones de la experiencia de transición

Son circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, estas facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable. Las condiciones de transición son los factores personales, comunitarios o sociales que pueden facilitar o inhibir los procesos de transición y los resultados. Las condiciones personales, se refieren a significados, creencias y actitudes culturales, estatus socioeconómico, preparación y conocimiento. El significado asociado a una transición y al proceso de transición facilita o inhibe las transiciones exitosas.

Patrones de respuesta

Indicadores de proceso: conducen a las personas hacia la salud o la vulnerabilidad y el riesgo, ayudan a las enfermeras a evaluar e intervenir para facilitar transiciones saludables e incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado, y desarrollar confianza y afrontamiento.

Sentirse conectado hace referencia a la posibilidad de añadir nuevos contactos a los antiguos con sus familiares y amigos.

Interacción a través de la cual el significado anexo la transición y a las conductas causadas por esta puede ser desvelado, analizado y comprendido lo que habitualmente da lugar a una transición sana.

La ubicación y estar situado en términos de tiempo, espacio y relaciones e indican si la persona gira en la dirección de una transición sana. (65)

Desarrollar confianza y afrontamiento, se refiere a magnitud de confianza aumentada experimentada por las personas durante la transición.

Indicadores de resultado: son el resultado de la intervención de enfermería mientras la persona está atravesando una transición y tienen cinco subdimensiones: maestría, identidades integrativas fluidas, resultados de la salud, resultados de desarrollo y resultados comportamentales.

La maestría: los individuos demuestran competencia y confort con el desarrollo de las habilidades necesarias para manejar sus nuevas situaciones o ambientes.

La identidad integrativa fluida definida como una reformulación de la identidad que pasa de ser estable a fluida y de estable a dinámica.

Los resultados de salud entendidos como el bienestar específico de la transición o el malestar, resultado de la transición y la calidad de vida subsecuente a la transición.

Los resultados de desarrollo definidos como la extensión de la autonomía o independencia en los comportamientos y la toma de decisiones relacionados con la transición con un objetivo para lograr el autocuidado.

Los resultados comportamentales definidos como la capacidad de realizar bien las tareas de autogestión, la meta de la auto-gestión es el mantenimiento de bienestar.

Terapéutica de enfermería

Todas las actividades de enfermería y las acciones diseñadas para atender a los clientes de enfermería, específicamente estas intervenciones o acciones pueden modificar o influir los resultados de una transición. Las dimensiones de la terapéutica de enfermería son la evaluación de la preparación, la evaluación del riesgo, la preparación de la transición, suplementación de rol, la creación de un ambiente saludable y el monitoreo.(66)

Proposiciones relacionales

- Las transiciones son complejas y multidimensionales, tiene patrones de multiplicidad y complejidad.
- Todas las transiciones están caracterizadas por un flujo y movimiento en el tiempo.
- Las transiciones causan cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de comportamiento.
- Las transiciones implican un proceso de movimiento y cambio en patrones de vida fundamentales, que se manifiestan en todos los individuos.
- El cambio y la diferencia no son intercambiables ni sinónimos de transición. Transición. Resultan en cambio y son el resultado del cambio.
- La vida diaria de los clientes, entorno e interacciones son conformadas por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de experiencias en la transición.

- La vulnerabilidad está relacionada a la experiencia de transición, interacciones y condiciones del medio ambiente que exponen a los individuos a un daño potencial, recuperación problemática o extendida, o retraso o poco saludable.
- Las enfermeras son los cuidadores primarios de pacientes y familias que están sufriendo la transición.(67)

Afirmaciones teóricas

- El desarrollo, la situación, la salud, la enfermedad y las transiciones organizacionales son fundamentales para la práctica de la enfermería.
- Los patrones de transición incluyen si el cliente está experimentando una transición simple o múltiple, si la transición es secuencial o simultánea, el grado de superposición entre las transiciones y la naturaleza de las relaciones entre los diferentes eventos que están desencadenando la transición para el cliente.
- Propiedades de la experiencia de la transición son partes interrelacionadas de procesos complejos.
- El nivel de conciencia influye el nivel de compromiso, en el cual el compromiso podría no ocurrir sin conciencia.
- Las percepciones de los seres humanos y los significados vinculados a las situaciones de salud y enfermedad están influenciadas por las condiciones en las que se produce una transición.
- La transición saludable se caracteriza por indicadores tanto de procesos como de resultados.

- La negociación de las transiciones exitosas depende del desarrollo de una relación efectiva entre la enfermera y el cliente (terapéutica enfermería). Estas relaciones son un proceso altamente recíproco que afecta tanto al cliente como a la enfermera.(67)

A continuación, se presenta la aplicación de los conceptos de la teoría a esta investigación:

Tabla 1: *Aplicación de la Teoría de las Transiciones a la Investigación*

Conceptos de la Teoría	Subconceptos de la Teoría	Aplicación de los conceptos de la Teoría de las Transiciones a la investigación	Operacionalización de los conceptos
Tipos de transición	Salud y enfermedad	No aplica	No aplica
	Situacional y organizativo	No aplica	No aplica
	Desarrollo	Nacimiento	Criterios que se consideraron en la transición: Madres a partir de la semana 34 de gestación, primíparas que asistieran con el familiar, que estuvieran orientada en tiempo, lugar y persona.
Patrones de transición	Multiplicidad	<u>Simultaneidad:</u> nacimiento+ cambio de rol de las madres + modificación del entorno del lactante menor a la hora de dormir.	Se evaluaron las condiciones en las que duermen los bebés, teniendo en cuenta: posición del sueño, superficie firme, separar la ubicación del sueño y compartir habitación, seguridad de la ropa de cama, evitar el sobrecalentamiento y el uso del chupete. Instrumento utilizado: <i>Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn Sleep</i> (Anexo J).
	Complejidad		
Propiedades de la experiencia de la transición	Conciencia	Percepción y conocimiento de la madre acerca las	Nivel de conocimiento de las madres acerca de la práctica de sueño seguro medida en 3 momentos de la

	prácticas de sueño seguro durante la transición.	intervención educativa: en la sesión 1, aplicando formato ad hoc diseñado por la investigadora que evaluó el conocimiento previo de las madres sobre la práctica de sueño seguro (Anexo B); en la sesión 5 donde se realizó la llamada telefónica y se aplicó el formado ad hoc diseñado por la investigadora que evaluó conocimiento y seguimiento en el hogar (Anexo I) y por último en la sesión 6 se realizó una visita domiciliaria y se aplicó el formato Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn Sleep (13) que evaluó conocimiento y adherencia (Anexo J).
Compromiso	Disposición por parte de las madres para brindar seguridad al lactante menor durante la transición, adherencia a la intervención de enfermería y a las recomendaciones en casa.	Participación en la intervención educativa de enfermería “Durmiendo seguro” Medición: Registro de asistencia, cumplimiento de todas las sesiones de la intervención educativa. Evaluación de la adherencia a la práctica o el seguimiento de las recomendaciones en relación al sueño seguro. Instrumento: Parent Newborn Sleep Safety Survey (Anexo J).
Cambio – diferencia	Cambio en el nivel de conocimiento y adherencia para seguir las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro.	Nivel de conocimiento de las madres acerca de la práctica de sueño seguro medida en 3 momentos de la intervención educativa: en la sesión 1, aplicando formato ad hoc diseñado por la investigadora que evaluó el conocimiento previo de las madres sobre la práctica de sueño seguro (Anexo B); en la sesión 2 donde se realizó la llamada telefónica y se aplicó el formado ad hoc diseñado por la investigadora que evaluó conocimiento y seguimiento en el hogar.

Evaluación de la adherencia a la práctica o el seguimiento de las recomendaciones en relación al sueño seguro. Instrumento: Parent Newborn Sleep Safety Survey (Anexo J).

Tiempo

Desde la semana 34 de gestación (prenatal), hasta tres meses después del nacimiento.

Desarrollo de la intervención en el periodo previsto.
1 momento: semana 34 de gestación, 2 momento: semana 35 a la 37 de gestación, 3 momento: al primer mes de vida del bebé, 4 momento: al tercer mes de vida del bebé.

Puntos críticos y fenómenos

No aplica

No aplica

Condiciones de las experiencias de las transiciones

Personales, comunitarios y sociales

Edad, nivel educativo, nivel sociocultural y económico, convivencia actual con la pareja, convivencia con otros miembros, apoyo para el cuidado del recién nacido, disponibilidad de espacio exclusivo para el sueño del recién nacido, factores de riesgo: hábito de fumar, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

Datos sociodemográficos y factores de riesgo. Formato de recolección de datos sociodemográficos y de factores de riesgo ad hoc diseñado por la investigadora para el estudio (Anexo A).

Patrones de respuesta	Indicadores de proceso	Participación y asistencia activa de madres a la intervención educativa de enfermería “Durmiendo Seguro”.	Registro de asistencia y cumplimiento de todas las actividades de la intervención educativa de enfermería “Durmiendo seguro”.
	Indicadores de resultado	Maestría: Conocimiento y adherencia, en relación a la práctica de sueño seguro para favorecer la seguridad infantil.	Para la fidelidad en el desarrollo de la intervención se corrobora que todas las madres recibieran las mismas actividades de la sesión educativa. Además, los formatos, instrumentos y guías aplicados fueron los mismos para todas las participantes en el tiempo previsto. Instrumento: Parent Newborn Sleep Safety Survey (Anexo J).
Terapéutica de Enfermería	No aplica	Intervención educativa de enfermería “Durmiendo Seguro” que incluye sesiones educativas, simulación, seguimiento telefónico y visita domiciliaria.	Intervención educativa “Durmiendo Seguro”, que consta de 6 sesiones que son: sesión 1: Explorando conocimiento sobre el Sueño Seguro, sesión 2: Feria educativa: ¿Qué debo saber acerca de la seguridad de mi bebé?, sesión 3: Refuerzo y aplico mis conocimientos sobre el Sueño Seguro (simulación), sesión 4 Listos para ir a casa: Mi bebé dormirá seguro, sesión 5: Comunicándonos con las madres para acompañar el sueño seguro (llamada telefónica de seguimiento) y la sesión 6: Ambiente adecuado para el Sueño Seguro (visita domiciliaria).

Tabla 2: *Proposiciones Relacionales y Afirmaciones Teóricas que atiende esta Investigación*

Aplicado a la investigación		
Proposiciones relacionales	Las transiciones causan cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de comportamiento.	Las madres participantes lograron cambios de habilidades y de conocimiento en relación con la práctica de sueño seguro, aspecto que favorece la transición saludable.

<p>La vida diaria de los clientes, entorno e interacciones son conformadas por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de experiencias en la transición.</p>	<p>Con la intervención educativa se logró un proceso de transición en el entorno de las participantes, modificando conocimientos y favoreciendo ambientes de sueño seguro.</p>	
<p>La vulnerabilidad está relacionada a la experiencia de transición, interacciones y condiciones del medio ambiente que exponen a los individuos a un daño potencial, recuperación problemática o extendida, o retraso o poco saludable.</p>	<p>La vulnerabilidad que se vio reflejada durante la intervención fue en el grupo de las madres que no tenían un lugar exclusivo para dormir, aspecto que afecta el seguimiento de las recomendaciones para la práctica de sueño seguro.</p>	
<p>Las enfermeras son los cuidadores primarios de pacientes y familias que están sufriendo la transición.</p>	<p>La actividad educativa fue liderada y creada por enfermería con el propósito apoyar la transición de las madres y la seguridad del lactante menor.</p>	
<p>Los patrones de transición incluyen si el cliente está experimentando una transición simple o múltiple, si la transición es secuencial o simultánea, el grado de superposición entre las transiciones y la naturaleza de las relaciones entre los diferentes eventos que están desencadenando la transición para el cliente.</p>	<p>Las participantes experimentaron una transición múltiple y secuencial dado al inicio de su nuevo rol como madres y además como cuidadoras que promueven la práctica de sueño seguro.</p>	
<p>Afirmaciones Teóricas</p>	<p>Propiedades de la experiencia de la transición son partes interrelacionadas de procesos complejos.</p>	<p>El experimentar una transición por parte de las participantes y sus acompañantes implicó un proceso complejo, pero no absoluto, dado a los conocimientos previos y erróneos sobre el sueño seguro.</p>
	<p>El nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso, en el cual el compromiso podría no ocurrir sin conciencia.</p>	<p>En la intervención de enfermería como primer momento se evaluó el nivel de conocimiento tenían previo a la intervención para luego aplicar esta estrategia educativa motivando en las madres el compromiso de</p>

	ejercer una buena práctica de sueño seguro.
Las percepciones de los seres humanos y los significados vinculados a las situaciones de salud y enfermedad están influenciadas por las condiciones en las que se produce una transición.	El acompañamiento de los familiares durante la intervención permitió controlar aquellas influencias culturales que de alguna manera podrían afectar este proceso de transición.
La transición saludable se caracteriza por indicadores tanto de procesos como de resultados.	Si fueron aplicados, ver tabla 1.
La negociación de las transiciones exitosas depende del desarrollo de una relación efectiva entre la enfermera y el cliente (terapéutica enfermería). Estas relaciones son un proceso altamente recíproco que afecta tanto al cliente como a la enfermera (67).	Se logró una relación cercana entre la investigadora y las participantes. Se observó asistencia y cumplimiento total de las sesiones de la intervención educativa por parte de las madres.

Elaboración propia

2.2 Estado del arte

Un evento de SIMS se asocia con el concepto de “triple riesgo”. Se trata de un proceso que incluye la vulnerabilidad intrínseca del infante por factores biológicos, un periodo crítico entre los dos y seis meses de edad (en el que no se ha desarrollado adecuadamente el control homeostático del cuerpo) y un estresor postnatal exógeno que desencadena el episodio (7). La sumatoria de más de uno de estos factores de riesgo crea una mayor probabilidad de que se produzca una muerte asociada a SIMS.

El desarrollo de componentes de un ambiente de sueño seguro para el bebé con el fin de reducir los factores de riesgo del SIMS, ha sido un tema ampliamente investigado durante los últimos 25 años. De hecho, *la creación de un entorno de sueño seguro* es la iniciativa principal para reducir el riesgo de Síndrome de muerte súbita infantil y Muerte infantil súbita inesperada (33).

Las recomendaciones de la AAP (2016) en relación a la Práctica de Sueño Seguro para reducir la muerte relacionada con el sueño incluyen (43):

- Colocar al bebé boca arriba para dormir sobre una superficie firme durante la siesta y por la noche. Los bebés que duermen boca arriba son mucho menos propensos a morir a causa del síndrome de muerte súbita que aquellos que duermen boca abajo o de lado. Los bebés que están acostumbrados a dormir boca arriba y luego se colocan boca abajo como para una siesta, corren un riesgo muy alto de morir por el SIMS (68).
- Usar una superficie firme y plana, como un colchón en una cuna que cumpla con las normas de seguridad, cubierta con una sábana ajustable. No incluir ningún otro tipo de ropa de cama ni objetos acolchonados en el lugar de dormir. Los bebés que duermen en una superficie blanda como un colchón para adultos y con cobijas o edredón pesados, son más propensos a morir a causa del SIMS o de asfixia.
- No colocar objetos como juguetes, protectores para cunas y cobertores en la cama de manera suelta o debajo del bebé. Mantener estos artículos fuera del lugar donde duerme el bebé reduce el riesgo de SIMS, asfixia, atrapamiento y estrangulación. No se recomienda el uso de protectores para cuna, debido a que la evidencia no respalda la noción de que el uso de ellos previene lesiones. Los protectores para cuna están relacionados con las lesiones graves, muertes por asfixia, atrapamiento y estrangulación (16).
- Compartir el dormitorio con los padres, pero no la misma superficie para dormir, preferiblemente hasta que el bebé cumpla un año de vida, pero al menos durante los primeros seis meses. Compartir la habitación disminuye el riesgo de SIMS hasta en un 50%.
- No consumir y evitar la exposición del bebé al humo, alcohol y drogas ilícitas.

- Se recomienda el cuidado piel a piel, independientemente de la alimentación o el método de administración, inmediatamente después del nacimiento durante al menos una hora tan pronto como la madre esté médicamente estable y despierta, según el informe.
- La lactancia materna también se recomienda como una protección adicional contra el SIMS. Trae consigo beneficios para la salud de la madre y del bebé. Después de alimentarse, la AAP alienta a los padres a trasladar al bebé a su espacio separado para dormir, preferiblemente una cuna o moisés en el dormitorio de los padres. Si la madre se queda dormida mientras alimenta o calma a su bebé sobre una cama de adultos, regresarlo al lugar designado para él tan pronto como se despierte. Volpe (2013) expresa que, mientras más tiempo un padre y un bebé comparten la cama, mayor será el riesgo de que el bebé muera por causas relacionadas con el sueño (69).
- Evitar el sobrecalentamiento. Evitar sobre abrigar al bebé. Los padres deben vigilar los signos de sobrecalentamiento como sudoración y sensación caliente al tacto de la piel. Mantener la cara y la cabeza del bebé descubierta mientras duerme.
- Ofrecer un chupete a la hora de la siesta y a la hora de acostarse. Este chupo no debe estar sujetado con lazo, ropa, juguete de peluche o manta, que conlleve a un riesgo de asfixia, sofocación o estrangulación. No se debe forzar al bebé para que use el chupo, si el chupo se cae de la boca del bebé mientras duerme, no hay necesidad de volver a ponérselo. Los chupos reducen el riesgo de SIMS en todos los bebés, incluidos los bebés amamantados (16).
- No utilizar monitores domésticos o dispositivos comerciales, incluidas cuñas o posicionadores, comercializados para reducir el riesgo de SIMS. La evidencia no respalda la seguridad o efectividad de estos objetos que aseguran que mantienen a los bebés en

una posición específica o que reducen el riesgo de SIMS, asfixia o reflujo. De hecho, mucho de estos productos están vinculados a lesiones y muertes, especialmente cuando se utilizan en el lugar donde duerme el bebé (16).

- Los bebés deben recibir todas las vacunas recomendadas. Las vacunas no solo protegen la salud de los bebés, sino que existen investigaciones que demuestran que los bebés vacunados corren un riesgo menor de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante (69).
- El tiempo boca abajo se recomienda cuando los bebés están despiertos y supervisados, este favorece el desarrollo psicomotor y evita la plagiocefalia.
- Basados en estas recomendaciones numerosos profesionales han realizado estrategias de intervención e investigación en pro de mejorar la seguridad infantil:

Newberry en (2019) describe la influencia que tienen las enfermeras cuando modelan las prácticas de sueño seguro para los bebés, y disipa las ideas erróneas que las enfermeras pueden tener con respecto a los ambientes seguros para dormir. Un componente clave a la hora de proporcionar educación sobre el sueño seguro es la competencia cultural, antes de implementar cualquier programa de educación de enfermería se deben evaluar las propias creencias y prejuicios culturales de la enfermera. Completar esta evaluación le permite a la enfermera comprender las prácticas actuales y cualquier barrera para proporcionar un ambiente seguro para dormir. Comprender las propias creencias y prejuicios también permite a la enfermera brindar una educación más integral a los padres y establecer una línea abierta de comunicación con ellos. Cuando la educación y la competencia cultural se combinan, la información proporcionada tiene una mayor probabilidad de éxito en el cambio de comportamientos y prácticas (33).

Hutton (2017) realizó un ensayo clínico aleatorizado para medir la adherencia y el conocimiento del sueño seguro en una población de alto riesgo comparando el uso de un libro versus un folleto. La adherencia al uso exclusivo de la cuna y el evitar compartir la cama fueron mayores en el grupo de personas que recibió la estrategia mediada por libros, esto es atribuible a un diálogo mejorado, legibilidad y compromiso emocional, por lo contrario, los folletos contenían mensajes explícitos y sin justificaciones. A pesar de estas discrepancias, no hubo una diferencia significativa en los puntajes totales de conocimiento de sueño seguro entre el libro y el folleto. Los libros son un modo prometedor de orientación anticipatoria, en especial en el entorno familiar dado a que proporcionan una visión natural acerca de cómo el conocimiento del sueño seguro puede asimilarse y traducirse en adherencia. Se considera que estos hallazgos son valiosos para ayudar a desarrollar enfoques alternativos que aborden las barreras culturales y de alfabetización y mejoren los resultados de salud infantil (52).

Carolyn R (2015) evaluó la efectividad del uso de una manta portátil como herramienta para promover la seguridad infantil, los participantes respondieron que esta manta les ayudo a recordar la práctica de sueño seguro y a compartir esta información con otros cuidadores infantiles. Esta autora pudo identificar factores que pueden reducir la probabilidad de que los cuidadores sigan las recomendaciones de AAP, incluso recibir consejos contradictorios y temor a asfixia o incomodidad. Esto debido a que la información y la manta suministrada fue por personas que no trabajan en el área de la salud, y también a que la dosis de intervención fue demasiado pequeña. Sugiere que futuros estudios deben evaluar la efectividad de las mantas proporcionadas directamente por personal médico, junto con asesoramiento personalizado a los cuidadores sobre ubicación, el lugar y el entorno del sueño infantil (70).

Keene (2015) comparó los datos de una encuesta auto diligenciada de sueño seguro de una agencia de servicios sociales de la comunidad que se encargaban de proporcionar un programa que permite monitorear el embarazo en alto riesgo; y de un centro de atención primaria en el cual asistían madres con sus lactantes para control. El 54% de las maternas que asistía a la agencia de servicios sociales de la comunidad tenía conocimiento acerca la práctica de sueño seguro, un 85% informó que acostar a los bebés boca arriba era la posición más segura para dormir, pero solo el 69% lo practicaba. Esto se podría ver influenciado por factores culturales, que podrían modificarse a través de un esfuerzo integral basado en la comunidad. Los hallazgos de los análisis logísticos respaldan la investigación previa y resaltan aún más la necesidad de intervenciones dirigidas hacia poblaciones negras y menos educadas. Keene concluyó que la educación para un sueño seguro debía comenzar durante el embarazo y reforzarse consistentemente durante todo el embarazo y el primer año del niño. Las investigaciones sugieren que la comunicación constante sobre condiciones de sueño seguro podría ayudar a construir la confianza entre las madres y los proveedores de servicios comunitarios o de atención primaria. Sin embargo , antes de que se inicie una intervención educativa comunitaria se necesitan datos de referencia en los cuales se puedan identificar factores influyentes que alteren el momento (71).

Por otra parte, Rowe y colaboradores (2016) llevaron a cabo un proyecto de mejora de la calidad para la implementación de prácticas de sueño seguro en un gran hospital infantil estadounidense. La intervención involucró la educación del personal y la estandarización de las prácticas de sueño infantil utilizando un enfoque multifacético. Las auditorías de seguridad del sueño mostraron una mejora de 23% a 34% ($p < 0,001$) después de la intervención. La confianza del personal para proporcionar educación a los cuidadores sobre las prácticas de sueño seguro

mostró un aumento significativo, permitiendo no solo modelar esta práctica en el centro de salud sino también en el hogar, reafirmando la importancia de la orientación anticipada por parte de las enfermeras. Además, la asociación entre todas las disciplinas proporciona coherencia en la práctica y en el mensaje para los padres y cuidadores. Los resultados de este proyecto demostraron un enfoque exitoso para implementar la práctica de sueño seguro en el ámbito hospitalario, acompañado de un enfoque continuo en la práctica de sueño seguro. No requirió personal adicional y sólo un costo mínimo para obtener sacos de dormir a partir de estrategias como la donación (72).

Continuando con las intervenciones intrahospitalarias, Bethann (2015), implementó un paquete de medidas de seguridad para recién nacidos con el objetivo de prevenir caídas y promover el sueño seguro en un hospital de USA. Este paquete incluía un acuerdo de seguridad para padres, educación, enseñanza y modelado de roles de prácticas de sueño seguro y por último la implementación de un sistema de informe para evitar caídas. El paquete de seguridad infantil se integró como un estándar en la práctica clínica y se adoptó para la cultura de la práctica de enfermería en todas las unidades clínicas. Las enfermeras continúan identificando, informando y educando a los padres sobre las situaciones de sueño inseguro como parte de su práctica habitual. Después de la implementación del programa, no hubo más informes de caídas y disminuyeron las situaciones de sueño inseguro. El aumento de la conciencia, la comprensión y la participación de los padres en la práctica segura del sueño crea y mantiene un entorno infantil más seguro en el entorno hospitalario (45).

Kuhlmann (2016) realizó el primer estudio que demuestra que la educación en el periodo prenatal en relación a las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría sobre la Práctica de Sueño Seguro puede fomentar que éstas se apliquen desde el momento del nacimiento del

bebé. La autora capacitó a los proveedores de un servicio obstétrico de un estado de USA y los animó a discutir el sueño seguro del bebé con las mujeres embarazadas en su cita de gestación de 28 o 36 semanas. Significativamente más mujeres post- intervención informaron que su proveedor había informado acerca la práctica de sueño seguro (78% vs 32%). Del mismo modo, el proveedor informo haber discutido las pautas de sueño seguro con las maternas (82% vs 12%). Kuhlmann, considera que asociarse con proveedores obstétricos para promover pautas de sueño seguro, permite la entrega prenatal de esta información y mejora el conocimiento e intenciones de las mujeres embarazadas con respecto al sueño seguro de los bebés, evitando posponer la educación hasta el nacimiento. Además, las decisiones de compra de objetos que se utilizaran en el ambiente de sueño del bebé a menudo ocurren antes del parto. La autora sugiere que una sola dosis de educación no es suficiente para abordar todas las percepciones erróneas de las madres sobre el sueño seguro, razón por la cual se debe integrar la educación continua durante los periodos perinatal y postnatal (29).

Basándonos en la anterior revisión de diferentes estudios se concluye que la intervención educativa brindada por enfermería tiene un efecto positivo en la Práctica de Sueño Seguro, dado a que enfermería aborda esta problemática de manera holística, enfocándose en la cultura, en las creencias, estado socioeconómico y demás situaciones que se trabajan de manera individualizada, logrando fortalecer la seguridad del lactante. Esta intervención educativa “Durmiendo Seguro”, logro mejorar el nivel de conocimiento y adherencia de 60 madres participantes que se captaron desde la etapa gestacional (34 semanas) y que se les realizo seguimiento hasta los 3 meses de vida del niño.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de diseño

Este estudio tuvo un abordaje cuantitativo, cuasi experimental donde la intención fue establecer la efectividad de una intervención educativa de enfermería al compararla con la intervención informativa habitual, en relación al nivel de conocimiento y adherencia que tenían las madres acerca de las Prácticas de Sueño Seguro, en un centro de atención en salud de Barranquilla durante el segundo semestre del 2019.

Tuvo un enfoque cuantitativo porque implicó un proceso sistemático, riguroso, objetivo y formal para generar información numérica acerca del problema. La investigación cuantitativa se lleva a cabo para describir nuevas situaciones, fenómenos o conceptos; examina las relaciones entre variables y determina la eficacia de tratamientos o intervenciones sobre resultados de salud (73). A su vez fue una investigación cuasi experimental debido a que el objetivo fue examinar las relaciones entre variables independientes y dependientes seleccionadas, para determinar los efectos de una intervención educativa de enfermería, sobre los resultados de los cuidadores. Los diseños cuasi experimentales tienen como finalidad examinar la efectividad de una intervención de enfermería sobre una variable dependiente con el fin de mejorar los resultados de la práctica enfermera (73). Se realizó un diseño de pre test y pos test con dos grupos. Al grupo experimental se le aplicó una prueba previa para determinar el estado inicial (nivel de conocimiento), después se le administró el tratamiento o intervención educativa y finalmente a los 3 meses aproximadamente se le aplicó una prueba posterior al estímulo para determinar el estado final, tal como lo afirma Hernández Sampieri (74). Al de comparación se le aplicó una prueba previa para determinar el estado inicial, después se siguió la intervención estándar de la institución y

finalmente a los 3 meses aproximadamente se le aplicó una prueba posterior al estímulo para determinar el estado final.

3.2 Población, muestra y el muestreo

3.2.1 Población

La población que permitió la exploración del efecto de la intervención educativa de enfermería *Durmiendo Seguro* sobre el conocimiento y la adherencia de las madres de la práctica de sueño seguro estuvo constituida por madres gestantes que asistieron a una institución hospitalaria de la ciudad de Barranquilla, durante el periodo de tiempo comprendido entre Abril – Mayo del 2019.

3.2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Madres a partir de la semana 34 de gestación, que asistieron a control con ginecología en una institución de salud de Barranquilla.
- Madres que asistieron con el familiar (pareja, abuela, etc.) que las apoyaría en el cuidado del recién nacido durante los 3 primeros meses de vida.
- Madres primíparas.
- Madres orientadas en tiempo, lugar y persona.
- Madres con capacidad para diligenciar las herramientas o instrumentos de medición.

Criterios de exclusión

- Madres gestantes que debieron ser transferidas a otra institución de salud.
- Madres de niños que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.
- Madres que no cumplieron con la dosis completa de la intervención educativa de enfermería *Durmiendo Seguro*.

3.2.3 Tamaño de la muestra y estrategia de muestreo

La expresión algebraica para el cálculo del tamaño de la muestra de cada grupo, hace referencia a la pauta propuesta por Schwertman en la determinación del tamaño requerido para sustentar el juzgamiento de la hipótesis nula de igualdad de promedios, bajo la admisión de homoscedasticidad y la condición de tamaño balanceado de las muestras (75). Esta expresión corresponde a:

$$n = 2 \left\{ \sqrt{\chi_{1-\alpha}^2(k-1) - (k-2) + z_{1-\beta}} \right\}^2 \left(\frac{\sigma}{\Delta} \right)^2$$

donde,

n : el tamaño de la muestra de cada grupo

α : la probabilidad de error tipo I

β : la probabilidad de error tipo II

k : el número de grupos

$\chi_{1-\alpha}^2(k-1)$: el percentil 100(1- α) de una distribución chi-cuadrado con ($k-1$) grados de libertad

$z_{1-\beta}$: el percentil 100(1- β) de una distribución normal estándar

σ : la desviación estándar de la variable de interés

Δ : diferencia máxima entre promedios para la consideración de β .

Para el caso particular, $k=4$, $\alpha=\beta=0,05$ y $\Delta=0,8\sigma$.

Con estos parámetros y acorde con la estrategia de análisis propuesta, el tamaño de muestra requerido fue de 60 madres para cada uno de los grupos.

En relación al muestreo, este fue no probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Estas fueron captadas durante la consulta por ginecoobstetricia. El

reclutamiento del grupo de comparación precedió al grupo experimental; esto es, de las madres concurrentes en la primera mitad del periodo de acopio de información se eligieron las que constituirían el grupo de comparación y recibirían la intervención habitual y en la segunda mitad del periodo se eligieron las madres que recibirían la intervención educativa de enfermería “Durmiendo Seguro”.

3.3 Variables

Tabla 3: *Operacionalización de las variables del estudio*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Intervención de enfermería <u>Independiente</u>	Conforme a la teoría que guio el estudio se entiende que el concepto intervención de enfermería es sinónimo del concepto <i>terapéutica de enfermería</i> , definido como <i>todas las actividades de enfermería y las acciones diseñadas para atender a los clientes de enfermería, específicamente estas intervenciones o acciones pueden modificar o influir los resultados de una transición (58)</i> .	Para este estudio, la intervención educativa de enfermería se denominó “ <i>Durmiendo seguro</i> ” y ofreció a las madres educación acerca las recomendaciones sobre las prácticas de sueño seguro, en esta se utilizó la simulación como estrategia pedagógica y además incluyo, seguimiento telefónico y visita domiciliaria.	Intervención habitual y la intervención Durmiendo Seguro
Puntaje global de Conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro <u>Dependiente</u>	Este concepto incluye el conocimiento y adherencia a una serie de recomendaciones en cuanto a prácticas y hábitos saludables de crianza, especialmente a la hora de dormir (56).	Nivel de conocimiento de las madres acerca de la práctica de sueño seguro medida en 3 momentos de la intervención educativa: en la sesión 1, aplicando formato ad hoc diseñado por la investigadora que evaluó el conocimiento previo de las madres sobre la práctica de sueño seguro (Anexo B); en la sesión 2 donde se realizó la llamada telefónica	Cuantitativa – Intervalo Esta variable se transformó a una escala entre 0 y 100

		<p>y se aplicó el formato ad hoc diseñado por la investigadora que evaluó conocimiento y seguimiento en el hogar (Anexo I) y por último en la sesión 6 se realizó una visita domiciliaria y se aplicó el formato Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn Sleep (13) que evaluó conocimiento y adherencia (Anexo J).</p>	
<p>Adherencia en relación a la práctica de sueño seguro <u>Dependiente</u></p>	<p>Este concepto incluye el conocimiento y adherencia a una serie de recomendaciones en cuanto a prácticas y hábitos saludables de crianza, especialmente a la hora de dormir (56).</p>	<p>Participación en la intervención educativa de enfermería “Durmiendo seguro” Medición: Registro de asistencia, cumplimiento de todas las sesiones de la intervención educativa. Evaluación de la adherencia a la práctica o el seguimiento de las recomendaciones en relación al sueño seguro. Instrumento: Parent Newborn Sleep Safety Survey (Anexo J).</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Edad materna <u>Contextual</u></p>	<p>Hace referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona (76)</p>	<p>Es la edad en años y meses cumplidos a partir de los 18 años desde el nacimiento al momento de aplicación de la intervención</p>	<p>Cuantitativa – Razón</p>
<p>Nivel socioeconómico <u>Contextual</u></p>	<p>Clasificación de las desigualdades existentes en una misma sociedad y clasificación socioeconómicamente de los individuos (77).</p>	<p>Clasificación socioeconómica de la vivienda de las madres participantes. 1- Estrato 1 2- Estrato 2 3- Estrato 3</p>	<p>Cualitativa – Nominal</p>

4- Estrato 4

<p>Nivel educativo <u>Contextual</u></p>	<p>Número de años de educación formal de una persona (77)</p>	<p>Es el número de estudios aprobados en educación formal o no formal de las madres participantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Técnica o tecnológica 7. Universitaria 	<p>Cualitativa – Ordinal</p>
<p>Convivencia actual con la pareja <u>Contextual</u></p>	<p>Condición de cada persona en lo referente a sus relaciones con la sociedad, la cual determina un vínculo matrimonial o de sociedad conyugal entre hombres y mujeres (77)</p>	<p>Estado que representa las madres participantes ante la sociedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Separado (a) 4. Viudo (a) 5. Unión libre 6. Otros 	<p>Cualitativa – Nominal</p>
<p>Convivencia con otros miembros de la familia <u>Contextual</u></p>	<p>Es compartir el mismo techo con otras personas, sean de la familia o de otro parentesco.</p>	<p>¿Cuántas personas viven en la vivienda?:</p> <p>1 a 3 personas 4 a 6 personas 7 a 9 personas Más de 9 personas</p>	<p>Cuantitativa - Nominal</p>
<p>Figura de apoyo para el cuidado del recién nacido <u>Contextual</u></p>	<p>Son cuidadores que prestan atención a las personas (niños, adultos y ancianos) que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad (78).</p>	<p>Figura de apoyo para el cuidado del recién nacido durante los primeros 3 meses de vida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Padre del bebé 2. Abuela (o) 3. Tía (o) 4. Hermana(o) 5. Otros 	<p>Cualitativa – Nominal</p>

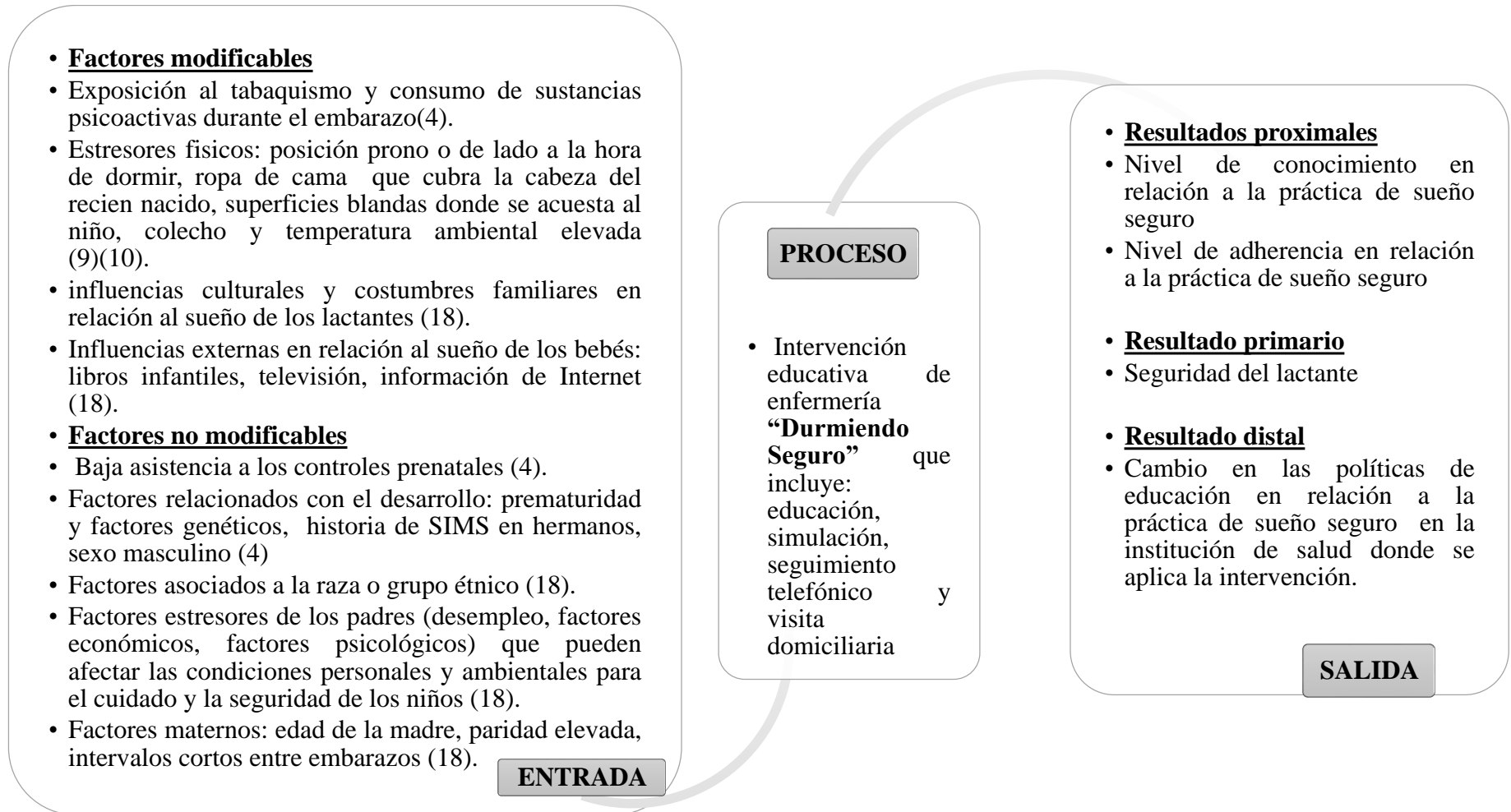
Consumo de cigarrillo en el hogar <u>Contextual</u>	Frecuencia en la que una persona consume cigarrillo (79).	¿Usted consume o ha consumido cigarrillo durante el embarazo?: Si No	Cuantitativa – Nominal
Consumo de alcohol y/o sustancias Psicoactivas <u>Contextual</u>	Frecuencia en la que una persona consume alcohol o sustancia psicoactiva.	¿Consume o ha consumido alguna sustancia psicoactiva durante el embarazo?: Si No	Cuantitativa – Nominal
Disponibilidad de un espacio exclusivo para el sueño del recién nacido <u>Moderadora</u>	Es el espacio exclusivo que debe tener el recién nacido para colocarlo a dormir.	Donde dormirá el recién nacido: En un corral En una cuna En la cama de los padres En la cama de los hermanos Otros _____	Cualitativa – Nominal

Variables del estudio, clasificación y nivel de medición (elaboración propia)

3.4 Hipótesis de la investigación

La intervención educativa de enfermería “Durmiendo Seguro” que incluyó: sesiones educativas, simulación, seguimiento telefónico y visita domiciliaria afecta el conocimiento y la adherencia en relación a la práctica de sueño seguro en las madres si se compara con la intervención informativa habitual.

Tabla 4: *Modelo lógico de la intervención Durmiendo Seguro*



A continuación se describe la intervención Durmiendo Seguro, siguiendo los lineamientos de Whittemore & Grey (80) en términos del modelo lógico y descripción de la misma (elaboración propia).

Tabla 5: *Diseño de la Intervención Durmiendo Seguro*

Detalle de la Intervención	Criterio	Descripción
Problema que requiere intervención	Problema de mayor interés a ser intervenido en una población de riesgo específico	<p>Las muertes en el período postneonatal son, en general, consideradas prevenibles y en gran parte asociadas con determinantes sociales de la salud. Aproximadamente el 94% de la muerte súbita inesperada en la infancia ocurre en el período postneonatal, donde es la principal categoría de muerte. Entre 1991 y 2001, las tasas de muerte súbita infantil disminuyeron drásticamente; con descensos atribuidos en gran medida a <u>campañas educativas</u> que aconsejaban a los padres colocar a los bebés dormir boca arriba (81).</p> <p>El sueño seguro incluye una serie de recomendaciones médicas en cuanto a prácticas y hábitos saludables de crianza, especialmente a la hora de dormir. Estas prácticas se han asociado, de acuerdo a la evidencia científica, con menor riesgo de síndrome de muerte súbita e inesperada de lactante (59).</p> <p>Existen recomendaciones sencillas y de bajo costo que permiten disminuir significativamente la frecuencia del SIMS como: la posición del sueño, colecho, lactancia materna, uso de chupete, sobrecalentamiento entre otras (43).</p>
A quién se dirige la intervención	Unidad de análisis	<p>Madres y familiar (pareja, abuela, etc.) que la apoyó en el cuidado del recién nacido durante los 3 primeros meses de vida.</p> <p>Los aspectos modificables a partir de la intervención educativa de enfermería <i>Durmiendo Seguro fueron:</i></p>
Ruta de intervención	Aspectos modificables a partir de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento acerca de los efectos negativos que ocasiona al niño la exposición al tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo y su relación con el riesgo de la muerte súbita. • Conocimiento acerca de los estresores físicos que aumentan el riesgo de los lactantes a la hora de dormir: <u>posición prona o de lado a la hora de dormir,</u>

		<p>ropa de cama que cubra la cabeza, superficies blandas donde se acuesta al niño, colecho y temperatura ambiental elevada. (9, 10).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y análisis respecto a mitos y realidades culturales y costumbres familiares en relación al sueño de los bebés. • Revisión y análisis respecto a influencias externas en relación al sueño de los bebés: libros infantiles, televisión, información de Internet.
	<p>Los contenidos y dominios que se abordan con la intervención</p>	<p>Recomendaciones de la Práctica de Sueño Seguro establecidas por la Academia Americana de Pediatría (43).</p>
<p>Cómo se desarrollará la intervención</p>	<p>Dosis y duración (número de sesiones, frecuencia, tiempo total)</p>	<p>La intervención tuvo una duración total de 6 sesiones distribuidas así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 sesión individual en el hospital donde se identificó el nivel de conocimiento sobre el sueño seguro. Las participantes tenían para ese entonces 34 semanas de gestación y se encontraban en cita control con el ginecólogo. El abordaje se hizo de manera individual y la duración de la sesión fue de 20 minutos. - 3 sesiones presenciales (1 sesión semanal) entre la semana 35 y la semana 37. Estas se realizaban de manera grupal y tenían una duración entre 50 y 70 minutos. - 1 sesión telefónica al mes de nacimiento del bebé, con una duración de 15 minutos por participante. - 1 sesión presencial en el hogar a los tres meses de vida del bebé. Duración de la visita: 45 minutos. Tiempo total de la intervención: 6 sesiones / 4 meses.
	<p>Estrategia de entrega</p>	<p>Individual y grupal</p>
	<p>Entorno o lugar de ejecución</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prenatal: Institución de salud participante 2. Hogar de las madres

	Recursos físicos y tecnológicos	<ul style="list-style-type: none">- Tableta- Formato de evaluación- Encuesta- Simuladores	<ul style="list-style-type: none">- Libro- Manta portátil- Lapiceros- Material educativo
Resultados	Resultados proximales, primarios, secundarios y distal	<p><u>Resultados proximales</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro- Adherencia en relación a la práctica de sueño seguro <p><u>Resultado primario</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Seguridad del lactante <p><u>Resultado distal</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Cambio en las políticas de educación en relación a la práctica de sueño seguro en la institución de salud donde se aplica la intervención.	

Basada en el esquema de desarrollo sistemático de intervenciones de cuidado de la salud de Whittemore y Grey (80) (elaboración propia)

Tabla 6: Descripción de cada componente de la intervención en relación a los conceptos teóricos y procedimiento

Concepto de la teoría	Subconcepto de la teoría	Objetivo	Descripción	Duración	Responsable	Ámbito de la intervención
Tipo de Transición	Situacional (nacimiento)	Identificar los factores de riesgo a partir de la intervención educativa de Enfermería Durmiendo Seguro	<p>Sesión # 1: Sesión individual: Explorando conocimiento sobre el Sueño Seguro</p> <p>Previo a la aceptación de los participantes a la intervención y de haber firmado el consentimiento informado (ver anexo M), se llevó a un espacio dispuesto para la aplicación del instrumento que valoro el grado de conocimiento de la madre acerca de la práctica de sueño seguro y los factores de riesgo modificables que pueden condicionar la experiencia de transición (ver anexo B). Además, se realizó el registro de los datos sociodemográficos (ver anexo A).</p> <p>Se concluyó esta sesión invitando a la madre a participar de la intervención educativa de enfermería</p>	20 minutos	Enfermera investigadora Madres	Consulta externa.
Condiciones de las experiencias de la transición	Personales, comunitarios y sociales.	Determinar los conocimientos previos de las madres sobre la práctica de sueño seguro.				

<p>Propiedades de la experiencia de la transición.</p>	<p>Conciencia</p>	<p>Brindar educación a las madres sobre la práctica de sueño seguro y la muerte súbita del lactante.</p>	<p>“Durmiendo Seguro”. Se entregó la invitación y el cronograma de las sesiones (ver anexo C). Además, se explicó a la madre las condiciones y requerimientos de la participación en términos de cumplimiento de las sesiones educativas como: asistir con el cuidador secundario, disponibilidad para atender el seguimiento telefónico y la visita domiciliaria.</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Enfermera investigadora Madres y familiar (pareja, abuela, etc.) Que las apoyará en el cuidado del recién nacido durante los 3 primeros meses de vida.</p>	<p>Aula de clase-bloque académico institución hospitalaria.</p>
	<p>Compromiso</p>		<p>Sesión # 2: Feria educativa ¿Qué debo saber acerca de la seguridad de mi bebé? En esta primera sesión se inició con la presentación de cada una de las participantes. Segundo, se retomó la información que se recogió en la sesión #1. Inmediatamente después se entregó a las madres una hoja de papel con colores indicándoles que dibujaran posición y el ambiente adecuado que debe tener un bebé a la hora de dormir. Para realizar esta actividad, las participantes y sus</p>	<p>5 Minutos</p>		

Cambio-
Diferencia

acompañantes tenían que realizar el dibujo entre los dos.
Se recogieron los dibujos y se procedió a la interpretación de estos, abriendo un espacio para el debate en relación al concepto: posición y ambiente adecuado para colocar al bebé a dormir. Luego se desarrollaron los temas con ayuda TIC (plantillas de PowerPoint) según se detalla a continuación:
¿Qué es la práctica de sueño seguro?
¿Cuáles son las recomendaciones que ofrece la AAP sobre el sueño seguro?
¿Cuáles son las ventajas y desventajas de realizar una práctica de sueño seguro?
¿Qué es la muerte súbita del lactante?
¿Cuáles son los factores de riesgo que ocasionan una muerte súbita?
Importancia de que los cuidadores secundarios conozcan esta práctica.

30
minutos

Tiempo

Por último, se realizó la dinámica llamada “mitos y realidades”. Esta consiste en que 5 participantes tomaron un papel donde había una frase sobre el sueño seguro, que luego debieron caracterizarla como mito o realidad según lo aprendido. A continuación, se mencionan cada una de las frases:

20
minutos

- 1. Hay cosas que puedo hacer para reducir el riesgo de la muerte infantil súbita e inesperada de mi bebé (realidad).*
- 2. Las vacunas pueden causar la muerte súbita de mi bebé (mito).*
- 3. Si pongo a mi bebé a dormir boca arriba, se puede ahogar (mito).*
- 4. Poner a mi bebé boca arriba causará que se le aplane la cabeza (mito).*
- 5. Fumar en cualquier lugar cerca del bebé puede aumentar el riesgo de la muerte infantil súbita e inesperada (realidad).*

Al terminar se realizó un debate en relación a los mitos y verdades establecidos en las preguntas donde además de participar las madres, también participaron los cuidadores secundarios.

Entrega de libro “Durmiendo Seguro” (ver anexo D). Este fue elaborado por la investigadora como parte del material educativo de apoyo a la intervención. Es un libro dinámico (imágenes y mensajes concisos) que le permitieron a la madre tener información sobre el sueño seguro en el hogar y además compartirlo con otros familiares.

El contenido que tiene el libro es:

- Muerte súbita del lactante.
 - Factores de riesgo que ocasionan la muerte súbita del lactante.
 - Práctica de sueño seguro
 - Recomendaciones de la AAP sobre el sueño seguro.
-

	- Cuidadores secundarios: conociendo el sueño seguro. Se creó un logo para la investigación educativa Durmiendo Seguro. (ver anexo E)			
Reforzar conocimiento previo a las madres y hacer participe a los cuidadores secundarios en este proceso.	<p>Sesión #3 Refuerzo y aplico mis conocimientos sobre el Sueño Seguro</p> <p>Formato De Planeación (Basado en Modelo de Escuela Superior de Enfermería, Coimbra – Portugal), Prebriefing, Debriefing.</p> <p>Este consiste en realizar un entrenamiento basado en simulación clínica que consta de una introducción (Prebriefing), escenario y una conversación repasada de lo sucedido. (Debriefing) (82).</p> <p>Se planteó un caso clínico simulado donde en cierto momento las madres y los acompañantes intervinieron de acuerdo a los conocimientos que tenían en relación al sueño seguro. Luego se realizó una mesa redonda donde conversamos</p>	60 minutos	Enfermera investigadora Madres y familiar (pareja, abuela, etc.)	Sala de simulación bloque académico institución hospitalaria

en relación a lo sucedido.
(Ver anexo F).

Patrones de la transición	Multiplicidad Complejidad	Fomentar y promover en las madres la importancia de aplicar lo aprendido en el curso “Durmiendo Seguro” al momento del nacimiento de su bebé.	<p>Sesión # 4: Listos para ir a casa: Mi Bebé Dormirá Seguro</p> <p>En esta sesión las madres y los acompañantes tuvieron la oportunidad de escuchar a un médico pediatra vocero de la práctica de sueño seguro, que les permitió luego de su explicación interactuar y resolver algunas dudas en relación al tema de interés.</p>	20 minutos	Enfermera investigadora Madres y familiar (pareja, abuela, etc.) Que las apoyará en el cuidado del recién nacido durante los 3 primeros meses de vida.	Aula de clase-bloque académico hospitalario.
			<p>Para reafirmar el conocimiento de las madres y de los acompañantes sobre el sueño seguro, se les entrego una hoja de papel y colores (como se realizó en la primera sesión) indicándoles que dibujaran y describieran posición y el ambiente adecuado que debe tener su bebé a la hora de dormir. Luego se comparó con los dibujos que habían realizado</p>	15 minutos		

en la primera sesión, identificando si había respuestas erradas y aclarando estas mismas.

Se hizo entrega de las mantas portátiles las cuales tienen una apariencia de saco o bolsa, con el fin de que las participantes utilizaran solo estas mantas con los bebés a la hora de dormir y no sabanas sueltas que predisponen a una asfixia neonatal. Se explicó su uso y se realizó la simulación de este (ver anexo G).

15
minutos

Por último, se hizo entrega de certificados (ver anexo H), se pidió a las participantes sus observaciones, sugerencias o agradecimientos, que de igual manera realizó la investigadora.

20
minutos

Refrigerio y entrega de obsequios que tenían como finalidad, agradecer a las madres por su participación. Estos obsequios eran insumos para uso del bebé (pañales

			desechables, pañitos húmedos, etc).			
Patrones de respuesta	Indicadores de proceso	Realizar un apoyo continuo a las madres durante su nuevo rol como cuidadoras en el hogar.	<p>Sesión # 5: Comunicándonos con las madres para acompañar el sueño seguro</p> <p>Para darle continuidad a este proceso y fortalecer el conocimiento y la adherencia a través del seguimiento, se realizó un nuevo contacto con las madres de manera telefónica, al mes de vida del lactante.</p> <p>Para esta sesión se utilizó un guion preestablecido, revisando el cumplimiento de las recomendaciones de la práctica de sueño seguro y además respondiendo dudas o preguntas si esta las tiene (ver anexo I).</p>	15 minutos	Enfermera investigadora Madre	Hogar
	Indicadores de resultado	Evaluar en las madres conocimiento, habilidad y adherencia en relación a la práctica de sueño seguro,	<p>Sesión # 6: Ambiente adecuado para el Sueño Seguro</p> <p>Al tercer mes de vida del lactante se realizó una visita domiciliaria que permitió evaluar conocimiento y la adherencia de las madres a</p>	45 minutos	Enfermera investigadora Madre	Hogar

favoreciendo la seguridad infantil.	las recomendaciones de la práctica de sueño seguro a partir de la observación directa y reforzar el cumplimiento de las mismas (13)(ver anexo J). Los cuidadores secundarios se encontraban presentes durante la visita en calidad de observadores.
-------------------------------------	---

TERAPÉUTICA DE ENFERMERIA / INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: “DURMIENDO SEGURO”

Elaboración propia

Tabla 7: *Procedimiento de la Intervención de Enfermería Durmiendo Seguro*

Momento	1	2	3	4
Tiempo	Semana 34 de gestación	Semana 35-37 de gestación	Primer mes de vida del lactante	Tercer mes de vida del lactante
Ámbito de intervención	Área hospitalaria/ bloque académico		Hogar	
Número de participantes	60 madres por grupo			
Grupo experimental	<p>Captación de las madres en la consulta por ginecología.</p> <p>Diligenciamiento del consentimiento informado.</p> <p>Aplicación de formato que evalúa conocimiento en relación a la Práctica de Sueño Seguro.</p> <p>Registro ad hoc de los datos sociodemográficos y factores de riesgo.</p> <p>Entrega de invitación para participación de intervención educativa “Durmiendo Seguro”.</p>	<p>Aplicación de la intervención educativa de enfermería “Durmiendo Seguro” que contiene 6 sesiones que son:</p> <p>Explorando conocimiento sobre el sueño seguro.</p> <p>¿Qué debo saber acerca de la seguridad de mi bebé?</p> <p>Refuerzo y aplico mis conocimientos sobre el Sueño Seguro.</p> <p>Listos para ir a casa: mi bebé dormirá seguro.</p>	<p>Sesión 5: Comunicándonos con las madres</p> <p>Llamada telefónica, seguimiento para reforzar conocimiento.</p>	<p>Sesión 6: Ambiente adecuado para el Sueño Seguro</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Aplicación de la Parent Newborn Sleep Safety Survey</p>

Tabla 8: *Procedimiento de la Intervención Habitual*

Momento	1	2	3	4
Tiempo	Semana 34 de gestación	Semana 35-37 de gestación	Primer mes de vida del lactante	Tercer mes de vida del lactante
Ámbito de intervención	Área hospitalaria	No aplica	No aplica	Hogar
Número de participantes	60 madres por grupo			
Grupo de comparación	Captación de las madres en la consulta por ginecología. Diligenciamiento del consentimiento informado. Aplicación de formato que evalúa conocimiento en relación a la Práctica de Sueño Seguro. Registro ad hoc de los datos sociodemográficos y factores de riesgo.	No aplica	No aplica	Visita domiciliaria Aplicación de la Parent Newborn Sleep Safety Survey

Elaboración propia

3.5 Formatos e Instrumentos de recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizaron:

1. Formato de recolección de datos sociodemográficos y de factores modificables y no modificables ad hoc diseñado por la investigadora para el estudio. Este incluyó: edad, nivel educativo, nivel sociocultural y económico, convivencia actual con la pareja, convivencia con otros miembros, figura de apoyo para el cuidado del recién nacido, disponibilidad de espacio exclusivo para el sueño del recién nacido, hábito de fumar, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (*anexo A*).

2. Formato ad hoc diseñado por la investigadora que evaluó el conocimiento previo de las madres sobre la práctica de sueño seguro que se aplicó antes de la intervención educativa. El instrumento se construyó utilizando las 12 recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (*anexo B*).
3. Formato de planeación basado en el Modelo de Escuela Superior de Enfermería, Coímbra-Portugal, que permitió plantear un caso clínico simulado, luego realizar un Prebriefing donde las madres y los acompañantes participaron en la simulación y por último un Debriefing planteado en una mesa redonda donde se conversó lo sucedido (*ver anexo F*).
4. Formato ad hoc diseñado por la investigadora, aplicado telefónicamente, que evaluó conocimiento y continuidad de las prácticas de sueño seguro en el hogar. El instrumento se construyó utilizando las 12 recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (*anexo I*).
5. Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn Sleep (13), herramienta para identificar a los niños en riesgo en el ambiente del hogar con relación a las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, centrándose en: a) posición de sueño supina, b) superficie de sueño firme, c) separar la ubicación del sueño y compartir habitación, d) seguridad de la ropa de cama (ropa de cama blanda o floja), e) evitar el sobrecalentamiento y f) el uso de un chupete. Este instrumento se divide en dos secciones una informativa que contiene 37 preguntas organizadas en siete secciones dirigidas a un área específica de interés. La *Sección 1* incluye preguntas sobre dónde duerme el bebé, la *Sección 2* preguntas sobre las superficies de sueño, la *Sección 3* pregunta sobre la cuna y el colchón, la *Sección 4* se centra en el colecho, la *Sección 5* pregunta sobre la ropa, el

uso de un chupete y la lactancia, *Sección 6* pregunta acerca de los otros cuidadores que están involucrados en el cuidado del bebé, y la *Sección 7* cubre información demográfica sobre la familia. Esta sección se utilizó con el fin de valorar el conocimiento en relación a la recomendación sobre sueño seguro durante la visita domiciliaria.

La segunda sesión es observacional, contiene 15 preguntas que evalúan cinco de las recomendaciones de la AAP relacionadas con las prácticas del sueño. Estas incluyen tres o cuatro tipos de respuestas (cada vez, la mayor parte del tiempo, algunas veces, nunca). En algunas preguntas se le pide al participante que señale lugares, objetos, etc., por ejemplo: “*Señale la ubicación de sueño usada a menudo*” (83). Esta sección se utilizó con el fin de valorar el conocimiento en relación a la recomendación sobre sueño seguro durante la visita domiciliaria.

El estudio de Whiteside-Mansell L et al (2017) indica que la Parent Newborn Sleep Safety Survey aporta información válida sobre el entorno físico del área de sueño del bebé. Reporta una concordancia adecuada entre las respuestas de los padres y los comportamientos observados, estos datos apoyan su confiabilidad. Muestran que 5 ítems tuvieron concordancia justa ($Kappa \geq .4$), 4 ítems mostraron concordancia moderada ($Kappa \geq .6$) y 1, excelente concordancia ($Kappa \geq .8$). Refieren que, aunque la observación directa de los comportamientos de seguridad es el estándar de oro en la prevención de lesiones, la observación directa es logísticamente difícil, consume tiempo y es costosa (83).

Para el uso de la Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent Newborn Sleep en la presente investigación se solicitó autorización a las autoras para su uso. Posteriormente se realizó la traducción al español y revisión de la comprensión y claridad de la versión generada por parte del equipo de investigación. Dado que el instrumento se fundamenta en la Recomendaciones de

la Academia Americana de Pediatría y que éstas son mundialmente aceptadas no se consideró necesario realizar validación de contenido y / o constructo. (*Anexo J, K, L*).

3.6 Análisis estadístico

El análisis estadístico fue análogo a un diseño experimental de dos factores con dos niveles cada uno así:

Factor 1: Intervención

Nivel 1: intervención informativa habitual

Nivel 2: intervención educativa de enfermería *Durmiendo Seguro*

Factor 2: Disponibilidad de espacio para el sueño del recién nacido

Nivel 1: Espacio individual exclusivo destinado para el sueño del recién nacido

Nivel 2: Espacio compartido destinado para el sueño del recién nacido

Respuestas

Conocimiento (*y*) de la práctica de sueño seguro, con nivel de intervalo, cuyo modelo no incluye interacción.

$$y = \mu_y + \tau_y + \delta_y + \epsilon$$

Adherencia (*w*) a la práctica de sueño seguro, con nivel de intervalo, cuyo modelo no incluye interacción.

$$w = \mu_w + \tau_w + w +$$

Siendo τ el efecto de la intervención y δ el efecto de la disponibilidad de espacio.

De acuerdo a los resultados del análisis de varianza se procederá a lugar a un análisis de comparaciones múltiples.

El procesamiento de los datos se realizó a través del SPSS 22.0 licenciado por la Universidad de La Sabana.

3.7 Consideraciones éticas, ambientales y disposiciones legales vigentes

Teniendo en cuenta la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia se catalogó el presente estudio, como “investigación con riesgo mínimo”. El reclutamiento de las madres se hizo de manera voluntaria, después de una explicación precisa sobre los alcances y objetivos de la investigación y estas dieron su autorización por escrito mediante el consentimiento informado (*anexo M*)

Se explicó que el diligenciamiento de las herramientas de medición no tenía ninguna repercusión negativa o positiva en la persona que la diligenciaba, ni intereses adicionales a los académicos y al conocimiento derivado que beneficiará a madres y niños posteriormente.

Las consideraciones éticas bajo las cuáles se regulo la investigación, contemplaron los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, respeto a la dignidad humana y justicia. Además, se dio trato confidencial a la información para preservar la identidad de las personas e instituciones participantes. También se dio la posibilidad del retiro voluntario si las madres participantes así lo deseaban. La información obtenida será guardada por la investigadora principal durante un periodo de 12 meses posteriores a la finalización de la recolección, tiempo después del cual será eliminada.

Además, se genera el compromiso frente a la divulgación de los resultados de la investigación a las empresas o entidades que participaron como sujetos de investigación en el proyecto y a publicar los resultados a través de los medios más idóneos, respetando los derechos de autor y propiedad intelectual correspondientes.

Por su naturaleza, el estudio no tuvo un impacto ambiental negativo. Sin embargo, atendiendo la política de compromiso con el medio ambiente, los autores se comprometieron con el uso responsable de recursos como papel, energía y manejo adecuado de desechos.

3.8 Propiedad Intelectual

Los investigadores se comprometieron a que la autoría y coautoría de las publicaciones derivadas del proyecto será acordada entre los investigadores en función de su participación en el mismo y de su papel como generadores de los resultados a divulgar. Así mismo, los investigadores se comprometieron a dar los créditos correspondientes a la Universidad de La Sabana en cualquier documento o publicación que resulte del proyecto citando además el título y código del mismo a través del cual se obtuvieron los recursos para su financiación.

4. RESULTADOS

4.1 Descripción sociodemográfica de la muestra

Esta investigación evaluó el efecto de la intervención educativa de enfermería “Durmiendo Seguro” versus la intervención informativa habitual sobre el conocimiento y adherencia a la Práctica de Sueño Seguro de 120 mujeres gestantes que asistieron a una institución de salud de Barranquilla.

El análisis de los resultados incluyó: la descripción y comparación de los aspectos sociodemográficos, la exploración de normalidad en el comportamiento de los datos, comparación de puntajes globales entre momentos de medición y comparación de las frecuencias de respuesta a cada uno de los ítems entre momentos de medición.

Las características sociodemográficas se resumen en la tabla número 9.

Tabla 9: *Características Sociodemográficas*

	Comparación		Intervención		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Procedencia	Barranquilla	13	21,7	9	15
	Soledad	31	51,7	28	47
	Santo Tomas	5	8,3	5	8,4
	Juan de A	3	5	4	6,7
	Malambo	7	11,7	7	11,7
	Palmar	1	1,6	4	6,7
	Baranoa	0	0	3	5
Ocupación de la madre	Empleado	7	11,6	13	21,6
	Trabajador independiente	6	10	2	3,4
	Ama de casa	42	70	30	50
	Desempleado	0	0	2	3,4
	Estudiante	5	8,4	13	21,6
Estado Civil	Soltero	4	6,7	14	23,3
	Casado	7	11,6	15	25
	Viudo	0	0	1	1,7
	Unión libre	49	81,6	30	50
Nivel Educativo	Primaria completa	1	1,7	1	1,7

	Primaria incompleta	1	1,7	3	5
	Secundaria completa	28	46,6	20	33,3
	Secundaria incompleta	15	25	16	26,7
	Técnica o Tecnológica	9	15	15	25
	Universitaria	6	10	5	8,3
Atención especial	Desplazados	12	20	4	6,6
	Indígenas	1	1,7	0	0
	No aplica	47	78,3	55	92
	Afrodescendientes	0	0	1	1,7
Afilación	Contributivo	10	16,6	16	26,6
	Subsidiado	50	83,4	44	73,4
Estrato	I	48	80	45	75
	II	12	20	13	21,6
	III	0	0	2	3,4

Elaboración propia

Respecto a la caracterización de los grupos se observó que en el municipio de Soledad se concentró el mayor porcentaje de madres para los dos grupos. La unión libre fue el estado civil predominante, los niveles de formación académica secundaria, técnica y universitaria, en ambos grupos, concentraron más del 70% de las madres participantes. En su mayoría eran amas de casa y solo un 23% eran empleadas. Más del 90% pertenecían al nivel socioeconómico 1 y 2 y el 78% pertenecían al régimen subsidiado. Por otra parte, no se encontró un porcentaje alto en algunos de los regímenes de atención especial, solo un 15% se caracterizó como desplazado, indígena y afrodescendiente.

Dada la influencia que puede ejercer la variable *lugar exclusivo para dormir* en el efecto de la intervención sobre el conocimiento y adherencia en relación a las recomendaciones de la práctica de sueño seguro, porque en este se logra concretar la mayoría de las recomendaciones de la AAP (dormir con los padres en la misma habitación y no en la misma cama, no uso de almohadas, juguetes, posición boca arriba, etc.)(68) esta fue considerada como una variable moderadora y por consiguiente como factor de análisis. La tabla número 10 presenta la distribución.

Tabla 10: *Comparación Lugar Exclusivo para Dormir por Grupo*

		Comparación		Intervención		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Lugar para dormir	Lugar exclusivo para dormir	36	60	30	50	66	55
	Sin lugar exclusivo para dormir	24	40	30	50	54	45
	Total	60	100	60	100	120	100

Elaboración propia

Dada esta distribución en análisis posteriores se conformaron 4 grupos siguiendo la estructura de análisis propuesta y una codificación así:

- 10. Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir (n=24)
- 11. Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir (n=36)
- 20. Grupo experimental sin lugar exclusivo para dormir (n=30)
- 21. Grupo experimental con lugar exclusivo para dormir (n=30)

4.2 Exploración de la normalidad de los datos

Previo al desarrollo de los análisis comparativos se exploró la normalidad de los datos de la variable puntaje global del nivel de conocimiento a las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro, a través de la prueba de Kolmogorov Smirnov, como puede apreciarse en la tabla número 11, los resultados permiten afirmar que no hay evidencia suficiente para adoptar el modelo gaussiano y por lo tanto se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis.

Tabla 11: *Resumen de Prueba Hipótesis Kolmogorov Smirnov*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de globalmomento ¹ es normal con la media 51,28 y la desviación estándar 15,429.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,040 ¹	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de globalmomento ² es normal con la media 97,78 y la desviación estándar 5,762.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ¹	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de globalmomento ³ es normal con la media 64,58 y la desviación estándar 14,711.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,017 ¹	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05

¹Lilliefors corregida

4.3 Comparación de la distribución estadística del puntaje global del nivel de conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro entre momentos de medición M1, M2, M3.

La medición del nivel de conocimiento de las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro se realizó en tres momentos así: momento 1 (M1) medición inicial o línea de base la cual evaluó conocimiento; momento 2 (M2) medición durante el seguimiento telefónico que evaluó conocimiento y el momento 3 (M3) medición de la línea de resultado que evaluó conocimiento y adherencia.

A través de la prueba de Kruskal Wallis se exploraron las diferencias en la distribución estadística del puntaje global entre momentos de medición M1, M2 y M3. Como puede observarse en la tabla número 12, la distribución estadística de los puntajes en la medición inicial (M1) es idéntica en los grupos (valor $p = 0.069$), lo que permite afirmar que los grupos eran homogéneos en la línea de base. Se observa además que en el M2 y M3, la distribución del puntaje global difiere entre los grupos experimental y de comparación.

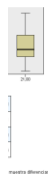
Para visualizar las diferencias en cada momento de medición pueden observarse los box plot correspondientes en las graficas número 1 y número 2.

Tabla 12: *Resumen de Prueba de Hipótesis Kruskal Wallis*

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de globalmomento es la misma entre las categorías de GrupoA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,069	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de globalmomento es la misma entre las categorías de GrupoA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de globalmomento es la misma entre las categorías de GrupoA.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechazar la hipótesis nula.

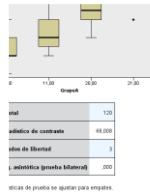
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05

Gráfica 1: *Box Plot, Comparación de los Puntajes Globales M1*



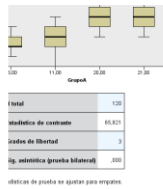
Esta gráfica de box plot reafirma el resultado de la prueba de Kruskal Wallis.

Gráfica 2: *Box Plot, Comparación de los Puntajes Globales M2*



El box plot del momento 2 (M2) muestra que las medianas y el sesgo de la distribución difieren entre los grupos. Por ejemplo, en el grupo 10 (grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir) la mediana y el cuartil 1 son cercanas generando un fuerte sesgo positivo, lo que indica una concentración en los valores inferiores de la medición. En el grupo 20 (grupo experimental sin lugar exclusivo para dormir) se observa que disminuye el sesgo de la distribución y aumenta el valor de la mediana. En el grupo 21 (grupo experimental con lugar exclusivo para dormir) la concentración de la distribución se da en un solo punto y se observa la presencia de un outlier. Finalmente, el box plot del momento 3 (M3) que corresponde a la visita domiciliar muestra un descenso en los valores logrados en el momento del seguimiento telefónico en relación al puntaje del nivel de conocimiento de las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro, aunque se mantiene un efecto de la intervención Durmiendo Seguro.

Gráfica 3: Box Plot, Comparación de los Puntajes Globales M3



4.4 Comparación de las medianas del nivel de conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro entre momentos de medición M1 y M3.

Después de comparar la distribución del puntaje global entre grupos, se realizó la comparación de las medianas como mecanismo para evaluar cambios entre momentos de medición. Dado que los datos referentes al puntaje global no presentaban un comportamiento gaussiano se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Los resultados fueron:

Tabla 13: Grupo de Comparación- sin Lugar Exclusivo para Dormir (10)

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre globalmomento1 y globalmomento2 es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	,000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05

Tabla 14: *Grupo de Comparación- con Lugar Exclusivo para Dormir (11)*

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre globalmomento1 y globalmomento2 es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	,001	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05

Tabla 15: *Grupo Experimental- sin Lugar Exclusivo para Dormir (20)*

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre globalmomento1 y globalmomento2 es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	,000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05

Tabla 16: *Grupo Experimental – con Lugar Exclusivo para Dormir (21)*

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre globalmomento1 y globalmomento2 es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	,001	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05

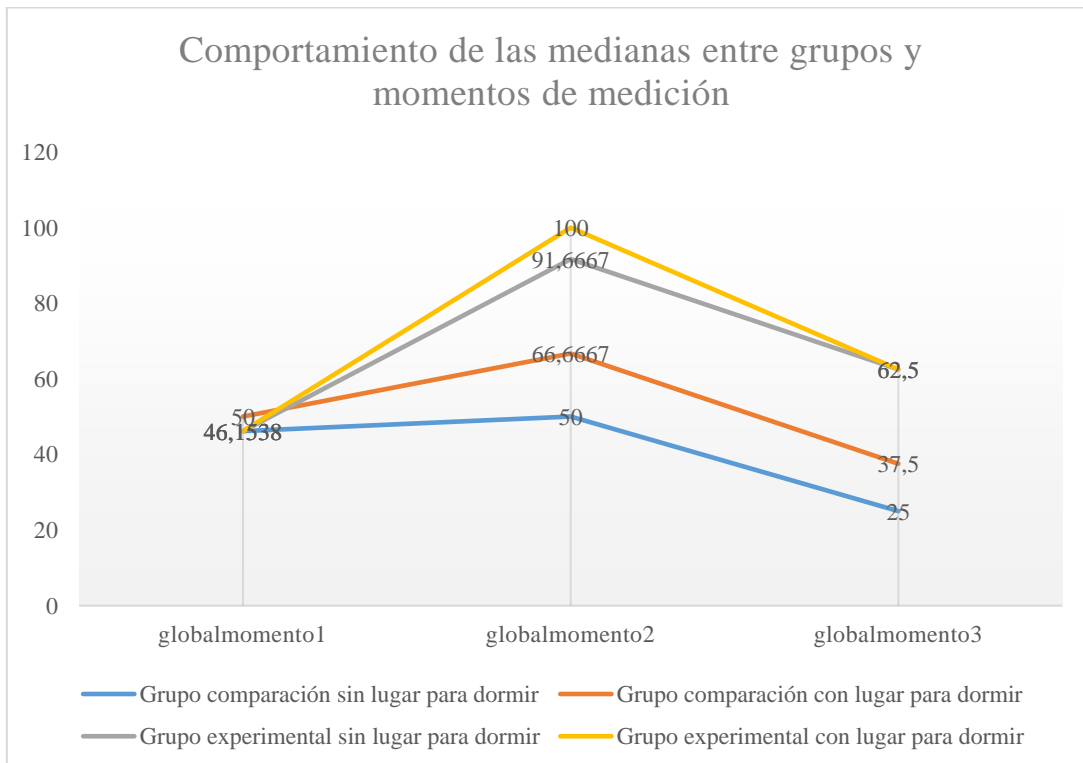
Los resultados indican que las dos intervenciones evaluadas favorecen el conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro entre momentos de medición, sin embargo, los valores de la media y la mediana son mayores en el grupo experimental, ver tabla número 17.

Tabla 17: *Puntaje Global/ Momento de Medición*

		Puntaje global M1	Puntaje global M2	Puntaje global M3
Grupo de Comparación- sin Lugar Exclusivo para Dormir (10)	Media	45,1923	59,7222	27,0833
	N	24	24	24
	Desv. Desviación	12,06971	15,47685	9,51734
	Mínimo	23,08	33,33	12,50
	Máximo	61,54	100,00	50,00
	Mediana	46,1538	50,0000	25,0000
	Asimetría	,077	,979	,346
Grupo de Comparación- con Lugar Exclusivo para Dormir (11)	Media	50,2137	71,7593	38,5417
	N	36	36	36
	Desv. Desviación	11,40748	15,84621	15,05199
	Mínimo	30,77	50,00	,00
	Máximo	76,92	100,00	62,50
	Mediana	50,0000	66,6667	37,5000
	Asimetría	,277	-,036	-,376
Grupo Experimental- sin Lugar Exclusivo para Dormir (20)	Media	43,0769	89,4444	63,7500
	N	30	30	30
	Desv. Desviación	10,61273	11,97326	18,37997
	Mínimo	23,08	66,67	12,50
	Máximo	61,54	100,00	87,50
	Mediana	46,1538	91,6667	62,5000
	Asimetría	-,138	-,692	-,742
Grupo Experimental – con Lugar Exclusivo para Dormir (21)	Media	51,2821	97,7778	64,5833
	N	30	30	30
	Desv. Desviación	15,42876	5,76243	14,71106
	Mínimo	23,08	83,33	37,50
	Máximo	84,62	100,00	87,50
	Mediana	46,1538	100,0000	62,5000
	Asimetría	,329	-2,273	-,209
Total	Media	47,6923	80,2778	49,0625
	N	120	120	120
	Desv. Desviación	12,79420	19,20251	21,56937
	Mínimo	23,08	33,33	,00
	Máximo	84,62	100,00	87,50
	Mediana	46,1538	83,3333	50,0000
	Asimetría	,333	-,505	,058

Elaboración propia

Gráfica 4: *Comportamiento de las Medianas entre Grupos y Momentos de Medición*



Elaboración propia

Posteriormente, se realizó el análisis del comportamiento de cada ítem entre momentos de medición (M1, M2, M3) y por cada uno de los grupos. **Aunque el análisis del comportamiento de cada uno de los ítems arroja información valiosa para el entendimiento del fenómeno de estudio, el tamaño de la muestra de esta investigación se calculó para el análisis de las diferencias entre puntajes globales no para el análisis comparativo ítem por ítem, razón por la cual se presenta la comparación de las frecuencias, pero no se utilizan pruebas estadísticas.**

Inicialmente, las tablas 18 a la 30 **presentan las frecuencias de respuesta correctas de las madres participantes entre grupos y entre momentos.**

Tabla 18: *Posición Adecuada para Dormir*

	Posición Adecuada para Dormir											
	M1				M2				M3			
	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	20	21	4	16	14	64	10	10	21	27	3	7
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	32	34	4	16	4	18	32	32	33	43	3	7
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	22	23	8	32	4	18	26	26	9	12	21	49
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	21	22	9	36	0	0	30	30	14	18	16	37
Total	95	100	25	100	22	100	98	100	77	100	43	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

La posición adecuada para dormir según la Academia Americana de Pediatría es uno de los ejes principales para que se dé una práctica segura de sueño seguro. Ellos consideran que los bebés que duermen boca arriba son mucho menos propensos a morir a causa del síndrome de muerte súbita (68). Para el M1 se puede observar que 25 de 120 madres, aciertan a la anterior afirmación. Luego para el M2, 98 madres afirman que dormir boca arriba es la posición adecuada. Por último, tenemos un descenso en el M3, algo significativo en relación al porcentaje de madres encuestadas para el M2.

Tabla 19: *Lugar Adecuado para Dormir*

	Lugar Adecuado para Dormir											
	M1				M2				M3			
	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	19	37	5	7	14	64	10	10	2	4	22	33
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	2	4	34	50	4	18	32	33	19	35	17	26
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	24	47	6	9	4	18	26	27	18	33	12	18
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	6	12	24	35	0	0	30	31	15	28	15	23
Total	51	100	69	100	22	100	98	100	54	100	66	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

Compartir el dormitorio con los padres, pero no la misma superficie para dormir, preferiblemente durante los primeros seis meses del lactante, es otra de las recomendaciones dadas por la Academia Americana de pediatría para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita y establecer una práctica de sueño seguro. Para esta pregunta, el porcentaje de las madres que respondieron correctamente fue más de la mitad del tamaño de la muestra para los 3 momentos.

Tabla 20: *Uso de Almohadas, Cobijas o Juguetes*

	Uso de Almohadas, Cobijas o Juguetes											
	M1				M2				M3			
	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	19	23	5	14	18	56	6	7	24	42	0	0
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	19	23	17	47	14	44	22	25	23	40	13	21

Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	23	27	7	20	0	0	30	34	5	9	25	40
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	23	27	7	20	0	0	30	34	5	9	25	40
Total	84	100	36	100	32	100	88	100	57	100	63	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

En este ítem 36 de 120 en el M1 de la intervención indicaron no colocar objetos como juguetes, protectores para cunas y cobertores en la cama de manera suelta o debajo del bebé durante el sueño, siendo un porcentaje bajo (30%), en el M2 ocurre un aumento (74%) y en el M3 ocurre un descenso de 74% a un 53%.

Tabla 21: *Riesgo de la Exposición al Tabaco/ Alcohol*

	M1				M2			
	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	0	0	24	21	0	0	24	20
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	0	0	36	31	0	0	36	30
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	0	0	30	26	0	0	30	25
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	5	100	25	25	0	0	30	25
Total	5	100	115	100	0	100	120	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

La Academia Americana de Pediatría, recomienda evitar el consumo y la exposición al tabaco y al alcohol durante el embarazo, dado a que estos llevan a una mayor predisposición de una muerte súbita en el lactante. Esta pregunta se realizó solo en el momento 1 y en el momento 2, obteniendo similitudes en la respuesta (M1: 96%, M2: 100%) en las cuales las madres confirman

que el contacto con sustancias psicoactivas o alcohol durante el embarazo es perjudicial para el bebé.

Tabla 22: *Superficie Firme y Plana*

	Seguridad para Dormir en Superficie Firme y Plana											
	M1				M2				M3			
Grupo de comparación	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
sin lugar exclusivo para dormir	12	22	12	19	7	24	17	19	24	73	0	0
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	18	33	18	28	14	48	22	24	4	12	32	37
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	11	20	19	29	8	28	22	24	2	6	28	32
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	14	26	16	25	0	0	30	33	3	9	27	31
Total	55	100	65	100	29	100	91	100	33	100	87	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de una superficie firme y plana, como un colchón en una cuna que cumpla con las normas de seguridad, cubierta con una sábana ajustable. En esta pregunta, se obtuvo en los 3 momentos respuestas afirmativas de las participantes por encima de la mitad de muestra (M2: 76%; M3:72%).

Tabla 23: *Ropa Adecuada*

	Manera Adecuada de Vestir al Bebé											
	M1				M2				M3			
	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	13	26	11	16	0	0	24	21	10	31	14	16
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	16	32	20	29	1	14	35	31	11	34	25	29
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	11	20	19	27	4	57	26	23	6	19	24	27
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	10	20	20	29	2	29	28	25	5	16	25	28
Total	50	100	70	100	7	100	113	100	32	100	88	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

Por otra parte, la AAP recomienda evitar el sobrecalentamiento, es decir evitar sobre abrigar al bebé. La mayor parte de las madres afirmaron en los 3 momentos (M1: 59%, M2: 94%, M3: 74%) vestir a su bebé de manera adecuada teniendo en cuenta el clima o el lugar donde se encuentre el bebé evitando el sobrecalentamiento.

Tabla 24: *Uso de Chupo*

	Uso de Chupo											
	M1				M2				M3			
	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	23	20	1	34	19	37	5	7	23	23	1	5
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	36	31	0	0	28	54	8	12	33	33	3	15
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	30	26	0	0	3	6	27	40	24	24	6	30

Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	28	24	2	67	2	4	28	41	20	20	10	50
Total	117	100	3	100	52	100	68	100	100	100	20	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

La AAP refiere que los chupos reducen el riesgo de SIMS en todos los bebés, incluidos los bebés amamantados (16). El 98% de las madres respondió como incorrecto al uso del chupo en el M1.

En el M2, se logra cambiar este concepto teniendo una mejora a un 43%.

Tabla 25: *Tiempo Boca Abajo Supervisado*

	M1			
	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	7	14	17	25
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	13	26	23	34
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	20	39	10	14
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	11	22	19	28
Total	51	100	69	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

El tiempo boca abajo se recomienda cuando los bebés están despiertos y supervisados, este con el fin de favorecer el desarrollo psicomotor y evita la plagiocefalia. Este ítem solo fue encuestado en el momento 1 para los dos grupos, experimental y de comparación. Solo el 58% de la muestra respondió correctamente el anterior concepto.

Tabla 26: *Uso de Dispositivos para la Seguridad del Bebé*

	M1				M3			
	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	24	21	0	0	0	0	24	25
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	36	31	0	0	22	88	14	15
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	30	26	0	0	1	4	29	31
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	27	23	3	100	2	8	28	30
Total	117	100	3	100	25	100	95	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

Por otra parte, la AAP recomienda no utilizar monitores domésticos o dispositivos comerciales, incluidas cuñas o posicionadores, comercializados para reducir el riesgo de SIMS, dado a que la evidencia no respalda la seguridad o efectividad de estos objetos que aseguran que mantienen a los bebés en una posición específica o que reducen el riesgo de SIMS, asfixia o reflujo. De hecho, mucho de estos productos están vinculados a lesiones y muertes, especialmente cuando se utilizan en el lugar donde duerme el bebé (16). En la tabla N 26 se puede observar el comportamiento que obtuvo esta pregunta M1 y en el M3 de intervención.

Tabla 27: *Vacunas*

	M1			
	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	0	0	24	20
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	0	0	36	30
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	1	100	29	25
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	0	0	30	25
Total	1	100	119	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

Las vacunas no solo protegen la salud de los bebés, sino que existen investigaciones que demuestran que los bebés vacunados corren un riesgo menor de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante (69). Solo en el M1 de la intervención se preguntó sobre la importancia de las vacunas en los niños. El 99% de las madres afirmó la importancia de las vacunas para la salud y el bienestar de sus hijos.

Tabla 28: *Lactancia Materna*

	M1				M3			
	Inc	%	Cr	%	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	1	100	23	19	14	20	10	9
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	0	0	36	30	21	30	15	14
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	0	0	30	25	18	26	12	10
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	0	0	30	25	17	24	13	11
Total	1	100	119	99	70	59	60	50

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

La lactancia materna también se recomienda como una protección adicional contra el SIMS. Trae consigo beneficios para la salud de la madre y del bebé. En el M1, el 99% de las madres respondió de manera correcta acerca de la importancia de la lactancia materna. En el M3, el 50% de las madres respondió de manera correcta, se considera que el descenso de este indicador fue que la lactancia materna dejó de ser exclusiva e inicia la alimentación de fórmula.

Tabla 29: *Sueño Seguro*

	M1			
	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	19	18	5	28
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	34	33	2	11
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	28	27	2	11
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	23	22	7	39
Total	104	100	18	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

En este ítem se evaluó el conocimiento que tenían las madres en relación a el concepto sueño seguro. Se evaluó en el M1, obteniendo como resultado que el 87% de las participantes desconocía este concepto.

Tabla 30: *Muerte Súbita*

	M1			
	Inc	%	Cr	%
Grupo de comparación sin lugar exclusivo para dormir	14	17	10	29
Grupo de comparación con lugar exclusivo para dormir	27	32	9	26
Grupo de experimental sin lugar exclusivo para dormir	22	26	8	23
Grupo de experimental con lugar exclusivo para dormir	22	26	8	23
Total	85	100	35	100

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; Inc: Frecuencia de respuesta incorrecta; Cr: Frecuencia de respuesta correcta; %: porcentaje

En este ítem se evaluó el conocimiento que tenían las madres encuestadas en relación al concepto de muerte súbita. Se evaluó en el M1, obteniendo como resultado que el 71% de las participantes desconocía este término.

4.5 Análisis ítem por ítem entre momentos de medición

El análisis ítem por ítem se realizó a través de comparación de las frecuencias obtenidas en cada momento de medición y definiendo el porcentaje basal, el porcentaje de transición y el porcentaje de resultado.

El porcentaje basal fue entendido como el porcentaje de madres que respondieron de manera incorrecta el ítem evaluado en el momento 1.

El porcentaje de transición correspondió al porcentaje de madres que habiendo contestado incorrectamente en un momento anterior, contestaron correctamente en la medición posterior. El porcentaje denominado de resultado es un porcentaje de transición entre el momento 1 y el momento 3.

Las tablas 31 a la 48 muestran la comparación de frecuencias y la tabla 49 la síntesis de los porcentajes basales y de transición.

4.5.1 Grupo de comparación

Tabla 31: Análisis ítem: Posición Adecuada para Dormir

		M2			Total			M3			Total			M3			Total		
		0	1			0	1			0	1			0	1				
M1	0	17	35	52	M2	0	17	1	18	M1	0	51	1	52	M3	0	51	1	52
	1	1	7	8		1	37	5	42		1	3	5	8					
Total		18	42	60	Total	54	6	60	Total	54	6	60							

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 52 contestaron incorrectamente en relación a la posición adecuada del bebé para dormir. En el M2, 35 de las 52 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 18 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3, solamente se logra el cambio de una ellas.

Tabla 32: *Análisis ítem: Lugar Adecuado para Dormir*

M2				M3				M3						
		0	1	Total			0	1	Total			0	1	Total
M1	0	16	5	21	M2	0	2	16	18	M1	0	2	19	21
	1	2	37	39		1	19	23	42		1	19	20	39
Total		18	42	60	Total		21	39	60	Total		21	39	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 21 contestaron incorrectamente en relación al lugar adecuado para dormir del bebé. En el M2, 5 de las 21 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 18 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3, se logra el cambio de 16 de ellas.

Tabla 33: *Análisis Ítem: Uso de Almohadas, Cobijas o Juguetes*

M2				M3				M3						
		0	1	Total			0	1	Total			0	1	Total
M1	0	32	6	38	M2	0	29	3	32	M1	0	31	7	38
	1	0	22	22		1	18	10	28		1	16	6	22
Total		32	28	60	Total		47	13	60	Total		47	13	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 38 contestaron incorrectamente en relación al uso de almohadas, cobijas o juguetes en el entorno del bebé a la hora de dormir. En el M2, 6 de las 38

modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 32 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3, se logra el cambio de 3 de ellas.

Tabla 34: *Análisis ítem: Exposición al Humo de Cigarrillo y Alcohol*

		M2		Total		
		0	1			
M1	0	0	0	0	M2	
	1	0	60	60		
Total		0	60	60	Total	

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, ningún contesto incorrectamente en relación a la exposición al humo de cigarrillo y alcohol en el entorno del bebé.

Tabla 35: *Análisis ítem: Superficie Plana y Firme*

		M2		Total			M3		Total			M3		Total
		0	1				0	1				0	1	
M1	0	21	9	30	M2	0	8	13	21	M1	0	13	17	30
	1	0	30	30		1	20	19	39		1	15	15	30
Total		21	39	60	Total		28	32	60	Total		28	32	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 30 contestaron incorrectamente en relación a la superficie plana y firme de la cama del bebé. En el M2, 9 de las 30 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 21 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3, se logra el cambio de 13 de ellas.

Tabla 36: *Análisis ítem: Ropa Adecuada*

		M2		Total			M3		Total			M3		Total
		0	1				0	1				0	1	
M1	0	1	28	29	M2	0	0	1	1	M1	0	12	17	29
	1	0	31	31		1	21	38	59		1	9	22	31
Total		1	59	60	Total		21	39	60	Total		21	39	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 29 contestaron incorrectamente en relación a la ropa adecuada para dormir del bebé. En el M2, 28 de las 29 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 1 mujer continúa en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3, se logra el cambio de una de ellas.

Tabla 37: *Análisis ítem: Uso de Chupo*

		M2		Total			M3		Total			M3		Total
		0	1				0	1				0	1	
M1	0	1	28	29	M2	0	47	0	47	M1	0	0	55	4
	1	0	31	31		1	9	4	13		1	1	1	0
Total		1	59	60	Total		56	4	60	Total		56	4	

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 29 contestaron incorrectamente en relación al uso del chupo a la hora de dormir del bebé. En el M2, 28 de las 29 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 47 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3, no se logra cambio en ellas.

Tabla 38: Análisis ítem: *Uso de Dispositivos*

	M3		Total
	0	1	
M1	0	1	22
	1	0	0
Total	1	22	38

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 38 contestaron incorrectamente en relación al uso de dispositivos para vigilar el sueño del bebé. En el M3, 22 de las 38 modificaron su respuesta positivamente.

Tabla 39: Análisis ítem: *Lactancia Materna*

	M3		Total
	0	1	
M1	0	0	1
	1	35	24
Total	35	25	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 1 contestó incorrectamente en relación a la lactancia materna.

4.5.2 Grupo Experimental

Tabla 40: Análisis ítem: *Posición Adecuada para Dormir*

	M2				Total	M3				Total					
	0		1			0		1							
M1	0	2	41	43	M2	0	2	2	4	M1	0	17	26	43	
	1	2	15	17		1	21	35	56		1	6	11	17	
Total	4	56	60	Total	23	37	60	Total	23	37	60	Total	23	37	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 43 contestaron incorrectamente en relación a la posición adecuada del bebé para dormir. En el M2, 41 de las 43 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 4 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3, se logra el cambio de 2 de ellas.

Tabla 41: *Análisis ítem: Lugar Adecuado para Dormir*

M2				M3				M3						
Total				Total				Total						
0 1				0 1				0 1						
M1	0	2	28	30	M2	0	3	1	4	M1	0	17	13	30
	1	2	28	30		1	30	26	56		1	16	14	30
Total		4	56	60	Total		33	27	60	Total		33	27	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 30 contestaron incorrectamente en relación al lugar adecuado para dormir del bebé. En el M2, 28 de las 30 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 4 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3, se logra el cambio de 1 de ellas.

Tabla 42: *Análisis ítem: Uso de Almohadas, Cobijas o Juguetes*

M2				M3				M3						
Total				Total				Total						
0 1				0 1				0 1						
M1	0	0	46	46	M2	0	0	0	0	M1	0	7	39	46
	1	0	14	16		1	10	50	60		1	3	11	14
Total		0	60	60	Total		10	50	60	Total		10	50	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 46 contestaron incorrectamente en relación al uso de almohadas, cobijas o juguetes en el entorno del bebé a la hora de dormir. En el M2, 46 de las 46 modificaron su respuesta positivamente.

Tabla 43: *Análisis ítem: Exposición a Humo de Cigarrillo y Alcohol*

		M2		Total		
		0	1			
M1	0	0	5	5	M2	
	1	0	55	55		
Total		0	60	60	Total	

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 5 contestaron incorrectamente en relación a la exposición al humo de cigarrillo y alcohol en el entorno del bebé. En el M2, 5 de las 5 modificaron su respuesta positivamente.

Tabla 44: *Análisis ítem: Superficie Plana y Firme*

		M2		Total			M3		Total			M3		Total
		0	1				0	1				0	1	
M1	0	2	23	25	M2	0	0	8	8	M1	0	2	23	25
	1	6	29	35		1	5	47	52		1	3	32	35
Total		8	52	60	Total		5	55	60	Total		5	55	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 25 contestaron incorrectamente en relación a la superficie plana y firme de la cama del bebé. En el M2, 23 de las 25 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 8 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3 se logra el cambio de 8 de ellas.

Tabla 45: *Análisis ítem: Ropa Adecuada*

M2				Total	M3				Total	M3				Total						
				0	1					0	1					0	1			
M1	0	3	18	21	M2	0	2	4	6	M1	0	2	19	21						
	1	3	36	39		1	9	45	54		1	9	30	39						
Total				6	54	60	Total				11	49	60	Total				11	49	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 21 contestaron incorrectamente en relación a la ropa adecuada para dormir del bebé. En el M2, 18 de las 21 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 6 mujeres continúan en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3 se logra el cambio de 4 de ellas.

Tabla 46: *Análisis ítem: Uso de Chupo*

M2				Total	M3				Total	M3				Total						
				0	1					0	1					0	1			
M1	0	5	53	58	M2	0	5	0	5	M1	0	43	15	58						
	1	0	2	2		1	39	16	55		1	1	1	2						
Total				5	55	60	Total				44	16	60	Total				44	16	60

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 58 contestaron incorrectamente en relación al uso del chupo a la hora de dormir del bebé. En el M2, 53 de las 58 modificaron su respuesta positivamente. Luego en el M2, 5 mujeres continúan ubicadas en la respuesta incorrecta en relación a la práctica, en el M3 no se logra cambio en ellas.

Tabla 47: *Análisis ítem: Uso de Dispositivos*

	M3		Total	
	0	1		
M1	0	3	54	57
	1	0	3	3
Total	3	57	60	

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, 57 contestaron incorrectamente en relación al uso de dispositivos para vigilar el sueño del bebé. En el M3, 54 de las 57 modificaron su respuesta positivamente.

Tabla 48: *Análisis ítem: Lactancia Materna*

	M3		Total	
	0	1		
M1	0	0	0	0
	1	35	25	60
Total	35	25	60	

Elaboración propia

M1: Momento 1; M2: Momento 2; M3: Momento 3; 0: Respuesta incorrecta; 1: Respuesta correcta

De las 60 mujeres participantes en el M1, ningún contestó incorrectamente en relación a la lactancia materna. En el M3, no se modificó ninguna de las respuestas.

Tabla 49: *Resumen de la Estimación de los Porcentajes Basales, de Transición y de Resultado del Estado de Conocimiento Inadecuado a Estado de Conocimiento Adecuado en Relación a las Prácticas de Sueño Seguro*

Prácticas de sueño seguro	GRUPO DE COMPARACIÓN				GRUPO EXPERIMENTAL			
	Porcentaje basal de tener un conocimiento o inadecuado	Porcentaje de transición del conocimiento o M1-M2	Porcentaje de transición del conocimiento o M2-M3	Porcentaje resultado final del conocimiento o M1-M3	Porcentaje basal de tener un conocimiento o inadecuado	Porcentaje de transición del conocimiento o M1-M2	Porcentaje de transición del conocimiento o M2-M3	Porcentaje resultado final del conocimiento o M1-M3
Posición Adecuada para dormir	0,867	0,673	0,056	0,019	0,717	0,953	0,500	0,605
Lugar Adecuado para dormir	0,350	0,238	0,889	0,905	0,500	0,933	0,250	0,433
Uso de almohada	0,633	0,158	0,094	0,184	0,767	1,000	** el total tenía la conducta esperada	0,848
Riesgo de exposición al humo	** el total tenía la conducta esperada	** el total tenía la conducta esperada	No comparación	No comparación	0,083	1,000	No comparación	No comparación
Superficies blandas	0,500	0,300	0,619	0,567	0,417	0,920	1,000	0,920
Ropa adecuada	0,483	0,966	1,000	0,586	0,350	0,857	0,667	0,905
Uso de chupo	0,483	0,966	0,000	0,068	0,967	0,914	0,000	0,259

Uso de dispositivo s para monitorear y posicionar	0,630	0,947
Lactancia materna	1,000	** el total tenia la conducta esperada

Elaboración propia

4.6 Adherencia a la práctica de sueño seguro

La adherencia a las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro fue evaluada en la sesión observacional realizada durante la visita domiciliaria.

Tabla 50: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Cuerda Adherida al Chupo*

		No usa chupo	No	Si	Total
Grupo	Comparación	47	4	9	60
	Experimental	11	29	20	60
	Total	58	33	29	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que un 48% de las madres de los dos grupos no utilizo chupo cuando acostaron a dormir al bebé. Posterior a la intervención, el 33% de las madres si hicieron uso del chupo cuando iban a dormir al bebé.

Tabla 51: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Juguete Adherido al Chupo*

		No usa chupo	No	Si	Total
Grupo	Comparación	47	6	7	60
	Experimental	11	23	26	60
	Total	58	29	33	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que un 52% de las madres de los dos grupos utilizo un juguete adherido al chupo cuando acostaron a dormir al bebé. Posterior a la intervención, el 38% de las madres retiró el juguete del chupo cuando iban a dormir al bebé.

Tabla 52: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Posición para Dormir*

		Boca arriba	Medio lado	Boca abajo	Total
Grupo	Comparación	9	41	10	60
	Experimental	49	10	1	60
	Total	58	51	11	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que un 52% de las madres de los dos grupos colocó a su bebé a dormir posición medio lado y boca abajo. Posterior a la intervención, el 81% las madres colocó a su bebé dormir boca arriba.

Tabla 53: *Frecuencia de Respuestas en Relación a la Clase de Manta utilizada para Abrigar al Bebé*

		Delgada	Pesada	Ninguna	Total
Grupo	Comparación	32	5	25	60
	Experimental	19	4	35	60
	Total	51	9	60	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que el 50% de las madres de los dos grupos *no utilizó* una manta para abrigar al bebé a la hora de dormir. Posterior a la intervención, el 54% de las madres utilizó en ese momento las *mantas portátiles* entregadas por la investigadora durante la sesión.

Tabla 54: *Frecuencia de Respuestas en Relación a la Posición de la Manta utilizada para Abrigar al Bebé*

		Envuelta	Sobre el bebé, sin doblar	Sobre el bebé, doblada	Total
Grupo	Comparación	18	9	10	60
	Experimental	3	1	19	60
	Total	21	10	29	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que el 50% de las madres de los dos grupos utilizó una manta para abrigar al bebé a la hora de dormir. Posterior a la intervención, el 32% de las madres colocaron la manta sobre el bebé y la doblaron por debajo del colchón.

Tabla 55: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Retiro de Objetos de la Cama*

		Ninguno	Almohada	Animal de peluche	Total
Grupo	Comparación	43	7	10	60
	Experimental	45	7	8	60
	Total	88	14	18	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que posterior a la intervención educativa, el 75% de las madres que no tenían ningún objeto sobre la cama del bebé al momento de acostarlo.

Tabla 56: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Durmiendo en la misma Habitación de los Padres pero no en la misma Cama*

		Si	No	Total
Grupo	Comparación	54	6	60
	Experimental	48	12	60
	Total	102	18	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que posterior a la intervención el 80% de las madres tenía la cama de su bebé en la misma habitación de los padres.

Tabla 57: *Frecuencia de Respuestas en Relación a los Objetos que se Encuentran en el Entorno donde Duerme el Bebé*

		Cordones ventanas	Animales de peluche	Almohada	Mantas pesadas	Parachoques	Cojín	Total
Grupo	Comparación	0	24	24	6	5	1	60
	Experimental	1	35	12	11	1	0	60
	Total	1	59	36	17	6	1	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que el 100% de las madres de los dos grupos tenían objetos en el entorno donde dormía el bebé. El 49% correspondían a animales de peluche que se encontraban como “decorativos”.

Tabla 58: *Frecuencia de Respuestas en Relación Tipo de Espacio para Colocar a Dormir al Bebé*

		Cama	Coche	Cuna	Corral	Moisés	Total
Grupo	Comparación	2	24	24	12	2	60
	Experimental	0	3	20	30	3	60
	Total	2	27	44	42	5	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que posterior a la intervención el 80% de las madres tenía como espacio para colocar a dormir a su bebé una cuna o un corral.

Las tablas 59 a la 71 la frecuencia de respuestas en relación a lo observado durante la visita en relación al lugar donde dormir del bebé.

Tabla 59: *Frecuencia de Respuestas en Relación a la Cuna Elevada en uno de sus Extremos*

		Si	No	N/A	Total
Grupo	Comparación	0	36	24	60
	Experimental	0	54	1	60
	Total	5	90	25	120

Tabla 60: *Frecuencia de Respuestas en Relación al Colchón Elevado en uno de sus Extremos*

		Si	No	N/A	Total
Grupo	Comparación	4	32	24	60
	Experimental	6	53	1	60
	Total	10	85	25	120

Tabla 61: *Frecuencia de Respuestas en Relación al Estado del Marco de la Cuna*

		VIS_Examinar cuna: Marco			Total
		De madera o plástico			
		Dañado	Sin daño	N/A	
Grupo	Comparación	0	36	24	60
	Experimental	4	55	1	60
	Total	4	91	25	120

Tabla 62: *Frecuencia de Respuestas en Relación al Estado del Soporte del Colchón de la Cuna*

		Dañado	Sin daño	N/A	Total
Grupo	Comparación	3	35	24	60
	Experimental	0	57	1	60
	Total	3	92	25	120

Tabla 63: *Frecuencia de Respuestas en Relación al Estado del Colchón*

		Dañado	Faltante	Sin Daños	N/A	Total
Grupo	Comparación	1	1	34	24	60
	Experimental	1	0	58	1	60
	Total	2	1	92	25	120

Tabla 64: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Uso de Almohada como Colchón*

		Almohada	Adicional al colchón	Ninguno	N/A	Total
Grupo	Comparación	1	7	28	24	60
	Experimental	0	4	55	1	60
	Total	1	11	83	25	120

Tabla 65: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Uso de Espuma como Colchón*

		Adicional	Ninguno	N/A	Total
Grupo	Comparación	1	35	24	60
	Experimental	4	55	1	60
	Total	5	90	25	120

Tabla 66: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Uso de Manta Pesada/Edredón como Colchón*

		Manta pesada/Edredón	Adicional	Ninguno	N/A	Total
Grupo	Comparación	2	4	30	24	60
	Experimental	0	0	59	1	60
	Total	2	4	89	25	120

Tabla 67: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Presencia de Sabana Ajustable Sobre el Colchón*

		Si	No	N/A	Total
Grupo	Comparación	31	5	24	60
	Experimental	56	3	1	60
	Total	87	8	25	120

Tabla 68: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Ajuste de la Sabana sobre el Colchón*

		Si	No	N/A	Total
Grupo	Comparación	17	9	24	60
	Experimental	58	11	1	60
	Total	75	20	25	120

Tabla 69: *Frecuencia de Respuestas en Relación a Forma del Colchón con la Sabana Ajustable*

		Si	No	N/A	Total
Grupo	Comparación	14	14	24	60
	Experimental	56	11	1	60
	Total	70	25	25	120

Tabla 70: *Frecuencia de Respuestas en Relación a la Distancia entre el borde del Colchón y la cuna (2cm)*

		Si	No	N/A	Total
Grupo	Comparación	4	32	24	60
	Experimental	4	55	1	60
	Total	8	87	25	120

Tabla 71: *Frecuencia de Respuestas en Relación a la Distancia entre las barandas de la Cuna (5cm)*

		Si	No	Corral	N/A	Total
Grupo	Comparación	1	22	13	24	60
	Experimental	4	25	30	1	60
	Total	5	47	43	25	120

Elaboración propia

En la visita domiciliaria, se observó que entre el 4 y el 8% de las madres de los dos grupos tenían elevado las cunas y los colchones de su bebé en uno de sus extremos. Por otro lado, el 3% de las

madres de los dos grupos tenían los marcos de las cunas y los soportes de colchones dañados. Sin embargo, entre el 90 y el 95% de las madres que recibió la intervención educativa tenían las cunas y los colchones en condiciones adecuadas.

Otro ítem a valorar durante la visita domiciliaria fue el uso de almohadas, esponjas y mantas pesadas como colchones. Entre el 5 y el 10% de las madres de los dos grupos utilizó alguno de estos objetos como adicional de colchón. Sin embargo, el 92% de las madres que recibió la intervención educativa solo tenían en las cunas de sus bebés el colchón, con una sábana ajustable conservando la forma del este. Además, los bordes de estas cunas en relación a la distancia del colchón eran menores a 2cm. Y por último la distancia entre las barandas del 42% de las cunas del grupo experimental eran menor a 5cm.

5. DISCUSIÓN

En el presente estudio no se observaron diferencias significativas entre los grupos (comparación y experimental) relacionados con las características sociodemográficas de las participantes, los resultados coinciden con los estudios consultados(44) (84).

Se consideró fundamental analizar el conocimiento y la adherencia de las recomendaciones para la práctica de sueño seguro a la luz de la variable lugar exclusivo para dormir dada la influencia que esta pudiera tener sobre el efecto de la intervención. Al respecto la literatura muestra que el colecho tiene una fuerte asociación al SIMS (85), dado a que el hecho de que los padres compartan la misma cama con el bebé puede ocasionar aplastamiento y asfixia. Además, al momento de implementar las recomendaciones dadas por la AAP en relación a la práctica de sueño seguro, este no sería el sitio adecuado pues no permite cumplir con la mayoría de estas recomendaciones, aunque previo se realice una intervención educativa.

Teniendo en cuenta la literatura que respalda que las intervenciones educativas directas e interactivas pueden ser más efectivas para favorecer la práctica de sueño seguro (71), en esta investigación se diseñó una intervención educativa de enfermería siguiendo los criterios de Whittemore & Grey (2002) y se evaluó el efecto de la misma en comparación a la intervención informativa habitual a través de un diseño cuasiexperimental . Así es posible aportar conocimiento que puede utilizarse y medirse en la práctica cotidiana, con implicaciones positivas para el cuidado de los lactantes, las madres, las familias y para el desarrollo de la disciplina de enfermería. Whittemore & Grey (2002) indican que Enfermería tiene la responsabilidad de proveer intervenciones de alta calidad que aborden problemas clínicos de interés, produzcan

resultados positivos en las personas a las que se dirigen y guíen la toma de decisiones para el cuidado (80).

La Academia Americana de Pediatría, establece 12 recomendaciones para mejorar la práctica de sueño seguro del lactante menor (43), la intervención Durmiendo Seguro fundamenta su contenido en las mismas con el fin de acudir a las recomendaciones internacionales en esta temática. A partir de allí se utilizaron diferentes estrategias para entregar el contenido a las madres y favorecer así el conocimiento y la adherencia.

Se observó de manera general, que el puntaje en relación al conocimiento de las recomendaciones fue mejor en el grupo que recibió la intervención Durmiendo Seguro en comparación con el grupo que recibió la intervención habitual. Gelfer (2013) demostró que la educación a los padres y la implementación de políticas para apoyar la práctica de sueño seguro, pueden generar cambios sustanciales en la práctica proporcionando una base de conocimientos y apoyo organizacional (84). En la misma Mason (2013) indica que la educación para reducir el riesgo de SIMS es efectiva para mejorar el cumplimiento de las prácticas de sueño seguro en los padres (4). Dufer (2017) también demostró que la educación de los padres sobre las prácticas de sueño seguro es más efectiva si se realiza antes del nacimiento del bebé y si son bebés prematuros antes del egreso hospitalario. Este autor considera que las intervenciones educativas deben provisionar a los padres material escrito actual junto con una simulación de las prácticas de sueño seguro (5).

Respecto a las recomendaciones específicas, por ejemplo, en el M1, solo el 21% de las madres indicó que la posición adecuada para el sueño del bebé era boca arriba. Para el M2, el porcentaje cambió a 82%. Al respecto, Mason (2013) encontró al igual que en este estudio, que el 75% de los niños participantes se encontraban en una posición inadecuada para dormir, como, por

ejemplo, medio lado y boca abajo. Luego de la intervención educativa que realizó el autor, el 58% de los niños fueron colocados boca arriba en un ambiente de sueño seguro. de igual manera, Chung y colaboradores (2013) determinaron que el 85% de las madres informaron que acostar a los bebés boca arriba era la posición más segura para dormir (71). Así mismo, luego de la intervención educativa, el 60% de las madres participantes consideraron correcto que el *tiempo boca abajo de los bebés sea solo cuando estén despiertos y bajo la supervisión de los padres* para favorecer el desarrollo psicomotor y de neurodesarrollo.

Más del 50% de las madres en los 3 momentos de la intervención educativa consideraron que los bebés deben *dormir en la misma habitación de los padres, pero en distintas camas*. Whiteside (2017), identificó que un 91% de los padres respondieron que el bebé dormía la mayor parte del tiempo en la misma habitación de ellos, pero en distintas camas (83). Esto fue consistente con la observación realizada durante la visita domiciliar de esta investigación de que la cama de dormir del bebé estaba en la misma habitación donde se encontraba la cama de los padres.

El conocimiento de las madres en relación a objetos que ellas consideraban seguros en el lugar de dormir del bebé como: *almohadas, juguetes, cobijas o dispositivos de seguridad* también se modificó. En el primer momento de la intervención, las participantes vieron la necesidad de eliminar todos aquellos objetos inseguros de la cama del bebé entre un 10 a un 33%, en el momento 3, el porcentaje fue del 80%. Al respecto, Sunny H (2019), reveló que las intervenciones preventivas del SIMS pueden ser efectivas para promover el uso de una superficie firme y eliminar elementos inseguros de un entorno para dormir. En su estudio muestra que muchos cuidadores no conocían previamente los riesgos de los objetos potencialmente peligrosos

en el entorno para dormir. Al respecto el autor muestra dentro de los resultados que, al inicio de su estudio, el 67% de los participantes informó usar ropa de cama ligera en el área de dormir del bebé, incluidas las mantas (64%), almohadas, cojines o juguetes (19%) y parachoques de cuna (14%). Luego de una intervención que realizó el autor conocida como LIFE se produjo una reducción significativa en el número de elementos inseguros en el entorno del sueño a los 7 días de seguimiento. Por ejemplo, el 7% de los participantes informó haber colocado almohadas, cojines o juguetes en un área para dormir en comparación con el 19% en la línea de base (86). En la misma línea, Whiteside (2017) preguntó a los participantes de su investigación con qué frecuencia usaban mantas pesadas u otras cubiertas para el clima frío, obteniendo como respuesta que los lactantes no fueron expuestos a mantas en la cuna (89%), ellos solo usaban mantas portátiles dado al conocimiento previo que tenían en relación al uso de mantas sueltas que ocasiona asfixia neonatal o en su defecto y menos crítico sobrecalentamiento en los bebés(83).

Respecto al *contacto con sustancias psicoactivas o alcohol durante el embarazo*, el 100% de las madres respondieron no tener ningún tipo de consumo o contacto. Así mismo consideraron importante vestir a sus bebés con *ropa adecuada* para evitar el sobrecalentamiento (98%) y reconocieron la importancia de *la lactancia materna* (99%) y las *vacunas* para el bienestar de sus bebés (99%).

El *uso de chupo* ha sido un tema de controversia en los padres dado a las consecuencias estéticas y fisiológicas que pueda tener el bebé por su uso. Es por eso que el 98% de las madres en el momento 1 de la intervención no estaban de acuerdo con proporcionar chupo al bebé.

Luego de la intervención educativa, 43% de ellas mejoraron su concepto hacia el uso del chupo. Así mismo, Whiteside (2017) obtuvo como resultado que un 38% de las madres informo que nunca usaba chupo a la hora de colocar a dormir a su bebé. Sin embargo 64% de las madres que recibió la intervención educativa mostraron un chupo durante la visita domiciliar y un 16% confirmo que siempre ofrece el chupo al bebé a la hora de dormir (83).

Algunos estudios sugieren que las intervenciones educativas mejoran el conocimiento y los comportamientos de los padres en relación al sueño seguro, pero deben incluir ciertos componentes teórico-prácticos para su efectividad, como por ejemplo folletos, libros, mantas portátiles, etc. Hutton (2017) revela que estos hallazgos son valiosos para ayudar a desarrollar enfoques alternativos que aborden las barreras culturales y de alfabetización para mejorar los resultados de la salud infantil (52). Así mismo, Seuss (2000) considera que los libros tienen la capacidad de abordar eficazmente historias o temas difíciles como por ejemplo la muerte, los temores, entre otros, ejemplificados por cuentos de hadas o por diseños dinámicos como imágenes y mensajes concisos (46). Atendiendo estas recomendaciones para la Intervención Educativa Durmiendo Seguro, se diseñó un libro preciso y dinámico, que apoyará el desarrollo de la intervención y fortaleciera el conocimiento de las madres cuando se encontraban en sus casas, siendo una ayuda en los momentos donde surgían algunas dudas en relación a la práctica de sueño seguro o para que ellas fueran voceras de estas recomendaciones.

Así mismo, las madres recibieron mantas portátiles, con el fin de limitar el uso de mantas sueltas que representan un factor de riesgo para la seguridad de los lactantes. En este sentido, Carolyn (2016), realizo un estudio donde planteó la hipótesis de que proporcionar a los cuidadores una

manta portátil aumentaría las prácticas de sueño seguro, concluyó que las mantas no mejoraron significativamente el conocimiento en relación a las practicas, pero pueden servir para recordar y estimular las conversaciones sobre el sueño seguro. Además, afirma que se debe establecer una intervención educativa para proporcionar conocimiento en relación al tema (70), como se realizó en esta investigación.

Por otra parte, esta investigación se orientó bajo la teoría de las Transiciones de Afaf Meléis (2000) (53) apoyando el proceso de transición de las madres cuidadoras de sus lactantes en el entorno del hogar desde el ámbito de la Práctica de Sueño Seguro. Las madres participantes vivieron un proceso de transición en el tiempo, teniendo un sentido de flujo y movimiento; experimentaron profundos cambios en su mundo externo desde la maternidad y además desde el nuevo enfoque en relación al sueño seguro de sus bebés. Estos cambios tuvieron repercusiones en la vida y la salud del lactante.

Los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la teoría se presentan en los siguientes cuatro componentes la transición, las propiedades universales, las condiciones y los patrones de resultado.

La transición: el tipo de transición que se da por el nacimiento de un bebé y los cambios relacionados en términos de conocimiento, roles, expectativas y modificación de aspectos del entorno (todos ellos en relación a la seguridad del lactante y al entorno del sueño) puede considerarse una transición de desarrollo. Esta transición es vivida bajo ciertas características personales y socioeconómicas, como la satisfacción que tienen por la llegada del bebé, el poseer una vivienda, el tipo de régimen de salud y los recursos significativos apoyo (cuidadores

secundarios) entre otros. Todas estas condiciones de la experiencia de transición fueron tenidas en cuenta en la intervención y en las variables incluidas dentro de la metodología propuesta. Respecto a las propiedades de la transición, durante la intervención Durmiendo Seguro, las madres recibieron educación con el fin de favorecer la conciencia respecto a la complejidad de la seguridad del bebe y su relación con la práctica de sueño seguro. El cambio en la conciencia fue evaluado a través de los diferentes momentos de medición. Así mismo se valoró el *compromiso* de ponerse a disposición de todas aquellas actividades que las ayudarían a mejorar su nivel de conocimiento en relación a esta temática, para ello se documentó la participación en la totalidad de la intervención para cumplir con la dosis de la intervención y se valoró a la adherencia. Con ayuda de los formatos aplicados en cada momento de la intervención, se pudo evaluar como las participantes mejoran conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro, logrando *cambios y diferencias*. Muchos estudios plantean que la meta de la teoría son las transiciones saludables que se dan como resultado del dominio de conductas, sentimientos, señales y símbolos asociados a nuevos roles e identidades y procesos no problemáticos (53).

No se observaron puntos *críticos* durante la intervención como fallecimiento, diagnóstico de enfermedad o pérdida de participantes. Y, por último, como indicadores de proceso y de resultado se evaluaron el conocimiento y la adherencia de las madres en relación a las prácticas de sueño seguro establecidas por AAP.

6. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento en relación a las prácticas de sueño seguro de las madres de los grupos experimental y de comparación al inicio del periodo de observación, fue homogéneo en su respuesta concentrándose en los valores inferiores de la medición.
2. El conocimiento y la adherencia a las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro en el grupo experimental después de haber recibido la intervención educativa de enfermería “*Durmiendo Seguro*”, mostró un aumento significativo en relación al grupo de comparación. La evidencia muestra, que si se hace un plan estandarizado de educación respecto al sueño seguro e implementado desde el periodo prenatal puede disminuir las ideas erróneas con respecto al sueño seguro y la capacidad de identificar ciertos artículos inseguros (29), aumentando la adherencia a las prácticas recomendadas. Esta investigación presenta una intervención educativa implementada desde las 34 semanas de gestación de las madres hasta el tercer mes de vida de los bebés. Se logró establecer encuentros continuos donde se brindó educación en relación a la práctica de sueño seguro por medio de TIC, simulación, actividades lúdicas, entrega de papelería e insumos como el libro y la manta portátil. Además, el seguimiento telefónico realizado al mes de vida del bebé y por último la visita domiciliaria, permitió medir conocimiento y adherencia de las madres a estas recomendaciones. Se planteó como necesario el acompañamiento continuo por un familiar para poder controlar las influencias culturales.
3. El grupo de comparación recibió la información habitual de la institución hospitalaria durante la estancia de la madre y el bebé, luego del nacimiento. Esta información incluye una lista de recomendaciones que debe tener la madre para el cuidado del recién nacido:

lactancia materna exclusiva, posición boca arriba, signos de alarma, curación del ónfalo, entre otros, información suministrada por el pediatra.

4. En la comparación del conocimiento y adherencia a las recomendaciones en relación a la práctica de sueño seguro de las madres entre grupos (experimental y de comparación). Se observa un descenso en los puntajes del conocimiento en el momento de la medición final (M3), aunque se mantiene un efecto de la intervención Durmiendo Seguro. Se podría justificar este descenso a las influencias culturales o los medios de comunicación que exponen imágenes confusas que podrían enviar un mensaje mixto y de las cuales los padres están expuestos. O también se le podría añadir el tiempo sin intervención que hubo desde el primer mes de vida del bebé que se realizó el seguimiento telefónico hasta los 3 meses que se realizó la visita domiciliaria.
5. Los resultados indican que las dos intervenciones evaluadas favorecen el conocimiento en relación a la práctica de sueño seguro entre momentos de medición, sin embargo, los valores de la media y la mediana son mayores en el grupo experimental.

7. LIMITACIONES

1. El tamaño de muestra fue calculado para el análisis de los puntajes globales y no para el análisis ítem por ítem. Este aspecto sugiere en futuros estudios utilizar un mayor tamaño de muestra que permita comparar las frecuencias con las estadísticas respectivas.
2. La extensión de la Encuesta del Sueño Infantil, pudo ocasionar incomodidad en algunas participantes.

8. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por el presente estudio, se proponen algunas recomendaciones de educación, desde la práctica y desde la investigación.

- Se recomienda realizar replica de este estudio con un mayor tamaño de muestra con el fin de hacer análisis ítem por ítem.
- Se recomienda realizar replica de este estudio tomando la variable “lugar exclusivo para dormir” como factor de análisis.
- Si bien se observó mejora en el conocimiento al momento del seguimiento telefónico, luego entre este y la visita domiciliaria disminuye, se recomienda para futuras investigaciones revisar qué aspectos podrían influir para mantener el conocimiento a través del tiempo.
- La aplicación del componente teórico disciplinar de enfermería al desarrollo de esta investigación, permite evidenciar su utilidad en la construcción de nuevo conocimiento y en el entendimiento de los fenómenos del cuidado.

- La intervención educativa de enfermería Durmiendo Seguro permitió que las participantes llevaran un acompañante durante todas las sesiones, este con el fin de controlar las influencias culturales. Se sugiere que futuras investigaciones evalúen la participación de los cuidadores secundarios en términos de su conocimiento y adherencia a las recomendaciones establecidas por la AAP de las Prácticas de Sueño Seguro.
- Es fundamental, motivar a los docentes, aprendices y trabajadores en el área de la enfermería sobre la importancia de las Prácticas de Sueño seguro para favorecer la seguridad del lactante menor, con el fin de que ellos puedan ser proveedores de esta estrategia.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cardoso AMR, Marín H de F. Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26.
2. Shrestha S, Adachi K, Petrini MA, Shrestha S, Rana Khagi B. Development and evaluation of a newborn care education programme in primiparous mothers in Nepal. *Midwifery* [Internet]. 2016;42:21–8. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.006>
3. Bass JL, Gartley T, Lyczkowski DA, Kleinman R. Trends in the Incidence of Sudden Unexpected Infant Death in the Newborn: 1995-2014. *J Pediatr* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.12.045>
4. Mason B, Ahlers-Schmidt CR, Schunn C. Improving safe sleep environments for well newborns in the hospital setting. *Clin Pediatr (Phila)*. 2013;52(10):969–75.
5. Dufer H, Godfrey K. Integration of safe sleep and sudden infant death syndrome (SIDS) education among parents of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2017;23(2):103–8. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184116301107>
6. Carrier CT. Back to Sleep: A Culture Change to Improve Practice. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2009;9(3):163–8. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2009.07.006>
7. Castro LL. Síndrome Infantil de Muerte Súbita: ¿Un problema de salud pública en Bogotá D.C.? 2014;182. Available from:
http://www.bdigital.unal.edu.co/48050/1/35498661_2014.pdf

8. Ahlers-Schmidt CR, Schunn C, Kuhlmann S, Kuhlmann Z, Engel M. Developing a state-wide infrastructure for safe sleep promotion. *Sleep Heal* [Internet]. 2017;3(4):296–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721817301018>
9. Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. *Soc Sci Med* [Internet]. 2013;79(1):84–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.025>
10. Erdoğan Ç, Turan T. Risky Behaviors of Mothers with Infants on Sudden Infant Death Syndrome in Turkey. *J Pediatr Nurs*. 2018;38:e2–6.
11. Brännström I. Classification of sudden infant death vs., nursing practices addressed sleeping position: Configurative domains observed in key references. *J Neonatal Nurs*. 2010;16(1):7–16.
12. Malloy MH. Prematurity and sudden infant death syndrome: United States 2005-2007. *J Perinatol* [Internet]. 2013;33(6):470–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2012.158>
13. Whiteside-Mansell L, Nabaweesi R, Caballero AR, Mullins SH, Miller BK, Aitken ME. Assessment of Safe Sleep: Validation of the Parent Newborn Sleep Safety Survey. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2017;35(Supplement C):30–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088259631630464X>
14. Jenik A, Estela Grad D, Virginia Orazi D, Liliana Sapoznicoff D, Letizia Fasola D, Rocca Rivarola M, et al. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría. *Soc Argentina Pediatría* [Internet]. :1–19. Available from: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consideraciones-sobre-el-sue-ntildeo-seguro->

- del-lactante-grupo-de-trabajo-en-muerte-s-uacutebita-e-inesperada-del-lactante-de-la-sociedad-argentina-de-pediatr-iacutea.pdf
15. Courts C, Madea B. Genetics of the sudden infant death syndrome. *Forensic Sci Int* [Internet]. 2010;203(1–3):25–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2010.07.008>
 16. Gaw CE, Chounthirath T, Midgett J, Quinlan K, Smith GA. Types of Objects in the Sleep Environment Associated With Infant Suffocation and Strangulation. *Acad Pediatr* [Internet]. 2017;1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2017.07.002>
 17. Mathews A, Joyner BL, Oden RP, He J, McCarter R, Moon RY. c. *J Pediatr* [Internet]. 2016;175:79-85.e2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.05.004>
 18. Rocca Rivarola M. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. *Intramed* [Internet]. 2015;1–20. Available from: <http://www.intramed.net/userfiles/2015/file/muertesubita.pdf>
 19. Kim D, Saada A. The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: A cross-country systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(6):2296–335.
 20. Raines DA. Factors That Influence Parents' Adherence to Safe Sleep Guidelines. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2018;(February):1–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217518300145>
 21. Moon RY. Grupo de trabajo sobre el síndrome de muerte súbita del lactante. SIDS y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño: expansión de las recomendaciones para un entorno de descanso seguro para bebés. *Pediatrics*. 2011;128(5):1030–9.
 22. Colson ER, Willinger M, Rybin D. Trends and factors associated with infant bed sharing, 1993-2010: the National Infant Sleep Position Study. *Pediatrics*. 2013;167(11):1032–7.

23. CK SM, M W, DV R, L C, Mj C. Trends in infant bedding use: National Infant Sleep Position study, 1993-2010. *Pediatrics*. 2015;135(1):10–7.
24. Batra EK, Teti DM, Schaefer EW, Neumann BA, Meek EA, Paul IM. Nocturnal Video Assessment of Infant Sleep Environments. *Pediatrics* [Internet]. 2016;138(3):e20161533–e20161533. Available from:
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2016-1533>
25. C salm WT, Balfour G M. Infant safe sleep interventions, 1990–2015: A review. *J community Heal*. 2015;
26. Doering JJ, Marvin A, Strook S. Parent decision factors, safety strategies, and fears about infant sleep locations. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2017;34:29–33. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.01.002>
27. Colson ER, K ML, K F, S L, T C. Barriers to following the back-to-sleep recommendations: Insights from focus groups with inner-city caregivers. *Ambul Pediatr*. 2005;5(6):349–54.
28. Moon RY. Taskforce on Sudden Infant Death Syndrome (2016). SIDS and other sleep related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016;138(5).
29. Kuhlmann Z, Kuhlmann S, Schunn C, Klug BF, Greaves T, Foster M, et al. Collaborating with obstetrical providers to promote infant safe sleep guidelines. *Sleep Heal* [Internet]. 2016;2(3):219–24. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721816300419>
30. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and Child Health. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 2009;163(2):131. Available from:

- <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpediatrics.2008.539>
31. C A, P ST, C L, Lipke B. NICU nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. *Adv Neonatal Care*. 2006;6(5):281–94.
 32. Gelfer, P., Cameron, R., Masters, K., & Kennedy KA. Integrating “back to sleep” recommendations into neonatal ICU practice. *Pediatrics*. 2013;131(4):e1264–70.
 33. Newberry JA. Creating a safe sleep environment for the infant: What the pediatric nurse needs to know. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2019;44:119–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.001>
 34. Barsman, S. G., Dowling, D. A., Damato, E. G., & Czeck P. Neonatal nurses' beliefs, knowledge, and practices in relation to sudden infant death syndrome risk-reduction recommendations. *Adv Neonatal Care*. 2015;15(3):209–19.
 35. R G, G PA, C PR. Implementation of the American Academy of Pediatrics recommendations to reduce sudden infant death syndrome risk in neonatal intensive care units: An evaluation of nursing knowledge and practice. *Adv Neonatal Care*. 2010;10(6):332–42.
 36. Andreotta J, Hill C, Eley S, Vincent D, Moore JM. Safe sleep practices and discharge planning. *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2015;21(5):195–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2015.04.003>
 37. Naugler MR, DiCarlo K. Barriers to and Interventions that Increase Nurses' and Parents' Compliance With Safe Sleep Recommendations for Preterm Infants. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2018;22(1):24–39. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.12.009>
 38. Johannemann TR, Conkright LN, Warner BB, Altimier L, Swehla M. Safe Sleep: One Organization's Approach to Enhancing Patient Safety. *Newborn Infant Nurs Rev*.

- 2007;7(2):86–90.
39. Colson ER, Geller NL, Heeren T, Corwin MJ. Factors Associated With Choice of Infant Sleep Position. *Pediatrics* [Internet]. 2017;140(3). Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/08/17/peds.2017-0596%0Ahttp://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2017/08/17/peds.2017-0596.full.pdf>
 40. Moon RY. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome SIDS and other sleep-related infant deaths: evidence for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016;138:e2016940.
 41. Párraga CLA, Abello MC, Rojas ALC. Estrategia de atención integral a la primera infancia: Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. *Pres la República - Cero a Siempre*. 2013;282.
 42. Shipstone R, Young J, Kearney L. New Frameworks for Understanding Sudden Unexpected Deaths in Infancy (SUDI) in Socially Vulnerable Families. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2017;37:35–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.022>
 43. Review S, Angeles LAL, Group AM. AAP Announces New Safe Sleep Recommendations to Protect Against SIDS , Sleep-Related Infant Deaths. 2016;24–7.
 44. Rowe AD, Sisterhen LL, Mallard E, Borecky B, Schmid B, Rettiganti M, et al. Integrating Safe Sleep Practices into a Pediatric Hospital: Outcomes of a Quality Improvement Project. *J Pediatr N* Rowe, A D, Sisterhen, L L, Mallard, E, Borecky, B, Schmid, B, Rettiganti, M, Luo, C (2016) Integr Safe Sleep Pract into a Pediatr Hosp Outcomes a Qual Improv Proj *J Pediatr Nursin* [Internet]. 2016;31(2):e141–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088259631500336X>

45. Gilbert G, Consenstein L, Ponto L, Lafaver S. to Prevent Falls and Promote Safe Sleep. 43(1).
46. Cadematori ME, Piranian MA, Skrzypek PA, Pron AM. Caregiver Compliance With Safe Sleep Guidelines. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2016;16(3):122–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.08.004>
47. Kelly H. Putting families at the heart of their baby’s care. *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2018;24(1):13–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.005>
48. Im EO. Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. *Nurs Outlook* [Internet]. 2011;59(5):278-285.e2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2011.03.008>
49. Cappuccio, F. P., D’Elia, L., Strazzullo, P., & Miller MA. Sleep duration and allcause mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep Heal.* 2010;33(5):585–92.
50. Volkovich, E., Ben-Zion, H., Karny, D., Meiri, G., & Tikotzky L. Sleep patterns of cosleeping and solitary sleeping infants and mothers: A longitudinal study. *Sleep Med.* 2015;16(11):1305–12.
51. Rholdon RD, Lemoine J, Templet TA. Simulation: Improving Knowledge and Retention of Infant Safe Sleep Practices. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2018;19:38–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.04.001>
52. Hutton JS, Gupta R, Gruber R, Berndsen J, Dewitt T, Ollberding NJ, et al. Randomized Trial of a Children ’ s Book Versus Brochures for Safe Sleep Knowledge and Adherence in a High-Risk Population. *Acad Pediatr* [Internet]. 2017;17(8):879–86. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.018>

53. Marriner Tomey A RAM. Teoría de las Transiciones, A. Meleis. Modelos y teorías en enfermería. 8º edición. Elsevier., editor. Madrid; 2015. 368 – 384 p.
54. R.Y. Moon AT on SIDS. SIDS and other sleep related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016;138(5):2016–938.
55. Knight et al., J. Knight, V. Webster, L. Kemp EC. Sudden infant death syndrome in an urban aboriginal community. *Pediatr Child Heal*. 2013;49(12):1025–31.
56. Littlefield TR, Saba NM, Kelly KM. On the current incidence of deformational plagiocephaly: An estimation based on prospective registration at a single center. *Semin Pediatr Neurol*. 2004;11(4):301–4.
57. Hirsch HM, Mullins SH, Miller BK, Aitken ME. Paternal perception of infant sleep risks and safety. *Inj Epidemiol*. 2018;5(1):23–9.
58. Marriner Tomey A RAM. Modelos y teorías en enfermería. 8º edición. Elsevier., editor. Madrid; 2015. 368 – 384 p.
59. Austral U. SALUDABLES Declaración de Montevideo - Comité de muerte súbita e inesperada del lactante Declaración de Montevideo Sobre sueño seguro del lactante y hábitos de crianza Comité de muerte súbita e inesperada del lactante Asociación Latinoamericana de Pediatr. 2016;
60. Rojas F. Seguridad humana: nuevos enfoques. 2012. 180 p.
61. Mora-López G, Ferré-Grau C, Montesó-Curto P. Analysis of the transition process among family caregivers in a hospital in the region of Catalonia in Spain. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2016;29:242–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.06.009>
62. Sanson I. cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev*

- Latino.am.enfermagem. 1999;7(3):25–32.
63. Meleis A TP. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nurs Outlook*. 1994;42:255–9.
 64. Meleis AI, Sawyer L, Im E et al. Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;23:12–28.
 65. Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. 7th ed. 2011.
 66. Fawcett J. *Applying conceptual models of nursing*. 2017. 91 p.
 67. Mary Jane Smith, PhD, RN Patricia R. Liehr, PhD R. *Middle Range Theory for Nursing*. Third Edit. Springer Publishing Company L, editor. New York; 2014. 6–31 p.
 68. Davies K, Bruce IA, Bannister P, Callery P. Safe sleeping positions: practice and policy for babies with cleft palate. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2017;176(5):661–7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2893-0>
 69. Volpe LE, Ball HL, McKenna JJ. Nighttime parenting strategies and sleep-related risks to infants. *Soc Sci Med* [Internet]. 2013;79(1):92–100. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.043>
 70. Ahlers-Schmidt CR, Schunn C, Nguyen M, Nimeskern-Miller J, Ilahe R, Kuhlmann S. Does providing infant caregivers with a wearable blanket increase safe sleep practices? A randomized controlled trial. *Clin Pediatr (Phila)*. 2016;55(1):79–82.
 71. Keene Woods N, Ahlers-Schmidt CR, Wipperman J, Williams T. Comparing Self-Reported Infant Safe Sleep From Community- and Health Care–Based Settings. *J Prim Care Community Health*. 2015;6(3):205–10.
 72. Rowe AD, Sisterhen LL, Mallard E, Borecky B, Schmid B, Rettiganti M, et al. Integrating Safe Sleep Practices into a Pediatric Hospital: Outcomes of a Quality Improvement

- Project. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2016;31(2):e141–7. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.10.015>
73. Mellor B. Sample size methodology. *Acad Press*. 2018;11(4):562–3.
 74. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación. *Metodología de la investigación*. 2010. 656 p.
 75. DESU, M. and RAGHAVARAO D. Sample size methodology. MA: Academic Press, editor. Boston; 1990. 49 p.
 76. Fernandez AR. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Enferm Intensiva*. 2011;29(1):30–41.
 77. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Programa de Apoyo a la reforma. Universalidad y diversidad Del cuidado cultural. niversidad Nacional de Colombia.
 78. Salazar Gómez T. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. *Enfermería Univ*. 2018;7(1):49–54.
 79. Cogollo-Milanés Z, Gómez-Bustamante EM. Variables asociadas al inicio del consumo de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de los colegios oficiales de la ciudad de Cartagena, Colombia. *Aquichan*. 2014;14(2):226–36.
 80. Whittemore R GM. The systematic development of nursing interventions. *Nurs Sch*. 2002;34(2):115–20.
 81. Ball, H. L., & Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - moving the discussion forward. *Soc Sci Med*. 2013;79:84–91.
 82. León-Castelao E, Maestre JM. Prebriefing in healthcare simulation: Concept analysis and terminology in Spanish. *Educ Medica* [Internet]. 2019;20(4):238–48. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.011>

83. Whiteside-Mansell L, Nabaweesi R, Caballero AR, Mullins SH, Miller BK, Aitken ME. Assessment of Safe Sleep: Validation of the Parent Newborn Sleep Safety Survey. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2017;35:30–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.033>
84. Gelfer, P., Cameron, R., Masters, K., & Kennedy KA. Integrating “back to sleep” recommendations into neonatal ICU practice. *Pediatrics*. 2013;131:1264–70.
85. Colecho en el hogar , lactancia materna y muerte súbita del lactante . Recomendaciones para los profesionales de la salud. 2017;105–10.
86. Shin SH, Jiskrova GK, Kimbrough T, Trowbridge K, Lee E, Ayers CE. Impact of a Comprehensive Hospital- Based Program to Remove Unsafe Items from Infant ’ s Sleeping Area : A Prospective Longitudinal Study. 2019.

10. ANEXOS

Anexo A: Formato ad hoc de datos Sociodemográficos y Factores Modificables y no Modificables

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERIA <i>DURMIENDO SEGURO</i> Formato de Recolección de datos Sociodemográficos y Factores Modificables y no Modificables		
DATOS GENERALES		
<u>IDENTIFICACIÓN</u>		
Nombre y apellidos de la madre: _____		Edad de la madre: _____
Teléfonos: _____		Dirección de residencia: _____
Municipio: _____		Barrio: _____
Nivel educativo: Ninguno Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Técnica o tecnológica Universitaria	Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Separado (a) Viudo (a) Unión libre Otros	Ocupación: Empleado Trabajador independiente Ama de casa Desempleado Estudiante
<u>SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICO</u>		
Grupo de atención especial: Desplazados Afrodescendiente Indígenas No aplica	Tipo de afiliación en salud: Contributivo Subsidiado Particular Ninguno	Estrato: I II III IV
<u>CONDICIONES DE LA VIVIENDA</u>		
Tenencia de la vivienda: Propia Arrendada Familiar	Material de la vivienda: Madera Ladrillo Otros	Tipo de vivienda: Casa Apartamento Cuarto
¿Cuántas personas viven en la vivienda?: 1 a 3 personas 4 a 6 personas 7 a 9 personas Más de 9 personas		¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda?: 2 habitaciones 3 habitaciones 4 habitaciones Más de 4 habitaciones
<u>CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO</u>		
Donde dormirá el recién nacido: En un corral En una cuna En la cama de los padres En la cama de los hermanos Otros _____		Con quien dormirá el recién nacido: Sólo Con los papas Con los hermanos Otros
Figura de apoyo para el cuidado del recién nacido durante los primeros 3 meses de vida: Padre del bebé Abuela (o) Tía (o) Hermana(o) Otros		
<u>FACTORES MODIFICABLES Y NO MODIFICABLES DEL RECIÉN NACIDO</u>		

¿Con qué frecuencia consume usted alguna bebida alcohólica durante el embarazo?: Ocasionalmente Habitualmente Nunca	¿Consume o ha consumido alguna sustancia psicoactiva durante el embarazo?: Si No
¿Usted consume o ha consumido cigarrillo durante el embarazo?: Si No	¿Alguna de las personas que vive en su casa consume cigarrillo?: No Si, quien? _____

Elaboración propia

Anexo B. *Formato de Evaluación del Conocimiento de las Recomendaciones de la Práctica de Sueño Seguro.*

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA DURMIENDO SEGURO Formato de evaluación del conocimiento de las recomendaciones de la práctica de sueño seguro
<p>¿Cuál considera que es la <u>posición adecuada</u> para poner a dormir a su bebé durante la siesta o en la noche?:</p> <p>Boca arriba Boca abajo De medio lado</p>
<p>¿Cuál considera que es el <u>lugar adecuado</u> para colocar a dormir a su bebé durante la siesta o en la noche?:</p> <p>En su cuna, en una habitación aparte En su cuna, en la habitación de los papás Con los papás en la misma cama En una hamaca</p>
<p>¿Colocará usted almohadas, cobijas o juguetes en la cuna donde dormirá su bebé?:</p> <p>Si No No lo se Tal vez Explique su respuesta</p>
<p>¿Sabe usted que la exposición al humo del cigarrillo y/o al alcohol puede tener riesgos para la salud de su bebé?:</p> <p>Si No Algo he escuchado Explique su respuesta</p>
<p>¿Su bebé estará seguro si duerme en una superficie blanda o en superficies como sillas y hamacas?:</p> <p>Si No No lo se Tal vez Explique su respuesta</p>
<p>¿La manera adecuada de vestir al bebé para dormir es ?:</p> <p>Con una pijama que sea adecuada en relación a la temperatura de la habitación Con una pijama gruesa sin tener en cuenta la temperatura de la habitación Con una pijama gruesa y además cubriendo la cara y la cabeza, sin tener en cuenta la temperatura de la habitación Con una pijama que sea adecuada para la temperatura de la habitación y que además la cara y la cabeza queden descubiertas</p>
<p>¿Ofrecerá usted chupo a su bebé?:</p> <p>No, porque se le dañan los dientes No, porque se puede ahogar con el chupo Si, para entretenerlo mientras está despierto Si, para que no llore Sí, porque favorece su seguridad</p>
<p>¿En qué momento puede estar el bebé en posición boca abajo?:</p> <p>Al dormir una siesta Al dormir por la noche Cuando está despierto y supervisado por un adulto Al dormir en la cama de los papás</p>
<p>¿Conoce usted algún dispositivo que ayude a mantener la seguridad de su bebé?:</p> <p>Monitores domésticos para vigilar al bebé Dispositivos que mantengan al bebé en una posición específica Dispositivos que eviten el reflujo en el bebé No conozco ninguno</p>

No existen dispositivos que ayuden a mantener la seguridad de su bebé
¿Sabe usted que las vacunas protegen a los bebés de enfermedades y otros riesgos? Si No Algo he escuchado Explique su respuesta
¿Sabe usted que la lactancia materna es una medida de que protege al bebé de enfermedades y otros riesgos?: Si No Explique su respuesta
¿Alguna vez ha escuchado sobre el sueño seguro en los bebés?: Si No Tal vez Explique su respuesta
¿Sabe usted que es el Síndrome de Muerte Súbita Infantil: Si No Tengo alguna idea Explique su respuesta

Basada en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría sobre la Práctica de Sueño Seguro,

Elaboración propia.

Anexo C: *Formato de Invitación a la Intervención Educativa Durmiendo Seguro*



¿QUIERES SER PARTE DE UN GRUPO DE MADRES PROVEEDORAS DE SUEÑO SEGURO?

Te invito a participar a una intervención educativa llamada Durmiendo Seguro.
Tendremos 3 encuentros presenciales los días:

- 1 de agosto 2019.
- 8 de agosto 2019.
- 9 de agosto 2019.

Lugar: Hospital Universidad del Norte.
Hora: 9:00 a.m.

ES IMPORTANTE QUE VEN GAS CON UN ACOMPAÑANTE.
¡LOS ESPERAMOS SIN FALTA!



DURMIENDO
-seguro-

Anexo D: *Caratula del Libro Durmiendo Seguro Diseñado por la Investigadora*



Basado en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría sobre las Practicas de Sueño Seguro.

Elaboración propia.

Anexo E: *Logo diseñado para la Intervención Educativa Durmiendo Seguro*



Elaboración propia

Anexo F: *Formato de Planeación (basado en el Modelo de Escuela Superior de Enfermería, Coímbra- Portugal) Prebri-fieng*

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DURMIENDO SEGURO: PRÁCTICA SIMULADA	
Nombre del Caso: Identificando situaciones de riesgo para mi bebé	
<p><u>Objetivos de aprendizaje:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las diferentes posiciones para colocar a dormir a un bebé y acorde a lo aprendido en la sesión anterior, señalar cual es la indicada según lo establecido por la Academia Americana de Pediatría. - Demostrar por medio de un simulador bebé la posición adecuada para un sueño seguro. - Argumentar las razones del porque colocar a dormir a un bebé boca arriba es lo correcto. - Identificar factores de riesgo, objetos y situaciones que pueden prevalecer a que el lactante tenga riesgo de muerte súbita. - Promover el colecho durante el año de vida del lactante en la misma habitación de los padres, pero no en la misma cama. 	
<p><u>Descripción de la situación:</u></p> <p>Habrà una estudiante de enfermería que actuarà como la madre de un bebé (simulador) recién nacido, la llamaremos María, la cual tendrá 22 años de edad, es su primer hijo y es la única cuidadora por el momento, pues ella espera a su madre que podrá ayudarla en quince días.</p> <p>María se encontrará en una habitación donde se evidencia una cama de adultos y al lado la cuna del bebé. Adentro de la cuna se encuentra 4 almohadas, 3 peluches que le regalaron sus amigas y una cobija gruesa.</p> <p>¡María se encuentra en una mecedora durmiendo a su bebé, pero se observa un poco angustiada y preocupada porque no sabe mucho acerca de los cuidados que debe brindarle a su bebé, iniciando por saber cuál es la mejor manera de colocar a dormir al bebé, tiene miedo de que se ahogue mientras duerme!</p> <p>María se levanta de la mecedora y se dirige a acostar al bebé, lo coloca boca abajo y en ese momento deben ingresar al escenario la madre y el acompañante participante. En el guion 1 se describe como se irá desarrollando esta simulación.</p>	
<p><u>Información para los participantes:</u></p> <p>Para fundamentar las bases en el escenario y ayudar a los participantes en la consecución de los objetivos de aprendizaje, deben haber asistido a la segunda sesión de esta intervención educativa donde se brindará información general sobre los ítems a tratar y en el cual obtendrán un libro para acceso rápido a esta información. Por otra parte, se les hará una descripción de la actividad de simulación enunciado cada uno de los objetivos establecidos.</p>	
<p><u>Apoyo otro profesional:</u></p> <p>El investigador se encontrará presente durante la simulación para responder cualquier duda o inquietud, así como también realizará retroalimentación al finalizar la simulación. Por otra parte, ofrecerá elementos que se requieran durante la intervención.</p>	
<p><u>Intervención educativa basada en la evidencia:</u></p> <p>Esta simulación a realizar está basada en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, y aplicada por profesionales de enfermería expuestos en el marco de referencia de la actual intervención.</p>	
<p>Descripción del ambiente simulado: Habitación de un bebé recién nacido que cuenta con una cuna.</p>	<p>Paciente Simulado y caracterización: Madre adolescente de 22 años, primigestante.</p>
<p><u>Material y equipos:</u> Habitación de un bebé, cuna, simulador, almohadas, juguetes de peluche, cobija, chupo, estudiante de enfermería que actuara como la madre del bebé.</p>	

Guion práctico simulada

Estación 1: Posición

Estudiante de enfermería actuando como madre: la estudiante se encontrará en una estación donde habrá un cuarto y una cuna. Ella recién llegó del hospital donde tuvo a su primer bebé. En estos momentos se encuentra sola en su casa pues su esposo tuvo que ir a trabajar y su mamá no ha llegado del pueblo.

Ella angustiada no sabe cómo debe colocar a dormir a su bebé, pues ha escuchado que ellos no expulsan muy bien los gases y si se vomitan se pueden ahogar.

Con su bebé dormido se acerca a la cuna y primero coloca al bebé dormir a medio lado (derecho) y luego al lado izquierdo, por último, lo coloca boca abajo pero no está segura de lo que está haciendo.

En esos momentos ingresa la madre y el acompañante participante ella los saluda y les realiza una pregunta: ¿sabes cómo debo acostar a dormir a mi bebé para que no se ahogue?

Madre y acompañante: Se espera respuesta de los participantes basado en el conocimiento brindado en la sesión anterior y reforzada por el libro de lectura rápida.

Estudiante de enfermería: Esta entrega el simulador a los participantes para que hagan la demostración de la posición adecuada.

Madre y acompañante: Se espera que estos realicen la posición adecuada (boca arriba) con el simulador.

Estudiante de enfermería: deberá preguntarles a los participantes por qué colocar a su bebé dormir boca arriba es la posición correcta.

Madre y acompañante: Ellos deberán responder de acuerdo a la información brindada en la sesión número dos y reforzada con el libro de lectura rápida.

Estudiante de enfermería: Nuevamente le surge una pregunta en relación a las ventajas y desventajas de esta posición.

Madre y acompañante: Ellos deberán responder de acuerdo a la información brindada en la sesión número dos y reforzada con el libro de lectura rápida.

Estudiante de enfermería: Agradece la participación a la madre y al acompañante.

Nombre del Caso: Identificando situaciones de riesgo para mi bebé	Estación 1: Posición
<p><u>Objetivos de aprendizaje:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las diferentes posiciones para colocar a dormir a un bebé y acorde a lo aprendido en la sesión anterior, señalar cual es la indicada según lo establecido por la Academia Americana de Pediatría. - Demostrar por medio de un simulador bebé la posición adecuada para un sueño seguro. - Argumentar las razones del porque colocar a dormir a un bebé boca arriba es lo correcto. - Describir ventajas y desventajas de la posición como practica de sueño seguro. 	
<p><u>Descripción de la situación:</u> Habrá una estudiante de enfermería que actuará como la madre de un bebé (simulador) recién nacido, la cual tendrá 22 años de edad, es su primer hijo y es la única cuidadora. Tiene muchas dudas de como acostar a dormir a su bebé y empieza a simular varias posiciones. La madre y el acompañante participante observan lo que la estudiante realiza y responderá a una pregunta que ella realizará (<i>ver guion 1</i>) Luego la madre y el acompañante participante demostrarán con el simulador cual es la posición adecuada y surgirán unas series de preguntas por parte de la estudiante de enfermería. (<i>ver guion 1</i>)</p>	
<p><u>Orientaciones para el desarrollo:</u> 5 min Prebriefing 10 min inicio de simulación (actuación de una situación en común en relación a la posición de los bebes a la hora de dormir) 20 min Participación de las madres gestantes y sus acompañantes en la resolución de a la situación planteada en la actuación. 10 Retroalimentación 10 min Debriefing</p>	

Debriefing

RENDIMIENTO BASADO EN LOS OBJETIVOS	RENDIMIENTO OBSERVADO	COMO LO EXPRESARON	QUE HA FUNCIONADO BIEN	LO APRENDIDO
Identificar la posición adecuada, el lugar adecuado, la superficie firme, el retiro de objetos inseguros, el uso de una manta portátil y además el uso del chupo para favorecer la seguridad infantil durante el sueño.				
Demostrar por medio de un simulador cual es la posición, lugar y superficie adecuada para colocar a dormir al bebé. Luego retirar objetos inseguros del ambiente del bebé y por ultimo explicar cómo se coloca la manta portátil y ofrece el chupo al bebé para la hora de dormir.				
Argumentar las razones del porque realizaron las anteriores recomendaciones.				
Describir los beneficios de la práctica de sueño seguro establecidas por la AAP.				

Fuente: Adaptado de Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare - DASH. CMS (Center for Medical

Simulation), 2010.

Anexo G: *Imágenes de la Manta Portátil*



Elaboración propia

Anexo H: *Certificado Entregado a las Madres por la Participación en la Intervención Educativa*
Durmiendo Seguro



Elaboración propia

Anexo I. *Guion de Seguimiento Telefónico para Evaluar el Cumplimiento de las Prácticas de Sueño Seguro.*

Paso 1: Saludo y presentación

Muy buenos días, le habla Jury Figueroa, enfermera del Hospital Universidad del Norte... ¿con quién tengo el gusto? ... sería tan amable de comunicarme con la señora N.N por favor.

Cuando llega a contacto con el cliente

Buenos días señora M.P, le habla Jury Figueroa, enfermera del Hospital Universidad del Norte...

¿Como esta?

Paso 2: Motivo de la llamada

El día de hoy la estoy llamando para que me cuente como le ha ido con las recomendaciones dadas en relación a la práctica de sueño seguro y si ha podido cumplirlas junto a los cuidadores secundarios. Recuerde que todo esto lo realizamos con el fin de brindarle un lugar seguro a su bebé a la hora de dormir.

Para ello realizare las siguientes preguntas:

Paso 3: Aplicación de la lista de chequeo

Pregunta	Verdadero	Falso
1. ¿Cree usted que colocar a su bebé a dormir solo, boca arriba y en su propia cuna es la manera más segura?		
2. ¿La exposición de un bebé al humo de cigarrillo puede aumentar el riesgo de SMSL?		
3. ¿Para evitar el sobrecalentamiento usted debe vestir a su bebé dependiendo del estado climático en que se encuentre?		
4. ¿Cree usted que su bebé se encuentra seguro durmiendo en superficies suaves como colchones, sillas, hamacas, etc.?		
5. ¿Cree usted que es seguro poner objetos en la cuna como mantas, almohadas y juguetes, cuando el bebé se encuentre allí?		
6. ¿Ofrecer un chupo limpio y seco al bebé cuando duerme boca arriba puede reducir el riesgo de SMSL?		

Paso 4: Despedida

Le agradezco mucho por su tiempo. En caso de necesite contactarse conmigo se puede comunicar a este número telefónico 3008040351.

Recuerde que le hablo Jury Figueroa, enfermera del Hospital Universidad del Norte. Que tenga un buen día.

Elaboración propia

Anexo J: *Encuesta del Sueño Infantil. Assessment of Safe Sleep Validation of the Parent*

Newborn Sleep, Whiteside-Mansell (2017)

Nombre del niño(a): _____

Edad del niño: _____ Sexo del niño _____

Nombre de la madre: _____ Edad de la madre: _____

Fecha de la encuesta: _____

Me gustaría explorar con usted acerca de dónde y cómo duerme su bebé. Sus respuestas nos ayudarán a servirle en este programa. No la estaré “calificando” y podemos hablar más acerca de cualquiera de las preguntas después de terminada la encuesta.

Entiendo que puede usted no ser la única persona que acuesta a su bebé a dormir. La mayor parte del tiempo, le estaré preguntando acerca de lo que usted hace cuando pone su bebé a dormir, no acerca de lo que otras personas hacen. En algunas ocasiones, le preguntaré qué piensa de lo que las otras personas hacen, pero me aseguraré de dejarle saber cuándo llego a esas preguntas.

También, comprendo que podría usted estar cuidando de su bebé en más de un lugar, así, a medida que responda, dígame qué hace cuando está cuidando su bebé aquí.

SECCIÓN N 1

Primero, quiero hablarle acerca de dónde acuesta usted a su bebé para dormir. No me refiero al lugar donde él/ella se queda dormido(a) de vez en cuando, me refiero al lugar donde usted lo lleva cuando llega el momento de una siesta o de ir a dormir en la noche. De nuevo, estoy preguntando qué hace usted, cuando cuida de su bebé aquí.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Nunca
¿Con qué frecuencia acuesta usted a su bebé a dormir				
en una cama de adulto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en una CUNA infantil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en una CUNA portátil o en un corral o corralito portátil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en una cunita o moisés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la madre responde ‘*todo el tiempo*’ a cualquier de estas preguntas, pase a la Sección 2. Lo está haciendo bien. Recuerde, responda con base en cómo usted acuesta a su bebé a dormir.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Nunca
¿Con qué frecuencia acuesta usted a su bebé a dormir				
sobre el piso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sobre un sofá o sillón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en un asiento infantil para el coche, columpio para bebé, o asiento brinca-brinca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Hay algo más que no mencioné, donde mantiene o acuesta a su bebé a dormir, al menos algunas veces? (si responde que sí): ¿En dónde acuesta a dormir al bebe? _____

(si responde que no, pase a 9):

(Si anotó arriba más de una superficie para dormir): Usted mencionó más de un lugar donde su bebé algunas veces duerme. Si tuviese que escoger sólo una de éstos, ¿cuál diría usted que utiliza con mayor frecuencia (seleccione sólo uno)? (De ser necesario, recuérdale a la madre cuáles ítems dijo ella que utiliza al menos algunas veces, de las preguntas 1-8).

- O Cama para adulto o cuna infantil de tamaño completo
- O Cuna portátil/corral/corralito portátil
- O Piso
- O Moisés/cunita
- O Sofá/sillón
- O Asiento infantil para el coche/columpio para bebé/asiento brinca-brinca

SECCIÓN N 2

Nota para el Encuestador: Salte a la Sección 3 si la madre respondió NUNCA a las preguntas 2, 3, Y 4.

Usted expresó que su bebé algunas veces duerme en una cuna, moisés, corral, cunita o cuna portátil. Piense en una de estas, en la que su bebé duerme con mayor frecuencia. Yo llamaré a esta la cuna (o utilice el nombre que la madre requiere basado en las respuestas a los ítems 2, 3, 4). Ahora quiero hablar acerca de algunos otros elementos que usted podría o no podría utilizar cuando su bebé está durmiendo ahí. De nuevo, utilice esta lista de respuestas para decirme con qué frecuencia cada uno de estos elementos se encuentra en la (CUNA) de su bebé cuando él/ella está durmiendo.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Alg unas veces	Nunca
Quando su bebé está durmiendo, ¿con qué frecuencia tiene la (CUNA) un colchón dentro de ésta? – uno que llene el fondo de la (CUNA) y que no deja espacio entre el colchón y los bordes de la (CUNA).	O	O	O	O
¿Con qué frecuencia lleva el colchón una sábana ajustable? – el tipo de sábana con elástico alrededor de los bordes.	O	O	O	O
¿Con qué frecuencia hay un cojín, almohada, manta pesada o manta de piel de oveja, <u>sobre</u> el colchón pero <u>debajo</u> del bebé?	O	O	O	O
Quando su bebé está durmiendo, ¿con qué frecuencia hay una almohadilla de parachoques alrededor de los bordes de la (CUNA)?	O	O	O	O
¿Con qué frecuencia hay una manta ligera en la (CUNA) con su bebé?	O	O	O	O
¿Con qué frecuencia hay una manta pesada, edredón o cubrecama en la (CUNA) con su bebé?	O	O	O	O
¿Con qué frecuencia hay un muñeco de peluche en la (CUNA) con su bebé?	O	O	O	O
Quando su bebé está durmiendo, ¿con qué frecuencia hay una almohada en la (CUNA) para que él/ella descanse su cabeza?	O	O	O	O

¿Con qué frecuencia utiliza usted algo en forma de cuña o alguna otra cosa para sostener al bebé en una posición particular mientras él/ella duerme, o para evitar que se voltee?

SECCIÓN N 3

Nota para el Encuestador: Salte a la Sección 4 si la madre respondió NUNCA a las preguntas 2, 3 Y 4.

Hablemos un poco más de la (cuna/cuna portátil/moisés/corral/ cunita) en que su bebé duerme con mayor frecuencia. Para las siguientes preguntas, usted puede responder con “sí”, “no” o “no lo sé”.

¿Tiene la (cuna) partes que le falten o que estén rotas?
 SI 2. NO 3. No lo se

¿Cree usted que el colchón en la (cuna) es firme?
 SI 2. NO 3. No lo sé 4. No tiene colchón

Imagine que su bebé está sentado en su (cuna/cama), y que él/ella se puede mover dentro de ésta. ¿Hay cables, alambres o cuerdas lo suficientemente cerca de la (cuna/cama) que su bebé pueda tocar?
 SI 2. NO 3. No lo se

SECCIÓN N 4

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Nunca
¿Con qué frecuencia duerme usted y su bebé en la misma <u>cama</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia duerme su bebé en la misma cama con alguien más? ¿Con quién duerme su bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la noche, ¿con que frecuencia duerme su bebé en la misma <u>habitación</u> con usted y otro adulto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECCIÓN N 5

Bien, ha hecho usted un buen trabajo al decirme acerca de dónde duerme su bebé. Ahora, hablemos acerca de algunas otras cosas relacionadas con los hábitos de sueño del bebé. Tal como antes, me interesa lo que usted hace, cuando cuida de su bebé aquí.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Nunca
¿Con qué frecuencia le da usted un chupo a su bebé cuando lo acuesta a dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia pone usted a su bebé a dormir boca abajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Acuesta a su bebé a dormir de medio lado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Acuesta a su bebé a dormir boca arriba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Con qué frecuencia viste usted a su bebé con al menos 3 capas de ropa antes de acostarlo a dormir? No cuente el pañal o las medias como una capa de ropa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Con qué frecuencia cubre usted la cara de su bebé con algo mientras él/ella duerme? – como un paño para eructo o una manta.

O O O O

Bien, esas son todas mis preguntas acerca de lo que usted hace para su bebé a la hora de dormir. Ahora, sólo en general, desde que nació su bebé, ¿con qué frecuencia ha sido su bebé alimentado con leche materna?

O Todo el tiempo O La mayor parte del tiempo O Algunas veces O Nunca

SECCIÓN N 6

Ahora, quiero hablar un poco acerca de lo que otras personas que estén ayudando a cuidar de su bebé. ¿Quién es la persona que más le ayuda a cuidar de su bebé?

LA PERSONA QUE MÁS AYUDA

<input type="radio"/> Nadie	<input type="radio"/> La madre del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi madre	<input type="radio"/> La madrastra del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi madrastra	<input type="radio"/> La hermana del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi hermana	<input type="radio"/> La tía del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi tía	<input type="radio"/> La tía abuela del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi tía abuela	<input type="radio"/> La abuela del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi abuela	<input type="radio"/> La bisabuela del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi bisabuela	<input type="radio"/> El padre del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi padre	<input type="radio"/> El padrastro del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi padrastro	<input type="radio"/> El hermano del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi hermano	<input type="radio"/> El tío del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi tío	<input type="radio"/> El tío abuelo del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi tío abuelo	<input type="radio"/> El abuelo del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi abuelo	<input type="radio"/> El bisabuelo del padre del bebé
<input type="radio"/> Mi bisabuelo	<input type="radio"/> Otro familiar del padre del bebé
<input type="radio"/> Otro familiar mío (describa):	
<input type="radio"/> Alguien más (describa):	

(Si respondió 'nadie' a 33, pase a la Sección 7 – Si se nombra a un ayudante arriba, continúe)

¿Ha hablado usted con (LA PERSONA QUE MÁS AYUDA) acerca de donde usted desea que su bebé duerma mientras que él/ella está cuidando del bebé – por ejemplo, si usted desea que el bebé duerma en una CUNA o en una cama?

SI 2. NO 3. NO LO SE

¿Ha hablado usted con (LA PERSONA QUE MÁS AYUDA) acerca de si usted desea que su bebé duerma boca abajo, de medio lado o boca arriba?

SI 2. NO 3. NO LO SE

En los últimos 30 días, ¿ha observado usted a (LA PERSONA QUE MÁS AYUDA) acostar a su bebé a dormir?

SI (pregunte a y b) 2. NO/ NO RECUERDA (salte a la sección 7)

a. Piense acerca de la última vez que vio a (LA PERSONA QUE MÁS AYUDA) acostar a su bebé a dormir. ¿Acostó él/ella a su bebé de medio lado, boca arriba o boca abajo?

O Medio lado O Boca arriba O Boca abajo

b. ¿Sobre qué o dentro de qué acostó él/ella a su bebé para dormir? *(De ser necesario, puede leer la lista de opciones abajo. Si responde simplemente "cama," pregunte "¿Qué tipo de cama?" y lea la lista de opciones abajo.)*

O Cama para adultos O Cuna tamaño completo O Cuna portátil/corral

O Cunita O Moisés O Piso

O Sofá/Sillón O Asiento infantil para el coche/columpio para bebé/asiento brinca-brinca

O Algo más (describa): _____

SECCIÓN N 7

Ahora, quiero preguntarle acerca de otras personas que viven con usted y su bebé. Estoy especialmente interesada en las mujeres de anteriores generaciones. Mencionaré a algunas mujeres que podrían vivir con usted. Simplemente diga “Sí” si menciono una persona que vive aquí con usted y su bebé. *(Si responden que sí, rellene el círculo).*

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Mi madre | <input type="radio"/> La madre del padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi madrastra | <input type="radio"/> La madrastra del padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi tía | <input type="radio"/> La tía del padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi tía abuela | <input type="radio"/> La tía abuela del padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi abuela | <input type="radio"/> La abuela del padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi bisabuela | <input type="radio"/> La bisabuela del padre del bebé |

Confirme el número de personas que viven con la madre y el bebé sumando las respuestas afirmativas: _____

Ha hecho usted un muy buen trabajo en responder a mis preguntas – gracias. Sé lo importante que es para usted la seguridad de su bebé. Algunas veces, hay cosas acerca del entorno de sueño de un bebé que pueden ser muy peligrosas. Me gustaría ver el lugar donde su bebé usualmente duerme – la (cuna/cuna portátil / moisés / corral /cama) de la cual usted ya respondió preguntas. ¿Puede llevarme ahí ahora? Me gustaría que se quedara conmigo mientras le doy una mirada a esta área. Miraré todo muy bien y tomaré algunas notas. Le informaré qué es lo que estoy mirando a medida que lo hago.

SECCIÓN N 8.1 OBSERVACIÓN: ENTORNO DEL SUEÑO INFANTIL

Nota para el Encuestador: los ítems en esta observación los debe ver usted. No entreviste para obtener respuesta. Registre lo que observa. Luego de cada ítem, puede decirle a la madre qué es lo que usted está mirando, y explique la práctica recomendada. Elogie al cliente por las cosas que está haciendo bien. Si la cliente avanza a formular otras preguntas, inste con “Llegaremos a eso en unos minutos”.

¿Puede usted mostrarme uno de los chupos del bebé que usted utilizaría cuando lo acuesta a dormir? *Si la madre responde que no se utiliza un chupo, marque No usa chupo.*

¿Hay una cuerda adherida al chupo?

- N/A – No usa chupo No Sí No puede mostrar el chupo

¿Hay un juguete blando u otro ítem blando adherido al chupo?

- N/A – No usa chupo No Sí No puede mostrar el chupo

Ahora, me gustaría que me mostrase cómo acuesta al bebé. Haga todo como normalmente lo hace. Tome su tiempo, y yo tomaré algunas notas. *(Si la madre requiere dirección, insiste con “Yo sólo quiero ver lo que usted normalmente hace. Hablaremos sobre todo esto en unos cuantos minutos”.*

Él bebe lo colocó:

- Boca arriba De medio lado Boca abajo

Tipo de manta utilizada:

- Delgada Pesada Ninguna

¿Cómo se colocó la manta?

- Envuelta Sobre el bebé, sin plegar Sobre el bebé, plegada

¿Retiró la madre algún objeto de la (cuna/cama) al acostar al bebe?

- Ninguno Almohada Muñeco de peluche Otros: _____

Nota para el encuestador: ahora podría ser un buen momento para parar y revisar lo que ha observado hasta aquí. Incluya elogios y recomendaciones para el cambio. Mensajes claves: nada de artículos blandos o ropa de cama suelta en la (cuna/cama).

¿Está el espacio para dormir del bebé en la misma HABITACIÓN donde uno más de los padres u otros adultos aparentemente duerme?

SI 2. NO

(Si no, informe a la cliente que la Academia Americana de Pediatría recomienda que se comparta la habitación – pero que NO se comparta la cama – por los primeros 6 meses de vida.)

Marque cualquiera de estos elementos que vea en el entorno de sueño del bebé:

- Cuerdas o cables eléctricos que el bebé podría alcanzar si está sentado, incluidos los de los monitores para bebés
- Cordones de elementos para cubrir las ventanas que el bebé podría alcanzar si se sienta *(Si hay cordones o cables – Note que éstos podrían estrangular a un bebé.)*
- Animal(es) de peluche
- Almohada
- Manta pesada/edredón/cubre cama
- Cojín parachoques
- Cojín en forma de cuña
- Otro elemento de posicionamiento para el sueño (describa): _____

(De ser necesario, explique cómo los ítems blandos como los listados arriba pueden ser peligros de asfixia.)

Tipo de espacio para dormir:

- Cama (Pase a la Sección 8.3)
- Sofá o sillón
- Piso (Pase a la Sección FINAL)
- Asiento infantil para coche/columnpio para bebé/asiento brinca-brinca
- Cuna tamaño completo
- Cuna portátil/corral/corralito portátil *Pase a la siguiente Sección 8.2*
- Moisés/cunita

SECCIÓN N 8.2 COMPLETE SI HAY CUNA, CORRAL, MOISES, CUNITA

Si el tipo de espacio para dormir incluye cuna/cuna portátil /corral /moisés/cunita

¿Está la (CUNA) elevada en uno de sus extremos? 1. SI 2. NO

¿Está el colchón elevado en uno de sus extremos? 1. SI 2. NO

Si la CUNA o el colchón están elevados, informe a la cliente que esto puede causar un cambio de posición que resulta en la incapacidad del bebé para respirar, y que no es generalmente recomendado. En algunas circunstancias, los pediatras podrían recomendar esta práctica para ciertos infantes. Las madres deben seguir las recomendaciones de sus pediatras.

Mire las partes de la (CUNA), como se ve en el siguiente listado. ¿Hay algún material dañado? Marque todos los que falten o estén dañados.

Parte de la CUNA a examinar	Dañado	Falta	Presente, sin Daño Visible
Marco de madera o plástico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soporte de colchón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Colchón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Algo más (describa):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	N/A	
<i>(Hable con la cliente acerca de cualquiera área que le preocupan a usted. La cliente debe discutir cualquier reparación necesaria con el fabricante).</i>				
<i>Observe la superficie sobre la cual se acuesta el bebé para dormir. Busque cualquier cosa que parece ser usada para soporte o amortiguación <u>debajo</u> del bebé.</i>				
<i>¿Utiliza la cliente alguno de estos ítems en lugar de, o adicional a, un colchón apropiado (sólo note esos ítems que se utilicen <u>debajo</u> del bebé)?</i>		Usa esto en vez de (o en lugar del) colchón	Usa esto adicional al colchón	N/A
Almohada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedazo de espuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manta pesada/colcha/edredón/piel de oveja (utilizado como colchón – no utilizado para cubrir al bebé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algo más (describa):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	N/A

Responda las siguientes preguntas acerca del colchón. Si se utiliza un colchón y un elemento de adición, como una manta grande debajo del bebé, responda acerca de la combinación de ítems utilizados debajo del bebé.

¿Hay sábana ajustable sobre el colchón?

SI 2. NO 3. N/A – No hay colchón

¿Aparenta ajustarse correctamente la sábana al colchón?

Si 2. No 3. N/A – No hay sábana ajustable 4. N/A – No hay colchón

¿Mantiene el colchón/ su forma cuando lo cubre la sábana ajustable?

Si 2. No 3. N/A – No hay sábana 4. N/A – No hay colchón

¿Hay una brecha mayor al ancho de 2 dedos entre los bordes del colchón y el marco de la cuna/corral/moisés?

SI 2. NO 3. N/A – no hay colchón

¿Es el espacio entre las barandas de la cuna mayor a 5cm?

SI 2. NO 3. N/A – No hay baranda (p.ej. en el caso de un corral)

Indique los riesgos de atrapamiento y estrangulación.

SECCIÓN N 8.3 COMPLETE SI EL BEBE DUERME EN UNA CAMA

Al mirar a la cama donde duerme el menor:

Verifique todos los ítems que observa en la cama:

Colchón apropiado para el tipo de cama

Sustituto de colchón (Favor describa): _____

Adición al colchón (Favor describa): _____

Baranda de cama

Dispositivo para dormir en la cama

Dispositivo para dormir a medio lado de la cama

Otros ítems (describa): _____

(Discuta los peligros de los productos no recomendados y/o colchones estándares de cama, si es aplicable.)

Anexo K: Certificado de Traducción



Certification of Technical Translation

To Whom this May Concern

International Logistics SAS (www.ilsas.org), hereby certifies that the document: **Infant Sleep Interview**, by Professor **Jury Jannette Figueroa Cortina** from Universidad de La Sabana, Colombia, was translated from English into Spanish by our scientific and technical language staff.

International Logistics has been instrumental in the publication of over 5500 articles in international indexed journals. Our company has more than 20 years of experience, as noted in our client and service portfolio (www.ilsas.org).

Sincerely yours.



Prof. Albert Ortz
Academic Director
International Logistics SAS
New York City, London, Santiago de Cali
academico@ilsas.org
02 May 2019

Anexo L: *Permiso de Traducción por parte de las Autoras de la Encuesta Sueño Infantil*

Colombian nurse interested in the practice of safe infant sleep 4

Reenvió este mensaje el Vie 01/03/2019 15:31.
Traducir mensaje a: Español | No traducir nunca de: Inglés

WL Whiteside-Mansell, Leanne <WhitesideMansellLeanne@uams.edu>
Lun 22/10/2018 20:47
Jury Jannette Figueroa Cortina; MULLINS, S. HOPE <MullinsSamanthaH@uams.edu>

Jury,
Of course, I am passing this to Hope Mullins so she can provide you with the latest version and keep up with where it is being used. She is copied on this and should see it to send to you shortly.
Thanks for your important work and your interest in ours.
Leanne

Leanne Whiteside-Mansell, Ed. D.
Director of Division of Research and Evaluation - RED
Professor, Department of Family & Preventive Medicine
College of Medicine, University of Arkansas for Medical Sciences
521 Jack Stephens Drive #530, Little Rock, AR 72205-7199
501-686-7633 (Land line - Office) or Cell: 501-256-4199

The Family Map <http://www.thefamilymap.org/>
WISE <http://windywise.com/>
Family & Preventive Medicine Research www.familymedicine.uams.edu

...

Anexo M: *Formato de Consentimiento Informado para los Participantes*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Práctica de Sueño Seguro como estrategia para favorecer la seguridad del lactante menor.

Investigador Principal: Enfermera Jury Jannette Figueroa Cortina

Directora de tesis: Enfermera Gloria Carvajal Carrascal

Información para los participantes

Introducción: Le estamos invitando a usted a participar en la investigación denominada *Práctica de Sueño Seguro como estrategia para favorecer la seguridad del lactante menor*. Antes de que usted pueda decidir si permite o no ser un voluntario para este estudio, debe entender el propósito, los riesgos y beneficios que se obtendrán con los resultados de la presente investigación.

Este proceso se llama el consentimiento informado, en este documento se le brindará información sobre el estudio el cual será analizado con usted. Una vez entendido el estudio y si permite su participación, usted solicitará firmar el documento del consentimiento informado. Se le dará una copia de éste documento para que usted lo conserve.

Antes de que conozca acerca el estudio, es importante que usted sepa lo siguiente:

La participación es totalmente voluntaria.

Puede decidir si usted participa o no en el estudio o retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión.

Si el estudio es cambiado en cualquier forma que le afecte a usted, será enterada de los cambios y podrá solicitar nueva firma de consentimiento informado.

Objetivo del estudio

Evaluar el efecto de la intervención educativa de enfermería “*Durmiendo Seguro*” comparada con la intervención informativa habitual sobre la Práctica de Sueño Seguro como estrategia para favorecer la seguridad del lactante menor, en un grupo de madres que asisten a una institución de salud de Barranquilla.

Beneficios derivados del estudio

El propósito de este estudio es determinar si al aplicar una intervención educativa que tiene como nombre “*Durmiendo Seguro*” le permitirá a usted mejorar el conocimiento y la adherencia en relación a la práctica de sueño seguro para favorecer la seguridad del lactante menor y ayudar a reducir los índices de mortalidad infantil a causa del Síndrome de Muerte Súbita.

Riesgos potenciales

Los posibles riesgos para usted en este estudio son mínimos, dado a que la intervención será meramente educativa. De igual manera la investigadora cuenta con apoyo de algunos trabajadores de la institución hospitalaria el cual estará disponible en caso de necesitar de su ayuda durante el proceso de educación.

Si usted necesita de algún procedimiento médico de carácter urgente durante la aplicación de la intervención “Durmiendo Seguro”, ésta se suspenderá y se realizará inmediatamente el procedimiento.

Si la investigadora considera que usted necesita ser valorada por el personal terapéutico de apoyo como psicología, trabajo social, entre otros, la remitirá cuantas veces considere necesario.

Alternativas de participación

Si durante la estancia hospitalaria (prenatal o post natal) usted decide no participar en el estudio o si decide retirarse del estudio en cualquier momento, el hospital continuará tratándola con el mismo cuidado y el mismo profesionalismo que se trata al resto de los pacientes.

Preguntas

Este estudio ha sido revisado y evaluado tanto para los beneficios como para los riesgos y tiene la aprobación del Hospital Universidad del Norte y del comité de ética. Si tiene preguntas o inquietudes acerca del proceso de consentimiento informado o de los derechos suyos como participante, debe comunicarse con el Comité de Ética:

Nombre: Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte.

Número de teléfono: +57 (5) 3509509 Ext. 3493

Dirección: KM5 vía Puerto Colombia. Universidad del Norte-1er piso bloque F- Puerto Colombia, Atlántico, Colombia.

Confidencialidad

Los registros médicos y de investigación suya se mantendrán confidencialmente, así como las leyes lo exigen. Para cumplir este requisito a cada participante en la investigación se le asignará un código numérico que facilite la identificación de la pertenencia al grupo experimental o grupo control y se evitará registrar el nombre. Usted debe saber que el comité de investigación y el comité de ética de la institución tanto educativa como de salud tienen derecho a inspeccionar los registros correspondientes a esta investigación con el propósito de verificar los datos.

Autorización voluntaria

Antes de firmar este documento, se asegura que el propósito, los beneficios, riesgos, riesgos y alternativas han sido explicados y sus inquietudes han sido respondidas. Entendiéndose que usted puede hacer preguntas en cualquier momento y es libre de retirarse del estudio en cualquier momento sin causarle afectación a su atención hospitalaria.

Doy mi consentimiento para mi participación en este estudio.

Nombre de la madre

N° identificación de la madre

Firma de la madre

Fecha: (DD/MM/AAAA)

Nombre del testigo n°.1

Fecha: (DD/MM/AAAA)

Firma del testigo n°.1

Nombre del testigo n°. 2

Fecha: (DD/MM/AAAA)

Firma del testigo n°. 2

Declaración juramentada del investigador

Yo certifico, que he explicado en forma individual la naturaleza y propósito del estudio, los beneficios potenciales, los posibles riesgos asociados con la participación en este estudio. Yo he respondido todas las preguntas que han surgido y tengo la evidencia anteriormente firmada.

Nombre de la persona que llevó a cabo el análisis del consentimiento informado

Firma

Fecha: (DD/MM/AAAA)