

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UPLA

TESIS

Título : **ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN”- HUANCAYO; 2022**

Autoras : **Davila Flores, Noelia Estefanny**
Tito Lisonde, Lino

Para optar : **El título profesional de Licenciada en Enfermería**

Asesor : **Mg. Elia Mendez Gave**

Línea de investigación institucional : **Salud y gestión de la salud**

Fecha de inicio y término : **12 de octubre del 2022 / 12 de octubre del 2023**

HUANCAYO – PERÚ – 2023

DEDICATORIA

A: mis padres, por ofrecerme toda su comprensión, por que creyeron siempre en mí y en mis capacidades, porque me dieron la seguridad para poder continuar aun en condiciones de adversidad; por cimentar en mí el valor del esfuerzo y la persistencia, además de forjar en mí las ansias de acrecentar mis conocimientos.

Noelia

A: mis maestros, que me ofrecieron sus conocimientos expertos, desarrollaron mis competencias a un nivel experto para poder ejercer la profesión de manera sobresaliente. Porque forjaron en mí valores de empatía y compasión, además de originar en mí el ímpetu para capacitarme de manera permanente.

Lino

AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma mater la “Universidad Peruana Los Andes”, que nos dio la oportunidad de formarnos como profesionales de Enfermería, nos ofreció educación de calidad y los escenarios óptimos para el desarrollo de nuestras competencias profesionales; gracias a ello, podemos destacar en el desempeño profesional.

A todo el personal del hospital “El Carmen” de Huancayo que nos otorgaron todas las facilidades para poder desarrollar esta investigación.

Davila Flores, Noelia Estefanny
Tito Lisonde, Lino

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0051-FCS -2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **TESIS** Titulada:

ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL "EL CARMEN"- HUANCAYO; 2022

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **Bach. DAVILA FLORES NOELIA ESTEFANNY**
Bach. TITO LISONDE LINO

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ENFERMERÍA**

Asesor(a) : **Mg. ELIA MARGARITA MENDEZ GAVE**

Fue analizado con fecha **12/10/2023** con el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

El documento presenta un porcentaje de similitud de **25** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 11 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 12 de octubre de 2023.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

INTRODUCCIÓN

El cuidado centrado en la familia pone a la familia en el centro de todas las actividades de salud. La familia asume un papel activo en la planificación, implementación y evaluación del cuidado y tiene voz en el cuidado del neonato tanto como un profesional de la salud; existe cooperación de la familia con los profesionales sanitarios, el objetivo es mantener la conexión entre el neonato y la familia, garantizando que la familia sea eficaz en el cuidado del neonato para prevenir o minimizar los efectos negativos de la hospitalización; procura satisfacer las necesidades de cuidado de la familia y del neonato de forma individualizada y única para sus necesidades; se basa en: honrar las diferencias, el respeto, compartir información y la activa colaboración familiar; esta forma de abordar la atención del neonato genera satisfacción de los padres con el cuidado recibido.

La atención centrada en la familia se orienta en que el cuidado clínico del neonato se planifique considerando a la familia; los padres están involucrados en el cuidado de su hijo hospitalizado, colaboran con la enfermera para atender a sus necesidades; la enfermera orienta, enseña y apoya de manera permanente a la madre. Los principios del cuidado centrado en la familia son cooperar y reconocer la participación de la familia en la vida del neonato, respetar las diferencias culturales del neonato y la familia, compartir información precisa con la familia continuamente, satisfacer las necesidades de desarrollo del neonato y la familia, y brindar apoyo emocional a las familias. La implementación de cuidados centrados en la familia conduce a resultados positivos significativos, como: la reducción del estrés experimentado por la familia y el neonato, la reducción del tiempo de tratamiento y el aumento de la satisfacción con

el cuidado. Sin embargo, la asociación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado no ha sido establecida de manera concluyente; asimismo, no se han encontrado investigaciones a nivel nacional sobre la asociación de estas variables; por lo que es fundamental efectuar esta investigación.

La investigación desarrollada tuvo el objetivo de determinar la relación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022; se efectuó un estudio correlacional transversal, teniendo una población de referencias de 280 madres de niños hospitalizados en el servicio de neonatología del “Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen” de Huancayo en el 2022; se eligió una muestra de 165 madres de neonatos mediante el método de muestreo aleatorio simple; se administró el “Cuestionario de cuidado centrado en la familia en la atención hospitalaria neonatológica” y el “Cuestionario de satisfacción parental con el cuidado neonatológico”; para determinar el grado de asociación entre las variables se calculó el coeficiente de correlación “r” de Pearson ; se recurrió al análisis del “p value”, además de aplicó la “prueba t para coeficientes de correlación” para la comprobación de las hipótesis del estudio.

El presente informe de investigación, está constituido por seis apartados: en el Capítulo I, se manifiestan las razones y argumentos que llevaron al desarrollo de este estudio; en el Capítulo II, se exponen los considerandos teóricos que dan estructura racional a la investigación; en el Capítulo III, se formulan las hipótesis; en el Capítulo IV, se establece la metodología empleada para el logro de los objetivos; en el Capítulo V, se exponen los hallazgos fundamentales organizados en tablas y gráficos; y en el

Capítulo VI, se efectúa el contraste de los resultados más significativos de la investigación con los hallazgos de otras investigaciones con las mismas variables. Se adicionan las conclusiones y recomendaciones; se anotan las referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. En los anexos se añaden los instrumentos de recolección de datos.

Los autores

CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	IV
INTRODUCCIÓN	VI
CONTENIDO	IX
CONTENIDO DE TABLAS	XIV
CONTENIDO DE FIGURAS	XVII
RESUMEN	XX
ABSTRACT	XXI

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	22
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	29
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	31
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	31
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	31
1.4. JUSTIFICACIÓN	32
1.4.1. SOCIAL	32
1.4.2. TEÓRICA	32
1.4.3. METODOLÓGICA	33
1.5. OBJETIVOS	34
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	34
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO	35
2.2. BASES TEÓRICAS	45
2.2.1. ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN NEONATOLOGÍA	45
2.2.1.1. APERTURA PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL NEONATO	53
2.2.1.2. ASISTENCIA A LA MADRE PARA LA ATENCIÓN DEL NEONATO	60
2.2.1.3. RESPETO A LA MADRE QUE ATIENDE A SU HIJO	65
2.2.2. SATISFACCIÓN DE LOS PADRES CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	68
2.2.2.1. DILIGENCIA	74
2.2.2.2. ORIENTACIÓN	77
2.2.2.3. CONFORTAMIENTO	80
2.2.2.4. PREVISIÓN	83
2.2.2.5. PREDILECCIÓN	85
2.2.2.6. MONITORIZACIÓN	88
2.3. MARCO CONCEPTUAL	91

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL	95
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	95
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO	96
3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	97

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	101
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	102
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	103
4.4. DISEÑO	104
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	105
4.5.1. POBLACIÓN	105
4.5.2. MUESTRA	106
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	108
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	110
4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS	110
4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS	111
4.7.3. PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS	111
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	111

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	114
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS	114
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	120
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	124
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	131
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD	131
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA APERTURA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	134
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	140
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA AL RESPETO Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	146
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	152

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	158
6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	163
6.3. ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	167
CONCLUSIONES	173
RECOMENDACIONES	174
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
ANEXOS	183

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: EDAD DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	114
TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	115
TABLA 3: OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	116
TABLA 4: NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	117
TABLA 5: NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	118
TABLA 6: PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	119
TABLA 7: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA APERTURA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	120
TABLA 8: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	121
TABLA 9: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL RESPETO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	122
TABLA 10: CONSOLIDADO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	123

TABLA 11: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA DILIGENCIA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	124
TABLA 12: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ORIENTACIÓN EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	125
TABLA 13: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL CONFORTAMIENTO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	126
TABLA 14: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA PREVISIÓN EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	127
TABLA 15: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA PREDILECCIÓN EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	128
TABLA 16: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA MONITORIZACIÓN EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	129
TABLA 17: CONSOLIDADO DE SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	130
TABLA 18: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	132
TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA APERTURA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	136
TABLA 20: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	142

TABLA 21: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA AL RESPETO Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO 148

TABLA 22: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO 154

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1: EDAD DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	114
FIGURA 2: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	115
FIGURA 3: OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	116
FIGURA 4: NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	117
FIGURA 5: NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	118
FIGURA 6: PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	119
FIGURA 7: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA APERTURA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	120
FIGURA 8: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	121
FIGURA 9: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL RESPETO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	122
FIGURA 10: CONSOLIDADO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022	123

FIGURA 11: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA DILIGENCIA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	124
FIGURA 12: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ORIENTACIÓN EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	125
FIGURA 13: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL CONFORTAMIENTO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	126
FIGURA 14: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA PREVISIÓN EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	127
FIGURA 15: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA PREDILECCIÓN EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	128
FIGURA 16: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA MONITORIZACIÓN EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	129
FIGURA 17: CONSOLIDADO DE SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022.....	130
FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA APERTURA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO.....	135
FIGURA 19: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO.....	141
FIGURA 20: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA AL RESPETO Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO.....	147

FIGURA 21: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA
EN LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL
CUIDADO NEONATOLÓGICO 153

RESUMEN

El estudio científico se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022, se efectuó un estudio relacional transaccional; se tuvo una población de referencia de 280 madres de neonatos hospitalizados en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022, se eligió una muestra de 165 madres de neonatos , se aplicó el “Cuestionario de cuidado centrado en la familia en la atención hospitalaria neonatológica” y el “Cuestionario de satisfacción parental con el cuidado neonatológico”; los resultados de mayor significancia indican que; el 64.2 % de las madres perciben una baja o muy baja atención centrada en la familia en el cuidado neonatológico y el 43.7 % de las madres declaran tener baja o muy baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico; también, se encontró que el incremento de la atención centrada en la familia coincide con una mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico (coeficiente de correlación de r de Pearson = 0,418).

PALABRAS CLAVES: atención centrada en la familia, satisfacción parental, neonatos, atención hospitalaria.

ABSTRACT

The scientific study was carried out with the objective of determining the relationship between family-centered care and parental satisfaction with neonatal care at the "El Carmen" hospital in Huancayo in 2022, a transactional relational study was carried out; There was a reference population of 280 mothers of newborns hospitalized at the "El Carmen" hospital in Huancayo in 2022, a sample of 165 mothers of newborns was chosen, the "Family-centered care questionnaire in hospital care" was applied. pediatric" and the "Questionnaire of parental satisfaction with neonatal care"; the most significant results indicate that; 64.2% of mothers perceive low or very low attention focused on the family in neonatal care and 43.7% of mothers state they have low or very low parental satisfaction with neonatal care; also, increased family-centered care was found to coincide with greater parental satisfaction with neonatal care (Pearson's r correlation coefficient = 0.418).

KEY WORDS: family-centered care, parental satisfaction, neonates, hospital care.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La atención centrada en la familia en neonatología es brindar servicios especializados de salud al recién nacido disponiendo del apoyo y colaboración de la madre y otros familiares; se basa en establecer un vínculo de cooperación entre los profesionales de la salud, los pacientes y las familias; asegura que los servicios hospitalarios respondan a la condición clínica del neonato, pero que a la vez considere las preferencias y los valores de las madres y otros familiares; reconoce a las familias son socios esenciales para la calidad y seguridad de la atención médica durante la atención directa del neonato. La atención centrada en la familia, se trata de brindar servicios respetuosos, compasivos y culturalmente receptivos, cuidado que satisfaga las necesidades y creencias de las familias; trabajando en respaldo y concordancia con ellos. Los proveedores de atención médica se asocian con las familias ya que comparten los mismos objetivos: atención segura, de alta calidad y satisfactoria con los mejores resultados posibles (1).

La satisfacción materna con el cuidado neonatológico, es una percepción y una actitud hacia la experiencia de cuidado de su recién nacido hospitalizado; es la medida en que las madres perciben que sus necesidades y expectativas referentes al cuidado de su hijo son satisfechas por los servicios prestados por el personal de enfermería; se

relaciona con resultados de salud que son consistentes con sus valores y preferencias. Las madres califican su satisfacción bajo diferentes perspectivas como la actitud en el cuidado, la calidad técnica del cuidado, la continuidad del cuidado, la accesibilidad y la conveniencia, las finanzas (capacidad de pagar los servicios), el entorno físico, la eficacia y el resultado del cuidado. La satisfacción de la madre puede estar mediada por variables como la edad, el estado de salud informado, el origen étnico, el género, el compromiso con el sistema, la fe y la gratitud, o las percepciones de lo que constituye un "buen" profesional de la salud. Otros factores que podrían influir en la satisfacción de la madre; son sus preferencias, el apoyo emocional, la participación de familiares y amigos, la continuidad y la transición, la comodidad física, la empatía y el cuidado personalizado (2).

Se logran resultados de salud óptimos cuando los familiares del neonato desempeñan un papel activo, brindando apoyo instrumental, emocional y social. Los miembros de la familia, especialmente los padres, son defensores naturales del paciente neonatal para quien las necesidades emocionales, sociales y de desarrollo son serias y urgentes. Las actividades y los programas de apoyo familiar se llevan a cabo con la intención de ayudar a las familias a sobrellevar el estrés de tener un bebé en cuidados intensivos y apoyar a la familia que se une al cuidado de su bebé. Los miembros de la familia son más efectivos como contribuyentes a la toma de decisiones médicas y a los procesos de curación cuando mantienen una comunicación abierta y honesta con los proveedores de atención, y cuando la atención se adapta a sus creencias culturales y éticas. La madre que participa de forma directa del cuidado de su hijo tiene una mayor satisfacción con los cuidados de enfermería, al permitirle estar cerca de su hijo, se

siente más segura e incrementa su confianza en los profesionales de salud; además de reducir el estrés y la ansiedad (3).

En una investigación efectuada en Nueva Delhi, India; Sarin E, Arti M, encuentran que la atención centrada en la familia, basada en la participación colaborativa de la familia junto con un equipo de proveedores de atención médica, aumenta el bienestar de los bebés enfermos y la satisfacción de las madres con el cuidado de sus hijos; la atención centrada en la familia está basada en la asociación entre la familia y el equipo de atención médica para brindar atención al recién nacido enfermo. La asociación colaborativa se basa en la dignidad y el respeto, el intercambio de información y la participación de la familia a través de sus competencias adquiridas para brindar atención esencial al recién nacido. Los padres a menudo informan angustia, frustración y alienación si se les excluye del cuidado de los recién nacidos enfermos; sin embargo, si se les brinda la oportunidad de participar en la atención, reciben una comunicación clara sobre el estado de su recién nacido y establecen una relación colaborativa con la enfermera, experimentan satisfacción y reducen su estrés. La atención centrada en la familia reduce la duración de la estancia hospitalaria, mejora su bienestar, permite una mejor asignación de los recursos humanos y mejora el vínculo entre padres e hijos; todo esto eleva la satisfacción de los padres con los cuidados recibidos (4).

En un estudio ejecutado en Tehran, Iran; Mirlashari J, Brown H, Fomani F, Salaberry J, hallan que la implementación de la atención centrada en la familia en la unidad de cuidados intensivos neonatales incrementa la satisfacción de la madre; sin embargo, su puesta en funcionamiento está condicionada a factores: culturales, legales y operativos; se requieren cambios organizacionales, administrativos y operativos para

su adecuada ejecución. La atención centrada en la familia implica incluir a los padres en la planificación y prestación de la atención pediátrica y neonatal; se basa en los principios de compartir información, respetar y honrar las diferencias, asociación y colaboración, negociación y cuidado en el contexto de la familia y la comunidad. Dentro de un enfoque, las familias son reconocidas como miembros integrales del equipo de atención y son consideradas las principales responsables de la toma de decisiones por sus bebés. La implementación de la atención centrada en la familia FCC en las unidades de neonatología mejora el apego óptimo entre padres e hijos durante la hospitalización, reduce la duración de la estadía y mejora la satisfacción de los padres con la atención hospitalaria (5).

En una investigación desarrollada en Denver; EEUU; Neu M, Klawetter S, Greenfield J, Roybal K, Scott J, Hwang S, evidencian que la participación de las madres en el cuidado y la toma de decisiones para sus bebés en las unidades de neonatología, mejora su experiencia y satisfacción con los servicios. El cuidado centrado en la familia suscita una duración más corta de la hospitalización, la reducción de los reingresos hospitalarios, mejores resultados del desarrollo neurológico y aumento de peso infantil, menos ansiedad materna y mayor satisfacción de la madre con los servicios. El cuidado centrado en la familia enfatiza la asociación entre los padres y el personal de atención médica. Los principios básicos son la presencia ilimitada de los padres y la participación de los padres, la responsabilidad y la toma de decisiones compartidas sobre la atención hospitalaria del bebé y la comunicación abierta entre los padres y el personal. El aumento de la presencia y participación de los padres en el cuidado de los bebés ha llevado a mejores resultados de desarrollo de los bebés, ha disminuido la ansiedad y la depresión de los padres y ha

dado como resultado padres más seguros e informados. El diseño tradicional de la unidad y las actitudes del personal centradas en el profesionalismo se han identificado como barreras para la implementación efectiva de este modelo de atención (6).

En un estudio realizado en Brasilia, Brasil; Miranda A, Miranda M, Ollé J, Tonin L; encuentran que la aplicación de la atención centrada en la familia mejora los resultados clínicos de los bebés, e incrementa la satisfacción de las madres con los servicios de salud; la atención centrada en la familia incorpora una comunicación abierta y honesta entre padres y profesionales. Los problemas de atención médica y de enfermería, así como los posibles problemas éticos que puedan surgir, se comparten y se discuten con los padres. Permitir la presencia de los padres y brindarles educación y apoyo mejora los resultados de los bebés prematuros. La atención centrada en la familia promueve el respeto de los valores, las perspectivas y las opciones de las madres y sus familias e incorpora esas opciones en el plan de atención. También promueve una verdadera colaboración, el desarrollo de asociaciones y el intercambio de información entre pacientes, familias y miembros del equipo de atención médica. Involucrar a los padres en el cuidado de su bebé en una unidad de neonatología contribuye a una mejor comprensión del cuadro clínico de neonato en los padres, disminuye los niveles de estrés y aumenta la satisfacción (7).

En una investigación efectuada en Curitiba, Brasil; Soares C, Pesegona K, Lara A, Rodrigues N, evidencian que los cuidados centrados en la familia generan mayor satisfacción de las madres con la atención neonatal; en la atención centrada en la familia, se valora a la familia en el cuidado del neonato, reconociendo sus características individuales e historias de vida; fomenta la participación de los

profesionales de la salud de una manera más profunda y activa en la vida del neonato, proporcionando una mejora en la calidad de vida de las relaciones madre/hijo/familia. La atención centrada en la familia va más allá de comunicar la condición clínica del recién nacido a los padres y/o tutores, implica el intercambio de experiencias entre todo el equipo involucrado en este contexto, es posible planificar una atención holística e integral (8).

En nuestro país, en Chiclayo; López J, encuentra que un mayor cuidado centrado en la familia se corresponde con una mayor satisfacción de la madre con la atención de salud del neonato; la atención centrada en la familia es un método de planificación, prestación y evaluación de la atención médica que se basa en colaboraciones valiosas conjuntas entre médicos, pacientes y familias; incluye conocer a la familia, discutir temas sobre la salud de su hijo, construir buenas relaciones, incluir a los padres como miembros del equipo y tener conocimientos específicos para apoyar a los miembros de la familia (9).

En el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo, se observa que las madres que tienen poca participación en el cuidado directo de sus hijos, tienen mayor ansiedad y estrés, y afirman estar insatisfechas con la atención que reciben sus hijos; los familiares tienen el deseo de estar cerca al recién nacido; sin embargo, existen limitaciones de infraestructura y el paradigma asistencial de evitar las obstaculizaciones al cuidado del neonato por parte de los familiares. Es perceptible que las madres que tienen mayor contacto con sus hijos, muestran más complacencia con los cuidados de enfermería que reciben sus hijos.

Por todo lo afirmado, efectuamos la presente investigación científica con la finalidad de determinar la relación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción con la atención neonatológica en el hospital “Regional Docente Materno Infantil - El Carmen” de Huancayo en el 2022.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

El estudio científico efectuado se orientó en qué; la atención centrada en la familia es una asociación de colaboración y beneficio mutuo entre el paciente, la familia y el sistema de salud; involucrar a los padres en actividades activas de cuidado les permite sentirse más apoyados, conectados con sus bebés y mejora su confianza; estas acciones mejoran la satisfacción de los padres con la atención hospitalaria recibida. La atención centrada en la familia mejora los resultados clínicos en los recién nacidos, con mejores parámetros de crecimiento al alta, una estancia más corta en la unidad de neonatología, un mejor comportamiento neurológico y menos estrés fisiológico; los padres que perciben la mejoría de su hijo, tienen a sentirse más satisfechos con el servicio. El instinto de cuidado parental provoca una percepción positiva de la atención centrada en la familia; este tipo de atención también mejora la competencia parental para el cuidado neonatal y prepara para asistir de manera efectiva al neonato al momento del alta; asimismo, respeta y responde a las necesidades y valores de las familias de una forma individualizada; estos efectos mejoran la satisfacción con los cuidados neonatológicos. Sin embargo, la satisfacción parental con la atención de salud también depende de otros factores. Comprobar la asociación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado fue el propósito de esta investigación realizada.

DELIMITACIÓN ESPACIAL

El presente trabajo científico se efectuó en las madres usuarias del servicio de neonatología del hospital “Regional Docente Materno Infantil - El Carmen” de Huancayo.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

La actividad científica se realizó en el año 2022, la medición de las variables mediante la aplicación de cuestionarios se efectuó en los últimos meses de este año; la investigación se limitó a las madres y sus hijos que se encontraban haciendo uso de los servicios de neonatología del hospital “El Carmen” al momento de la administración de las encuestas.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022?
2. ¿Cuál es la relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022?
3. ¿Cuál es la relación entre la atención centrada en la familia en referencia al **respeto** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL

Comprobada la asociación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con la ejecución de esta investigación, sugerimos la implementación de políticas institucionales dirigidas a implantar el modelo de atención centrada en la familia en las salas de atención neonatológica del hospital. Estas intervenciones permitirán que las madres y otros familiares puedan cuidar de forma directa a sus hijos dentro de las instalaciones hospitalarias bajo la orientación y supervisión de los profesionales de enfermería y otros profesionales de salud. La participación de las madres y la familia en el cuidado de sus hijos se efectuará bajo un clima de plena apertura, ayuda cercana y pleno respeto; esta forma de atender a la salud de los neonatos favorecerá la recuperación del neonato y las competencias maternas para el cuidado; que a la vez incrementará la satisfacción de la atención de salud por parte de los padres; todo esto redundará en beneficio de los usuarios del hospital “El Carmen” de Huancayo.

1.4.2. TEÓRICA

Realizar esta investigación nos ha posibilitado verificar el modo y grado en que la teoría del apego seguro de Bowlby explica la asociación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción paterna con el cuidado; esta teoría afirma que; los neonatos que van al hospital se crían en un vacío social. La seguridad del apego promueve el bienestar psicológico, en cualquier cultura. El "sistema de comportamiento de apego" surge por derecho propio como un sistema motivacional. Mediante el apego la madre

desarrolla la capacidad de respuesta sensible, para leer las señales emocionales con precisión y responder adecuadamente. Lo que está sucediendo en esos primeros meses es que el patrón de comunicación que adopta un neonato hacia su madre que viene a coincidir con el patrón de comunicación que ella ha ido adoptando hacia él. los neonatos se crían en familias, la comunicación emocional ocurre más allá de la díada madre – neonato (10). El trabajo científico desarrollado sólo aporta datos empíricos como fundamento del grado en que esta teoría explica el vínculo de la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado en los usuarios del hospital el Carmen de Huancayo.

1.4.3. METODOLÓGICA

Culminada la investigación se tienen dos instrumentos válidos y confiables. Los cuestionarios empleados en el estudio son traducciones de su versión original en idioma inglés, se ha realizado la traducción y adaptación a la realidad local de las pruebas. Como parte del desarrollo de la investigación se verificó la validez y confiabilidad de ambos formularios. Finalizado el estudio disponemos de dos instrumentos que podrán ser empleados en futuros estudios científicos y en cualquier prueba de tamizaje institucional referente a la atención centrada en la familia y la satisfacción parental.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022
2. Establecer la relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022
3. Establecer la relación entre la atención centrada en la familia en referencia al **respeto** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Cetintas I, Akgun M, Semerci R, Nur E, desarrollan una investigación titulada “La relación entre las percepciones de los padres sobre el cuidado centrado en la familia y su satisfacción con el cuidado de la salud” en Edirne, Turquía; con el objetivo de determinar la relación entre las percepciones de los padres de neonatos hospitalizados sobre la atención centrada en la familia brindada en el hospital y su satisfacción con la atención médica y los factores que los afectan. El estudio fue descriptivo correlacional, se empleó una muestra de 169 madres de neonatos que fueron hospitalizados en un hospital universitario en Turquía; se aplicó la "Escala de atención centrada en la familia" y la "Escala de Satisfacción con el Cuidado de la Salud PedsQL"; los datos se analizaron mediante la prueba “U de Mann Whitney” y “correlación de Spearman”; entre los resultados e resalta que: a medida que se cumplía con el cuidado centrado en la familia que los padres esperaban, aumentó su satisfacción con el cuidado de la salud. La atención centrada en la familia se basa en la colaboración entre los profesionales de la salud y los padres en todos los procedimientos del sistema de salud. Los componentes básicos del cuidado centrado en la familia consisten en compartir información, respeto, asistencia familiar en el cuidado de la salud y cooperación; permite que la familia se involucre en todas las etapas del cuidado y participe en la

toma de decisiones sobre el cuidado de su hijo, lo que brinda resultados positivos para las familias e incrementa su satisfacción con la atención recibida (11).

Unaldi N, Uzsen H, Tural E, Tuncer G, Erdeniz E, ejecutan una investigación titulada “Determinación de la satisfacción asistencial de los padres hospitalizados con sus hijos diagnosticados de COVID-19 hacia la atención centrada en la familia” en Samsun, Turkia; con el objetivo de determinar la satisfacción asistencial de los padres hospitalizados con sus hijos diagnosticados de Covid-19 hacia la atención centrada en la familia y determinar la relación entre ellos. El estudio fue descriptivo, correlacional y transversal; los datos fueron recolectados en una consulta externa de pediatría de un hospital universitario, se empleó una muestra de 64 padres, se utilizó la “Escala de atención centrada en la familia” y el “Inventario de satisfacción con la atención de salud pediátrica”; entre los resultados se destaca que existe un nivel de correlación moderado y positivo entre la atención centrada en la familia y la satisfacción con el cuidado de la salud. La atención centrada en la familia se puede considerar como la escucha y empatía, informar y dar explicaciones, alentar a la familia sobre el cuidado del neonato y dar confianza, confirmar, brindar atención y valor, mantener la integridad, hacer sugerencias y orientar en la solución de problemas existentes; este modelo de atención incluye los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Los padres experimentan intenso estrés y temor por las condiciones de salud de sus hijos, necesitan cuidar directamente a sus hijos, en un ambiente seguro, confiar en los profesionales de la salud e informarse; de este modo están satisfechos con la atención (12).

Rodrigues S, desarrolla una investigación titulada “Atención centrada en la familia y satisfacción materna en unidades de atención neonatal: ¿una relación directa?” en Río Grande del Norte, Brasil; con el objetivo de identificar la relación entre la satisfacción y la asistencia centrada en la familia en madres de bebés prematuros en la unidad de cuidados intensivos; se efectuó un estudio observacional multivariado de corte transversal con comparación intragrupo; se empleó una muestra de 30 madres y sus hijos hospitalizados en las unidades de atención neonatal de la Maternidad de Januário Cicco, se utilizó el “Questionário de cuidados centrados na família para neonatos” y el “Protocolo de satisfação dos pais com o cuidado neonatal”; en el análisis estadístico se utilizó la prueba de Wilcoxon, la prueba de r de Spearman para correlaciones y regresión múltiple; entre los resultados se destaca que existe una asociación significativa entre la atención centrada en la familia y satisfacción materna en las madres de neonatos (r de Spearman = 0,567; $p = 0,002$); Asimismo, la atención centrada en la familia favorece la reducción del tiempo de hospitalización y del número de rehospitalizaciones, promueve la conexión con los padres, mejora estabilidad neurológica, da mayor seguridad a los padres, permite una mayor satisfacción de todas las necesidades del neonato, alivia el dolor y produce beneficios a largo plazo, como una mejorar en el desarrollo físico, conductual y neurológico del neonato con impactos cognitivos positivos. La atención centrada en la familia en los padres genera: aumento del bienestar emocional, mejor adaptación a la condición, aumento de la autoestima, independencia, sensación de control y satisfacción de sus necesidades. Además, hay reducción del estrés, aumento de la autonomía y responsabilidad para tomar decisiones, comprensión lógica de las condiciones del recién nacido, satisfacción y

confianza en sí mismo para proceder con las acciones de cuidado en el hogar; estos efectos incrementan la satisfacción de los padres con la atención de salud (13).

Ferentzi H, Rippe R, Latour J, Schubert S, Girch A, ejecutan una investigación titulada “Atención centrada en la familia en unidades de cuidados intensivos cardíacos pediátricos en Alemania y la relación con el bienestar de los padres y el bebé: un protocolo de estudio” en Berlín, Alemania; con el objetivo de establecer la asociación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción con los servicios y bienestar mental de los padres. El estudio fue descriptivo correlacional múltiple de corte transversal; se enfocó en una muestra de 280 bebés y sus familias; se aplicaron el “Questionnaire on adherence to family-centered care practices” y el “Questionnaire to measure parental satisfaction in intensive care units”; se utilizaron estadísticas multivariadas y modelos multinivel, entre los resultados se tiene que, el neonato que es partícipe de la atención centrada en la familia tiene 3.2 veces más probabilidad que los padres tengan satisfacción con la atención de salud. El cuidado centrado en la familia es la principal fuente de apoyo emocional, social y de desarrollo del neonato; este modelo de atención permite minimizar los factores estresantes y maximizar un entorno de apoyo al desarrollo centrado en el sistema familiar. Dado que los bebés no pueden verbalizar sus necesidades y experiencias durante la estadía en el hospital, es la madre quien puede interpretar sus necesidades y comunicárselos al personal de salud. La evaluación de las experiencias de los padres en la atención al neonato, es fundamental para evaluar la calidad de la atención (14).

Tesfa G, Tsige Y, desarrollan la investigación titulada “Satisfacción e implicación de los padres en el cuidado de su hijo hospitalizado” en Bahir Dar, Ethiopia; con el

objetivo de determinar la relación entre el nivel de satisfacción y participación de los padres en la atención de salud de su hijo en el Hospital Especializado Tikur Anbessa; se realizó un estudio multivariado de corte transversal, se utilizó una muestra de 224 padres de neonatos hospitalizados; se empleó el “Parent Involvement in Child Care Questionnaire” y el “Survey of parental satisfaction with health care”; en el análisis estadístico se utilizaron regresiones logísticas bivariadas y múltiples; entre los resultados se destaca que los padres que participaron de la atención, tenían 3.89 más probabilidad de estar satisfechos con la atención (OR= 3.89); la participación y la satisfacción de los padres son vitales para la atención del neonato en el entorno hospitalario; el personal de salud debe de ayudar a los padres a comprender la naturaleza de la enfermedad de su hijo y cumplir con el plan de tratamiento de su hijo. El conocimiento, el compromiso y la capacidad de los padres son esenciales para maximizar la adherencia y la relación con los proveedores de atención médica. En el enfoque centrado en el paciente/la familia existe una asociación mutuamente beneficiosa entre los pacientes y los profesionales de la salud. La participación activa de los padres en el proceso de toma de decisiones clínicas y su retroalimentación es importante para mejorar la calidad de la atención (15).

Yang X, Sun K, Ling G, desarrollan un estudio titulado “Apoyo social, competencia en el rol de los padres y satisfacción entre madres y padres chinos en el período posparto temprano: un estudio transversal” en Zhengzhou, China; con el objetivo de determinar la relación de la participación de los padres en la atención del recién nacido y la satisfacción de los padres; se realizó un estudio multivariado, se trabajó con una muestra de 126 madres y sus hijos recién nacidos; se recurrió al empleo del “Maternal satisfaction scale” y “The scale of family participation in child care”; en el análisis el

estadístico empleado fue la regresión múltiple; entre los resultados se destaca que la participación de los padres explica el 45.7 % de la satisfacción paternal con el cuidado. Las estrategias para mejorar la participación y el vínculo de los padres incluyen educación y apoyo emocional para los padres. Esto requiere la capacitación del personal de la unidad de neonatología para que se conviertan en maestros y “colaboradores” que puedan facilitar con éxito el vínculo entre padres e hijos. Un entorno de la unidad de neonatología que pueda acomodar a los padres y permita el acceso las 24 horas para los hermanos y otros miembros de la familia ayudará en el proceso de vinculación. Promover el cuidado piel con piel es una parte importante para facilitar el vínculo, ya que el contacto físico íntimo tendrá efectos fisiológicos directos, por ejemplo, al aumentar la secreción de oxitocina, la principal hormona responsable del vínculo afectivo entre el bebé y los padres después del nacimiento. Aprender a reconocer las señales de su bebé e interpretar el comportamiento de su hijo desencadena la vinculación y los sentimientos de ser padre. Conocer a su hijo ayudará a los padres a sentirse más cómodos con los procedimientos de cuidado, reduce el estrés y aumenta la satisfacción con los servicios (16).

ANTECEDENTES NACIONALES

Ramos J, ejecuta una investigación titulada “Relación entre satisfacción familiar y estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología (UCI) del Instituto Nacional Materno Perinatal” en Lima, Perú; con el objetivo de determinar la relación entre los niveles de la satisfacción familiar y estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología; el estudio fue descriptivo correlacional, con un diseño ex post facto, la muestra está compuesta por 150 madres,

a quienes se les aplicó la “Escala de satisfacción familiar con los cuidados intensivos neonatales”, se empleó una muestra de 150 madres de hijos hospitalizados; entre los resultados se remarca que existe una correlación estadísticamente significativa y directa entre el estrés parental y la satisfacción familiar (Rho de Spearman = 0.078); la satisfacción materna se refiere a los requisitos, expectativas, experiencias y valoración de las madres con la atención sanitaria que recibe su hijo. Los padres, como defensores del bebé, están presentes en el sistema de atención de salud durante el período neonatal; por lo tanto, son los representantes de sus infantes. La hospitalización de un niño tendría un tremendo impacto en la vida de todas las familias. Estos cambios podrían ser el resultado de las preocupaciones de los familiares sobre el cuidado del niño; pueden sentirse incómodos y desanimados como resultado de estar en un ambiente extraño, así como también por la posibilidad de ineficiencias en el cuidado infantil (17).

Seclén A, Velásquez L, realizan un estudio titulado “Cuidado enfermero con participación materna al neonato prematuro en la unidad cuidados intermedios neonatales de un Hospital EsSalud Chiclayo”; con el objetivo de describir, analizar y comprender cómo es el cuidado enfermero con participación materna al neonato prematuro; el estudio fue de tipo cualitativo, con enfoque caso de estudio; se empleó una muestra de 7 enfermeras y 5 madres, se obtuvieron los datos por medio de la observación, entrevista abierta semiestructurada y los registros de enfermería; entre los resultados se destaca que el cuidado enfermero con participación materna al neonato prematuro requiere una adaptación de todo el accionar de enfermería a la participación de la familia, este proceso es dificultoso debido a que no se tiene las instalaciones adecuadas a este fin; además, la cultura de atención sanitaria no está

enfocada en la participación de la familia de modo que existe rechazo entre los profesionales. Asimismo, muchos profesionales consideran que la participación familiar perturba la adecuada atención y el óptimo desenvolvimiento del profesional para atender al niño. De manera predominante existe el paradigma que cumpliendo un estricto procedimiento clínico enfocado en el neonato enfermo se alcanzará la máxima posibilidad de lograr su recuperación; bajo esta perspectiva la participación de la familia no aporta beneficios a la salud del niño, muy por el contrario, obstruye la implementación de los planes de atención (18).

Torres H, efectuó una investigación titulada “Nivel de satisfacción de las madres sobre la atención brindada por el profesional de enfermería al recién nacido en el centro de salud, Ambo Huánuco”; teniendo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de las madres sobre el cuidado brindado por el profesional de enfermería al recién nacido; el estudio fue descriptivo transversal, se trabajó con una muestra de 30 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de opción múltiple; entre los resultados se destaca que el nivel de satisfacción de las madres es de nivel medio; asimismo, la experiencia de los padres es una medida crucial de la calidad del servicio; el nacimiento de un bebé es un desafío para todos los padres. Las emociones intensas y el estrés son particularmente agudos cuando un bebé nace prematuramente o con problemas de salud y es ingresado en una unidad de cuidados intensivos neonatales. El estrés de los padres está relacionado con las preocupaciones sobre la salud del bebé, el resultado del bebé y las alteraciones en el papel de los padres, y son comunes los sentimientos de duelo por la pérdida de un niño completamente sano; los padres con un alto nivel de estrés están menos satisfechos con los servicios. Las relaciones entre el personal de salud y los pacientes son factores clave en la satisfacción de los padres

con la atención. Los padres necesitan información, continuidad de la atención y personal sanitario que escuche sus necesidades (19).

Moreno S, realizan una investigación titulada “Calidad de servicio y satisfacción de los padres en el área crítica de neonatología, hospital Eleazar Guzmán Barrón” en Chimbote, Perú; con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de servicio y satisfacción de los padres en el área crítica de neonatología; el estudio fue de enfoque prospectivo, analítico, con un diseño correlacional no experimental trasversal, sustentado en la teoría según Sánchez que refiere que la calidad de servicio presenta factores modificables que repercuten en la percepción del producto ofrecido; la muestra estuvo conformada por 141 padres con neonatos hospitalizados; entre los resultados se destaca que el 64,5% de los padres estaban medianamente satisfechos y existe una correlación positiva significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción ($r = 0,752$; $p = 0,000$); asimismo, las experiencias de los padres son importantes para evaluar la calidad de la atención brindada a sus hijos. Los padres obtienen seguridad de los cuidadores, desean que los cuidadores hablen en un idioma que los padres puedan entender, sin utilizar terminologías médicas. Los padres también se las arreglaban con dudas y buscaban seguridad en sí mismos por parte de los cuidadores. La comunicación de las enfermeras con los padres en las unidades de hospitalización neonatal es un factor clave que contribuye a la visión de los padres sobre el cuidado de sus hijos. La sensación de satisfacción de los padres con la atención está determinada por sus necesidades individuales, las experiencias de hospitalizaciones previas y los factores externos cambiantes, incluidos los factores sistémicos (20).

Huerta L, desarrollan una investigación titulada “Comunicación terapéutica de la enfermera y su relación con el nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del hospital Hipólito Unanue Tacna”; con el objetivo de determinar la relación existente entre la comunicación terapéutica de la enfermera y el nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados; se efectuó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y de corte trasversal, la muestra del estudio estuvo constituida por 50 madres de los recién nacidos hospitalizados, la información se recolectó mediante la aplicación de dos encuestas, para la comprobación de la hipótesis se aplicó la prueba de Chi – Cuadrado; entre los resultados se destaca que no existe relación entre la comunicación terapéutica de la enfermera y el nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados; además el 31% de las madres tienen una mediana satisfacción con los servicios. La satisfacción de los padres con los servicios de salud se ha asociado con la reducción de los síntomas y una mejor adherencia al régimen terapéutico. El conocimiento de la satisfacción de los padres con la calidad de la atención médica proporciona información sobre la capacidad del proveedor de atención médica para cumplir con las expectativas de los padres de brindar una atención aceptable a sus hijos/tutelados. La evaluación de la satisfacción del cliente es muy importante porque expone aspectos sobre los que sólo el cliente puede aportar información. Las familias de recién nacidos internados revelan la necesidad de permanecer con sus hijos, recibir asistencia y apoyo, tener informaciones, ser recibidos por el equipo y poder participar de los cuidados (21).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN NEONATOLOGÍA

La atención centrada en la familia es una filosofía de atención basada en la asociación entre la familia y el equipo de atención médica para brindar atención a un recién nacido enfermo. La asociación colaborativa se basa en la dignidad y el respeto, el intercambio de información y la participación de la familia a través de sus competencias adquiridas para brindar atención esencial al recién nacido. Los padres a menudo informan angustia, frustración y alienación si se les excluye del cuidado de los recién nacidos enfermos. Sin embargo, si se les brinda la oportunidad de participar en la atención, recibir una comunicación clara sobre el estado de su recién nacido por parte de los proveedores de atención médica y establecer una relación con los proveedores, experimentan satisfacción y reducen el estrés. Se ha demostrado que la implementación de la atención centrada en la familia reduce la duración de la estancia hospitalaria de los bebés prematuros, mejora su bienestar, permite una mejor asignación de los recursos humanos y mejora el vínculo entre padres e hijos (22).

Las prácticas específicas de atención centrada en la familia, como el cuidado canguro (piel con piel) proporcionado por los padres, mejoran las tasas de lactancia exitosa, reducen la mortalidad infantil y las infecciones, y aumentan el aumento de peso. El cuidado materno canguro, además, afecta el desarrollo del cerebro del recién nacido al estabilizar la frecuencia cardíaca, la oxigenación y mejorar el sueño. Se ha descubierto que tiene efectos a largo plazo sobre el coeficiente intelectual y la atención entre los recién nacidos que nacen con vulnerabilidad neurológica. Entre otros beneficios, el cuidado materno canguro reduce el estrés y el dolor del bebé, mientras que también

puede tener beneficios para la madre, como la prevención de problemas postparto, depresión del parto. Las madres que proporcionan cuidado materno canguro tienen menos ansiedad y síntomas depresivos y más interacciones positivas con sus bebés en los primeros 6 meses (23).

El masaje infantil aumenta el estado de alerta antes y después de la alimentación y se contribuye al aumento de peso diario y reduce la duración de la estancia. También, masajear a los bebés reduce la ansiedad y la depresión maternas. La lactancia materna se vuelve posible y frecuente cuando las madres están presentes en la unidad de cuidados intensivos neonatales, lo que a su vez contribuye a resultados positivos para la salud infantil. La lactancia materna aumenta entre las madres que participan en la atención centrada en la familia para sus recién nacidos enfermos en comparación con las madres cuyos recién nacidos enfermos recibieron atención clínica estándar (24).

La aplicación práctica de la atención centrada en la familia requiere una dependencia mutua entre la familia y el sistema de salud. Los padres dependen del conocimiento y la experiencia de los profesionales, y estos últimos dependen del vínculo emocional y físico de los padres con el recién nacido. Así, la colaboración o asociación se basa en la responsabilidad compartida por el neonato. En el verdadero cuidado centrado en la familia, siempre que sea posible, se hacen las cosas con la familia. Algunos miembros del personal argumentan que los padres no pueden ser socios en el cuidado porque carecen de conocimientos y experiencia; sin embargo, las mejores asociaciones comparten los mismos objetivos, y las diferentes partes aportan perspectivas, conocimientos y experiencia únicas en el cuidado de la salud (25).

Los profesionales de la salud y las familias aportan su experiencia individual; cada uno contribuye con su propia perspectiva y experiencia únicas para garantizar un equipo minucioso y completo, comprometido a lograr los mejores resultados posibles tanto para los bebés como para sus familias. En el hospital, los profesionales de la salud pueden asociarse con los padres antes del parto, durante y después del parto, y en la unidad de cuidados intensivos neonatales para lograr este objetivo cuando se sabe que el bebé no nacerá sano o no sobrevivirá, es igual de importante asociarse con los padres para honrar y apoyar su papel como cuidadores y tomadores de decisiones en tiempos de incertidumbre y dolor (26).

Por el bien del recién nacido, el objetivo de la atención centrada en la familia es desarrollar una asociación esencial y significativa con los padres del bebé para garantizar una atención segura, satisfactoria y de alta calidad con los mejores resultados posibles. Esta colaboración vital puede ocurrir en cada interacción con los padres antes del nacimiento y al lado de la cama del bebé durante la hospitalización; en un nivel más amplio, las políticas, las pautas y los programas deben reflejar y apoyar este compromiso con el cuidado centrado en la familia. Se trata de establecer asociaciones mutuamente beneficiosas al lado de la cama con el paciente y la familia, así como utilizar las perspectivas únicas de los pacientes y las familias para mejorar, enriquecer y mejorar los sistemas de atención (27).

Las personas son tratadas con respeto y dignidad. los profesionales de la salud escuchan y respetan las perspectivas y elecciones de los pacientes y sus familias. El conocimiento, los valores, las creencias y los antecedentes culturales del paciente y la familia se incorporan en la planificación y la prestación de la atención. Aunque este

concepto de ser respetuoso y tratar a los demás con dignidad se enseña a todos los proveedores de atención médica, continúan ocurriendo situaciones en las que no se demuestra el respeto adecuado por la familia ni reconocemos plenamente la dignidad de los miembros de la familia. Los padres tienen derecho a saber quién es cada miembro del personal y a recibir una explicación de su función; esto es fundamental para establecer una asociación basada en el respeto y la comprensión mutuas (28).

Los profesionales de la salud se comunican y comparten información completa e imparcial con los pacientes y las familias de maneras que son afirmativas y útiles. Los pacientes y las familias reciben información oportuna, completa y precisa para participar de manera efectiva en la atención y la toma de decisiones. El personal debe reconocer que un bebé nace en una familia, no en un hospital; cuando nos asociamos plenamente con las familias, compartir información es vital. La información debe compartirse libremente, de manera significativa y comprensible para las familias. Incluso si no tenemos respuestas a las preguntas, debemos compartir lo que sabemos y admitir que es posible que no podamos predecir el futuro (29).

Fomentar una cultura que abrace a las familias durante los momentos de intercambios de información es la piedra angular para brindar una verdadera atención al paciente y un entorno centrado en la familia donde los padres se sientan empoderados para compartir información y ayudar a tomar decisiones informadas sobre el cuidado de sus recién nacidos. La hospitalización de un recién nacido a menudo somete a la familia a un estrés considerable, por lo que proporcionar información escrita y verbal que sea fácil de entender es una consideración clave para establecer un intercambio significativo. La información escrita puede ser útil para que

las familias procesen y vuelvan a leer, ya que pueden comprender esa información más completamente. La información escrita también se puede compartir con otros familiares y amigos que pueden estar confundidos acerca de la situación (30).

Se alienta y apoya a los pacientes y sus familias para que coadyuven con la atención y tenga actitudes favorables al cuidado del neonato. Los eventos y procedimientos que son de rutina para el personal médico pueden ser completamente desconocidos para las familias. Si el bebé debe soportar uno de estos procedimientos invasivos, puede ser emocionalmente agotador para los padres. Los profesionales de la salud deben considerar el nivel de comodidad de las familias que participan en procedimientos y eventos aparentemente comunes. En lugar de asumir que los padres no desean estar presentes durante los procedimientos, el personal debe explicar el propósito del procedimiento y el proceso involucrado, y luego determinar si la familia desea quedarse. a menudo, los padres deciden quedarse para ofrecer consuelo y apoyo a su bebé. A veces, sin embargo, pueden optar por alejarse para tomar un descanso. en todos los casos, es crucial dar a los padres la opción de decidir qué es lo mejor para ellos y su bebé (31).

Los líderes de atención médica colaboran con los pacientes y las familias en el desarrollo, la implementación y la evaluación de políticas y programas; en el diseño de establecimientos de salud; y en educación profesional, así como en la prestación de atención. Los pacientes y las familias también son socios que deben incluirse en la toma de decisiones y los procesos a nivel de toda la institución. Las familias que tienen la experiencia personal de estar en el hospital o tener un familiar hospitalizado pueden ser una parte exitosa del proceso de mejora. a medida que se consideran mejoras en el

sistema de atención, la participación de un paciente o familiar proporciona una visión más sólida de este sistema de atención. Los pacientes y los miembros de la familia pueden brindar información sobre la experiencia de atención médica, y esta información puede ayudar a remodelar y mejorar las prácticas, las políticas, los programas y la información para las familias (32).

La atención centrada en la familia es un enfoque de atención médica que respeta y responde a las necesidades y valores de las familias individuales; es que es una relación mutuamente beneficiosa entre los proveedores de atención médica, las familias y los pacientes. El cuidado centrado en la familia trasciende simplemente incluir a las familias en el cuidado o permitir su presencia y avanza hacia verdaderas relaciones de colaboración. La atención centrada en la familia aplanar la burocracia de la atención médica para que las familias puedan, cuando lo deseen, servir en igualdad de condiciones para brindar atención, participar en la toma de decisiones y colaborar en los mejores enfoques para obtener un bienestar óptimo o una muerte digna en el mejor interés del paciente. La atención centrada en la familia reconoce que el apoyo social, emocional y, en el caso de los niños, el apoyo al desarrollo es tan importante como el cuidado físico o los tratamientos brindados (33).

La atención centrada en la familia depende de la premisa de que la integridad de la unidad familiar se protege preservando la dignidad y el control siempre que sea posible. Los principios básicos del cuidado centrado en la familia incluyen el desarrollo de relaciones bidireccionales construidas a partir del respeto, el intercambio de información, la presencia, la participación y la colaboración. Las familias necesitan que les ayudemos a crear vínculos y convertirse en una familia, en el caso de los recién

nacidos, o a adaptarse, hacer frente y mantener la integridad familiar en el caso de niños o adultos que padecen una enfermedad crítica. La familia no es una parte “extra” de los cuidados, ni algo a lo que se presta atención si se tiene tiempo, ni más allá de las responsabilidades de la enfermera. El paciente y la familia son una unidad inseparable y se necesitan mutuamente para optimizar la salud y el bienestar (34).

La familia es parte del deber de cuidado de la enfermera, no un elemento secundario. Construir relaciones con la familia es tan importante como ganarse la confianza del paciente. El modelo de atención de enfermería de calidad, presenta un enfoque moderno para brindar atención holística en un modelo basado en relaciones y fundamentado en la comprensión de las demandas de nuestro tiempo. El núcleo del modelo describe la importancia de relaciones sólidas y saludables, primero en la comunidad y luego en el contexto de una experiencia de atención médica. Las personas normalmente viven en comunidades y tienen relaciones humanas dentro de esas comunidades. Las relaciones positivas en la vida normal pueden promover estilos de vida positivos y saludables. Cuando las personas experimentan relaciones indiferentes o negativas, es menos probable que se cuiden de sí mismas (35).

La atención centrada en la familia se considera el estándar de oro en la atención sanitaria, implica una asociación respetuosa entre los proveedores de atención médica y los padres de los niños, empoderando y alentando a los padres a participar en el cuidado de los niños. La atención centrada en la familia se define como una forma de cuidar a los niños y sus familias en servicios de salud que garantizan que la atención se planifique en torno a toda la familia, no sólo al niño/persona individual, y en la que se reconoce a todos los miembros de la familia como receptores de atención (36).

Los padres participan en el cuidado infantil y brindan apoyo emocional, social y de desarrollo a los bebés prematuros, lo que se cree que conduce a mejores resultados de salud para los pacientes, un uso eficaz de los recursos de atención médica y una mayor satisfacción familiar; los miembros de la familia se sentían más valorados cuando colaboraban con enfermeras para cuidar a los bebés y se empoderaban más cuando brindaban cuidado diario a sus bebés (37).

La hospitalización de un recién nacido críticamente enfermo en una unidad de cuidados intensivos neonatales puede ser muy estresante para los padres. Además de las emociones negativas autoconscientes, como la vergüenza, la culpa y el miedo a la muerte, existen factores que inducen a los padres al estrés incluye el ambiente altamente tecnológico, la apariencia del recién nacido y la interrupción en el rol de los padres. En este contexto, es esencial comprender las creencias y necesidades específicas de los padres para apoyarlos mejor. Las creencias de los padres son la percepción que los padres tienen de sus bebés y creencias/confianza sobre su crianza. Se han asociado con estrés, ansiedad y depresión de los padres, que a menudo persisten mucho después del alta. Las necesidades de los padres pueden definirse como una necesidad que, si se satisface, alivia la preocupación de los padres. angustia y aumenta su sensación de idoneidad. La atención centrada en la familia alivia el estrés de los padres al permanecer al lado de su hijo (38).

Los padres de recién nacidos hospitalizados enfrentan desafíos únicos y luchan por equilibrar el trabajo y las responsabilidades familiares. Debido a que las madres aún se están recuperando después del parto, los padres comúnmente acompañan a sus recién nacidos, tomar decisiones iniciales, apoyar a la madre, comunicarse con otros

miembros de la familia y cuidan a otros niños. La transición a la paternidad puede diferir para cada persona dependiendo de su percepción del rol parental, y esto también se aplica a los padres. Una baja atención centrada en la familia puede obstaculizar el desarrollo paterno, lo que genera sentimientos de culpa e impotencia (39).

2.2.1.1. APERTURA PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL NEONATO

Involucrar a las madres en el cuidado neonatal diario, enseñarles el cuidado neonatal en el hogar y brindarles información relacionada con la salud neonatal mejorará la calidad de la interacción madre-recién nacido y ayudará a las madres a desarrollar un sentimiento de competencia en el desempeño de su función materna. Además, el nivel y la calidad del contacto de las enfermeras con los padres aumentará a través de la implementación del programa de empoderamiento de los padres, y esto podría afectar directa y positivamente la calidad de la atención de enfermería brindada a los recién nacidos hospitalizados. Los programas de empoderamiento y la participación de las madres en la atención neonatal crean un sentimiento de apoyo por parte de las enfermeras, lo que evita su estrés y otros problemas psicológicos (40).

Debido a su conocimiento especializado de la atención neonatal, el tiempo que pasan con los recién nacidos y la posibilidad de contacto con las madres, las enfermeras de cuidados intensivos neonatales se encuentran en una posición especial para apoyar a los padres como proveedores y controladores de la atención neonatal. La información y la comunicación son lo que más necesitan los padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. También les preocupa continuar su atención

neonatal en el hogar. Al proporcionar programas de empoderamiento, las enfermeras pueden aliviar estas necesidades de los padres (41).

Las madres experimentan un nivel moderado de estrés y ansiedad durante la hospitalización de su recién nacido. El impacto del parto prematuro y la posterior hospitalización en la unidad de neonatología sobre la salud mental materna es significativo. Las madres tienen un mayor riesgo de depresión posparto, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Se identificaron cuatro factores estresantes principales en el entorno de la unidad de neonatología, incluidos los factores estresantes del entorno físico, la apariencia y el comportamiento del recién nacido, la relación entre los padres y el recién nacido y el personal. Las alteraciones del rol de los padres y la apariencia y el comportamiento del recién nacido son las fuentes más importantes de estrés en la unidad de neonatología. Además, la incapacidad para desempeñar los roles de los padres podría resultar en su ansiedad y duelo agudo. Varias características maternas e infantiles tienen un impacto en el estrés materno (42).

El personal de atención médica capacitado podría ayudar a las madres a participar en el cuidado de sus recién nacidos y reducir el estrés de las madres al brindarles información. La capacidad de hablar diariamente con el equipo de trabajadores de la salud, sentir que el personal del hospital está cuidando bien al paciente, saber lo que sucederá con el paciente, brindar respuestas precisas y, de hecho, preguntas, fueron algunas de las necesidades más esenciales de las madres en la unidad de neonatología. La necesidad de seguridad, conciencia, cercanía, apoyo y comodidad es una de las necesidades más esenciales de los padres. Generalmente, la necesidad de apoyo es uno de los principales hallazgos de estudios derivados de las experiencias de padres de

recién nacidos prematuros ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (43).

Para minimizar el fracaso de la relación madre-hijo después de la hospitalización inmediata del recién nacido, es necesario el apoyo del personal de atención médica para las madres en la unidad de neonatología. El apoyo social incluye familiares, amigos, Espiritualidad y profesionales de la salud. Los profesionales de la salud pueden establecer relaciones de cuidado. Compartir información, prestar atención al apoyo psicológico y físico, involucrar a las madres en el cuidado de sus bebés reduce el estrés materno. Apoyar a los padres resulta en la disminución de su ansiedad, el aumento de su conciencia, el crecimiento de la “autoconfianza en sus capacidades” en el cuidado del recién nacido y, finalmente, la reducción del período de hospitalización del recién nacido y el aumento de la satisfacción de los padres. Una vez dadas de alta del hospital, el apoyo de los profesionales de la salud está menos disponible para las madres; en cambio, el apoyo informal juega un papel esencial dentro de la familia. Por lo tanto, es esencial que los trabajadores de la salud brinden el apoyo adecuado para ayudar a los padres a sobrellevar el estrés de la hospitalización del recién nacido y mejorar su capacidad y confianza en el cuidado de los recién nacidos (44).

Dado que las enfermeras son proveedores de atención, tienen un papel fundamental en la prestación de apoyo. Las normas culturales de los entornos de atención pueden afectar las experiencias maternas y su apoyo, lo que requiere funciones del personal en las unidades de neonatología de diferentes países. La cultura se define como el conjunto de reglas de vida que han aprendido. Estas reglas les dicen a los miembros del grupo cómo comportarse y cómo responder al mundo que los rodea. La cultura

tiene dos dimensiones principales de cognición y comportamiento. La dimensión cognitiva incluye los valores, creencias, ideas y conocimientos de los miembros de un grupo de personas que viven juntas, y la dimensión conductual incluye lo que comen, visten, hablan y actúan (45).

Las necesidades de apoyo de las madres no se identifican adecuadamente y no se pueden satisfacer. Este fracaso para satisfacer las necesidades de apoyo de las madres se atribuye a una multitud de factores, a saber, la falta de recursos humanos que da como resultado una alta proporción de pacientes por enfermera y una cultura de no brindar suficiente apoyo a las madres para que participen en su recién nacido. Las madres en la unidad de neonatología siempre han querido que las enfermeras supervisen su atención debido a la falta de experiencia con un recién nacido y sus requisitos de atención, y la falta de familiaridad con el entorno clínico. Las madres sienten una presión importante en el cuidado de sus recién nacidos y necesitan una comunicación permanente con las enfermeras para el cuidado participativo. Las madres necesitan el apoyo y la orientación de las enfermeras en las diferentes etapas de recuperación de su hijo. Existe una brecha considerable entre el nivel de apoyo esperado y el apoyo real recibido por las madres (46).

La atención centrada en la familia se percibe cada vez más como una parte importante de los cuidados intensivos neonatales. Cuando a los padres se les permite el acceso sin restricciones a su bebé, pueden participar más activamente en la toma de decisiones compartida a un nivel informado y competente, basado en su conocimiento de su bebé. Los padres debían ser percibidos como socios reconocidos en el tratamiento y cuidado de sus bebés y no como visitantes. Inmediatamente después del

nacimiento, el entorno natural para un recién nacido es estar cerca de su cuidador. La cercanía física se define como la cercanía espacial de los padres y el bebé, mientras que la cercanía emocional se refiere a los sentimientos de conexión emocional con el bebé, como los sentimientos de amor, calidez y afecto. La evidencia sugiere que después del nacimiento, la cercanía física entre los padres y el recién nacido puede contribuir al desarrollo del apego, y tanto los padres como el bebé juegan un papel en este proceso. El comportamiento de los padres puede contribuir a las diferencias en el desarrollo infantil, y la exposición de los padres a las señales del bebé y la estimulación somatosensorial puede mejorar el comportamiento y el cuidado de los padres (47).

La comprensión actual de la neurobiología del cuidado indica que el sistema neurológico de los padres se interconecta con el sistema nervioso inmaduro del recién nacido, lo que da como resultado una regulación simbiótica. En este sistema de retroalimentación, los padres apoyan las necesidades biológicas y conductuales del recién nacido; por el contrario, las conductas del recién nacido precipitan los procesos fisiológicos que establecen la relación padre-hijo y también estimulan los sistemas neurológicos que respaldan el bienestar de los padres. La evidencia reciente muestra que tanto el cerebro como el cuerpo de las madres experimentan cambios para apoyar el desarrollo y mantenimiento de las conductas de cuidado. Los estudios de imágenes de madres y padres revelan que regiones específicas del cerebro, que se supone que están involucradas en el comportamiento de los padres, se activan en respuesta a la exposición a estímulos auditivos o visuales relacionados con el bebé, como el llanto. Además, se han observado cambios estructurales en regiones específicas del cerebro entre madres y padres en el posparto temprano (48).

Estos cambios pueden requerir la exposición del bebé, y se desconocen los efectos de la separación prolongada en este momento sobre estos procesos neurobiológicos en los padres. Cuando un recién nacido requiere hospitalización en la unidad de neonatología, los padres y el bebé experimentan una separación inusual que puede durar semanas o meses. Este entorno de cuidados intensivos plantea muchos desafíos para la cercanía entre padres e hijos. Los padres de la unidad de neonatología desean el contacto físico, y abrazar y tocar son particularmente importantes y gratificantes. La creciente evidencia, descrita a continuación, muestra que varias formas de contacto, como visitas, caricias, charlas con los padres y contacto piel con piel, están asociadas con mejores resultados para los bebés y los padres durante la hospitalización y más allá. Una mayor cantidad de visitas y carga del bebé se asocia con un mejor desarrollo neuroconductual del bebé al momento del alta (49).

Los bebés de la unidad de neonatología que reciben exposición adicional a las grabaciones de la voz de sus madres muestran una frecuencia cardíaca más baja, mejores resultados de alimentación, mayor crecimiento de la corteza auditiva, mejor atención visual y neurofunción. Los bebés de madres que les hablaban y cantaban diariamente tenían niveles más altos de saturación de oxígeno y menos eventos críticos negativos. Además, la exposición a una mayor conversación de los padres durante la hospitalización se asocia con mayores vocalizaciones del bebé al alta y un mejor desarrollo cognitivo y del lenguaje en la niñez. El cuidado piel con piel, en el que un bebé se acuesta sobre el pecho desnudo de uno de sus padres, es una forma importante de cercanía física que ahora se promueve en la unidad de neonatología y se asocia con beneficios para los bebés, los padres y su relación (50).

El contacto piel con piel acelera el desarrollo de la estructura del sueño del bebé y la maduración del cerebro, y reduce la reactividad al estrés. Se asocia con menor mortalidad, menor riesgo de sepsis y reingreso hospitalario. Otros beneficios incluyen una estancia más corta en la unidad de neonatología, mayor duración de la lactancia materna, disminución del cortisol de los padres, mejora del bienestar de los padres y disminución de la ansiedad, interacción óptima entre padres e hijos, mejor comportamiento de apego materno y mayor competencia de los padres después del alta. Las políticas relativas a las visitas y las pernoctaciones, así como el tiempo real de las visitas y el cuidado piel con piel varían ampliamente entre las unidades y los países. Las políticas de la unidad y el comportamiento y las actitudes de las enfermeras de la unidad de neonatología juegan un papel en la presencia y participación de los padres (51).

Las enfermeras pueden actuar como guardianes que controlan el acceso de los padres a su bebé. Algunas sienten la necesidad de buscar el permiso de las enfermeras para manejar a su bebé, y su relación con las enfermeras influye en su capacidad para representar su papel de padres. Las enfermeras pueden disuadir a los padres de manipular a su bebé cuando consideran que esto es perjudicial para el bienestar del bebé y creen que el contacto piel con piel limita su acceso a los bebés. Cuando los padres tienen confianza y participan activamente en el cuidado diario del bebé, las enfermeras pueden sentirse menos involucradas y menos informadas. Las enfermeras también fomentan la participación de los padres enseñándoles cómo cuidar al bebé, asesorando y demostrando el cuidado, alentando y apoyando a los padres, permitiendo la presencia de los padres y proporcionando información. Los padres perciben que la actitud de cuidado de las enfermeras y la comunicación abierta son condiciones previas

necesarias para la interacción y el vínculo entre padres e hijos. Las enfermeras también consideran que una mayor participación de los padres en el cuidado y la toma de decisiones es beneficiosa para ellas, lo que lleva a un trabajo más significativo y una mayor satisfacción laboral (52).

2.2.1.2. ASISTENCIA A LA MADRE PARA LA ATENCIÓN DEL NEONATO

Cuando un bebé está en la unidad de neonatología, cubierto con tubos y conectado a monitores y equipos desconocidos, los padres pueden no estar seguros de su papel en el cuidado y la toma de decisiones. Sus roles como padres pueden parecer inciertos o inalcanzables. Sin embargo, los padres pueden y deben ayudar a cuidar a su bebé, y existen muchas formas de hacerlo. Se debe alentar a los padres a que ayuden a cuidar incluso al bebé más gravemente enfermo. Sí, hay bebés que están tan gravemente enfermos que tocarlos puede provocar inestabilidad fisiológica. Estos bebés tienen más probabilidades de morir, por lo que el tiempo de un bebé en la unidad de neonatología puede ser la única oportunidad que tienen los padres de brindar atención y amor. Es importante recordar que los padres quieren ayudar a su bebé, pero necesitan orientación y aliento para lograr una parte del papel que les corresponde como padres. Las enfermeras pueden ser reacias a que los padres toquen al bebé y pueden decir: “Está demasiado enferma para que usted la toque”. Sin embargo, a pesar del deseo del personal de limitar la cantidad de contacto que recibe el bebé, es imposible brindar atención a un bebé gravemente enfermo sin tocarlo. Alguien debe succionar tubos endotraqueales, insertar líneas, extraer sangre para análisis de laboratorio, cambiar pañales, alterar la posición del bebé, etc (53).

Los padres deben ser alentados a ayudar con el cuidado. Pueden ofrecer comodidad no farmacológica al bebé con posicionamiento y, cuando corresponda, con chupetes. Pueden ofrecer cuidado de la boca, cuidado de la piel y cambios de pañales. Pueden leerle a su bebé, cantarle y ofrecerle amor y consuelo. Los padres desean desesperadamente ayudar a su bebé, y la condición clínica del bebé nunca debe impedir este deseo. Durante este tiempo de inestabilidad, el padre puede sentirse marginado e insignificante y necesitar estímulo para participar. Cuando el contacto piel con piel no es posible, agarre en cerco, que es cuando los padres se inclinan sobre la cama y colocan sus brazos alrededor del bebé, creando así una cercanía sin sacar al bebé de la cama. Otra opción se llama abrazo de mano, que es cuando los padres rodean al bebé con sus manos para crear una conexión piel con piel. Estas son formas de proporcionar contacto significativo para ayudar a los padres a sentirse como padres y son ejemplos de cómo crear una asociación entre el personal y los padres para ayudar al bebé (22).

Cuando el cuidado resulta en inestabilidad fisiológica, los padres pueden sentirse culpables y necesitar estímulo para volver a cuidar. Es vital recordar a los padres que la inestabilidad fisiológica está relacionada con la prematuridad o el diagnóstico; en otras palabras, los cambios no están directamente relacionados con ellos. Aunque los padres no siempre saben cómo pueden ayudar a su bebé, hay muchas formas en las que pueden participar en el cuidado del bebé. Las madres pueden proporcionar leche materna. El bombeo puede ser una actividad muy tangible; si es posible, ofrezca llevar una bomba al lado de la cama. Los padres pueden brindar cuidado piel con piel, cargar a sus bebés, leerles y cantarles. Los padres pueden participar en la alimentación por sonda y ayudar a planificar las actividades de cuidado de hitos. El personal debe ser un defensor de los padres, ofreciéndoles orientación en cualquiera de estas actividades.

Esto les ayudará a sentirse confiados en su rol de cuidadores. Cuando los padres han aprendido a brindar cuidados y se sienten cómodos dándolos, las enfermeras deben honrar su capacidad. Los padres no deberían tener que renegociar o alterar su papel con diferentes enfermeras. Cuando los padres planean estar presentes para una alimentación, un baño o incluso una prueba, anótelos en la pizarra blanca o en el Kardex de enfermería para asegurarse de que la próxima enfermera conozca los planes de los padres. Estos planes para el cuidado, así como cualquier deseo de participar en la toma de decisiones, deben compartirse entre el personal para evitar conflictos, confusión y decepción (23).

A algunos miembros del personal les resulta difícil compartir el cuidado con los padres. Pueden preocuparse de que los padres hagan algo mal y dañen al bebé. Sin embargo, hay personas en la unidad de neonatología que se preocupan más por el bienestar del bebé que por los padres. Intentar limitar su papel puede ser devastador para los padres que han trabajado duro para aprender a manejar el equipo médico y sentirse cómodos haciéndolo. Las enfermeras pueden brindar orientación anticipada sobre hitos como vestirse, bañarse y alimentar al bebé por vía oral. Deben ser respetuosos con el papel y el deseo de los padres de participar en estos eventos y darse cuenta de que estos hitos son importantes para las familias. Para el personal, estos eventos del día a día son solo eso, eventos del día a día, pero para las familias, son parte de un viaje en el que están juntos. Asegúrese de que la familia pueda tomar decisiones sobre su participación en estas ocasiones memorables (49).

Las familias pueden proporcionar sugerencias simples en tiempo real para mejorar el entorno de atención. Una madre compartió que su familia luchaba por tener tiempo

privado e ininterrumpido como familia mientras estaba en la unidad de neonatología. Incluso con las cortinas cerradas, muchos miembros del personal asumieron que podían ingresar al área de las camas y la madre sintió que las actividades no esenciales interrumpían constantemente el tiempo de la familia con el bebé. Mencionó que las familias deberían poder celebrar momentos juntos en privado. La familia también puede necesitar privacidad para llorar juntos sin que los miembros del personal interrumpan innecesariamente. Aunque las enfermeras deben evaluar a los pacientes y brindar atención, también pueden respetar el tiempo privado negociado (45).

La primera alimentación oral es un hito increíble para los padres, especialmente porque el personal a menudo enseña a los padres que, entre otros logros, el bebé debe poder alimentarse por la boca en su propio horario antes de que pueda irse a casa. Las madres pueden bombear durante semanas y meses, solo para enterarse más tarde que la primera alimentación oral fue dada, por ejemplo, por la enfermera nocturna. Las enfermeras y los padres deben colaborar para garantizar que los padres ofrezcan la primera alimentación oral. Si una madre está amamantando, pregúntele si planea amamantar al bebé. Si la madre planea amamantar, entonces la primera toma debe ser del pecho. Después de que se haya establecido la lactancia (o si no hay un plan para amamantar), se pueden organizar los planes para la primera alimentación con biberón. Considere ofrecerle al padre la oportunidad de darle el primer biberón (44).

Incluso antes de que un bebé esté listo para alimentarse por vía oral, los padres pueden ayudar con la alimentación por sonda y la succión no nutritiva. Pueden sostener al bebé durante las tomas. Lamentablemente, algunos bebés nunca madurarán ni se alimentarán por la boca. Participar en la alimentación por sonda puede ser la única

oportunidad de los padres para alimentar al bebé. Las madres a menudo se extraen leche durante semanas y meses, y los padres desempeñan el papel de “lechero” que entrega los recipientes. Es importante apoyar sus esfuerzos ofreciendo privacidad para que las madres puedan sacar leche al lado de la cama. Algunas madres pueden sentirse avergonzadas por el flujo constante de personal que entra y sale de la habitación, así que determine qué adaptaciones serían útiles para apoyar la lactancia (46).

Cuando se puede vestir a un bebé con ropa, los padres deben elegir la ropa y vestir al bebé. A veces, una enfermera, quizás queriendo sorprender a la familia, viste al bebé. Este acto puede fracasar fácilmente, haciendo que los padres se sientan privados de una importante oportunidad de cuidar. Como siempre, mantenga informados a los padres; hágalos saber cuándo el bebé podría estar listo para usar ropa para que tengan la oportunidad de comprar y lavar la ropa del bebé. Vestir al bebé es un hito importante en la actividad de cuidado. Algunos padres describen esto como el primer momento en que sintieron que su bebé era “normal”. Cuando las enfermeras eligen la ropa para el bebé y lo visten, por muy bien intencionada que sea su acción, el papel de los padres se ve disminuido. El baño es otro hito que el personal de enfermería suele pasar por alto. Cuando el personal pierde esta oportunidad de asociarse con la familia, la familia puede sentir que no es importante en el cuidado del bebé. Se debe alentar a los padres a participar en el cuidado del bebé, pero es posible que no sepan lo que “pueden” hacer, especialmente si las enfermeras realizan las tareas rutinarias de manera rápida y eficiente (31).

2.2.1.3. RESPETO A LA MADRE QUE ATIENDE A SU HIJO

El respeto es un término común usado para denotar el acatamiento de los derechos y responsabilidades individuales. Una visión deontológica del respeto se basa en la creencia de que todas las personas, debido a su autonomía moral, tienen valor y deben ser respetadas por ese valor. El respeto es una forma de manifestar la importancia, es decir, una afirmación de que las otras personas importan de la misma manera que uno mismo importa. Las declaraciones de una disciplina con respecto al alcance y los estándares de práctica iluminan y brindan orientación sobre cómo los miembros de esa disciplina deben considerar cuál debe ser la conducta ética y los estándares de decoro y comportamiento para sus miembros (52).

En general, el respeto connota actitudes tan variadas como la deferencia a las reglas sociales, la distribución del poder en grupos y la preocupación por los demás. El sentimiento de respeto, en su sentido más amplio, se operacionaliza como la evaluación de un individuo sobre cómo es evaluado por aquellos con quienes comparte la pertenencia a un grupo común. Esto es similar a la noción de reputación social: un reflejo de las opiniones que otros miembros del grupo tienen sobre la persona. Los grupos capaces de proporcionar retroalimentación social significativa pueden ser tan definidos y tan pequeños como unos pocos individuos encargados de resolver un problema específico en el trabajo. O pueden ser tan difusos y tan grandes como una comunidad residencial como la ciudad en la que uno reside. Lo que importa es que estos grupos son importantes para la forma en que el individuo se ve a sí mismo (50).

Al concebir el respeto como un reflejo de la opinión colectiva que los miembros del grupo tienen del individuo. El respeto percibido juega un papel fundamental en la

configuración no solo del grupo sino también las experiencias emocionales del individuo y la autoconstrucción. La pregunta se convierte en por qué esta experiencia psicológica debería importar de esta manera tan importante. Sugerimos que la experiencia del respeto es importante para las personas porque refleja dos motivos centrales de la vida social: la lucha por el estatus (reconocimiento como un contribuyente digno del grupo) y la necesidad de pertenecer (formación de vínculos significativos y afiliativos con otros miembros del grupo) (32).

Se ha argumentado que la lucha por el estatus es un motivo social primario y universal que subyace a las interacciones en los grupos sociales. Tener un alto estatus dentro de un grupo puede implicar alternativamente que uno tiene un rol o posición de gran prestigio, para ser percibido como un miembro digno del grupo, o ser visto como competente en dimensiones específicas importantes para el grupo. El respeto puede derivarse de las opiniones colectivas de los miembros del grupo y reflejar la reputación del yo, es decir, la parte de la identidad que está vinculada a los atributos valorados por el grupo. Las personas se ven fuertemente afectadas por los aspectos interpersonales de sus interacciones con los tomadores de decisiones (46).

Las personas se preocupan por su estatus dentro de los grupos a los que pertenecen y con los que se identifican. Buscan información sobre el grado en que son miembros valorados de la comunidad. Una forma en que se puede transmitir su estatus dentro de estas comunidades es a través de las acciones de las autoridades del grupo. Empoderadas por el grupo, se supone que las acciones de estas autoridades reflejan las opiniones de los miembros del grupo en su conjunto. Por lo tanto, los individuos prestan mucha atención a si la autoridad se ha comportado de manera neutral, confiable

y educada. Cuando los comportamientos de las autoridades se ajustan a estos estándares relacionales, las personas sentirán que han sido tratadas de manera justa. El trato justo, a su vez, sugiere que el individuo es un miembro respetado (valorado) de la comunidad. El trato que no cumple con estos estándares comunica una falta de respeto y que el individuo es un miembro marginal del grupo (44).

El respeto refleja la necesidad de pertenecer. Como tal, el respeto cumple una función crítica al comunicar información sobre la inclusión de una persona dentro de un grupo social. El respeto está enraizado en una necesidad fundamental de reconocimiento de que uno es un miembro aceptado del grupo y al que pertenece. Juntas, la necesidad de estatus y la necesidad de pertenecer representan necesidades sociales centrales que pueden satisfacerse potencialmente cuando los individuos participan en la vida grupal. La experiencia del respeto importa porque satisface preocupaciones sobre necesidades sociales fundamentales. La satisfacción de estas preocupaciones, a su vez, tiene implicaciones críticas para el funcionamiento del grupo y el bienestar de los individuos dentro del grupo. Al conocer las percepciones de las personas sobre el grado en que son respetadas por otros relevantes, es posible predecir y explicar aspectos significativos de la experiencia cotidiana, incluido cuándo y por qué las personas eligen participar en grupos y comunidades (compromiso social), cómo se sienten las personas sobre sí mismas (autoestima) y diferencias en el bienestar psicosocial y físico (salud) (26).

la comunicación de respeto por parte de los miembros del grupo da como resultado: aumentos en la voluntad de participar en un comportamiento de servicio al grupo y la identificación con el grupo; cooperación en un dilema social; y esfuerzos para mejorar

el grupo. Los propósitos del respeto es regular la dinámica interna de un grupo. Los estudios de campo de las experiencias de las personas en su vida cotidiana llegan a conclusiones similares. Los estudios sobre el respeto percibido por parte de las autoridades en grupos naturales encontraron que sentirse respetado estaba relacionado con una serie de indicadores de compromiso social, incluido el cumplimiento de las reglas del grupo, el compromiso del grupo y la participación en un comportamiento extra-rol para mejorar el grupo. El respeto de otros miembros del grupo se ha relacionado con el deseo de participar en comportamientos orientados al grupo (44).

2.2.2. SATISFACCIÓN DE LOS PADRES CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Alcanzar la plena satisfacción del paciente requiere cumplir expectativas, necesidades y/o deseos en cuanto a la atención de la salud. Dado que los bebés no pueden expresar sus necesidades y demandas de salud particulares, las experiencias, las opiniones y la satisfacción de los padres juegan un papel vital en la elección de la atención médica más adecuada para los neonatos. Los estudios sobre la satisfacción de los padres con la atención pediátrica han destacado numerosos dominios como críticos para la satisfacción del cuidador, incluidas las relaciones interpersonales, la accesibilidad de los servicios y el suministro de información sobre la salud y los procesos de toma de decisiones. Para los servicios de la Unidad de Cuidados Neonatales, se ha demostrado que la comunicación y el intercambio de información, el apoyo emocional, la participación familiar, las habilidades de tratamiento y las condiciones ambientales son particularmente importantes (54).

En la sociedad actual impulsada por el consumidor, medir la satisfacción del paciente se ha convertido en parte integral de la evaluación de los servicios de atención médica. La investigación fundamental sobre el concepto de satisfacción del paciente lo ha definido como la evaluación de un individuo de los servicios de atención médica recibidos y su evaluación de los proveedores de servicios. La satisfacción es un reflejo de las preferencias personales del consumidor, sus expectativas y las realidades de la atención recibida. Otros han descrito la satisfacción como la evaluación cognitiva y la reacción emocional del receptor de la atención médica a la estructura o los atributos del entorno, el proceso de atención y el resultado de su experiencia de servicio o el juicio del paciente sobre la calidad de la atención recibida (55).

La satisfacción, definida como una evaluación personal de los servicios de atención y los proveedores de atención, se considera vital en la evaluación de la calidad de la atención. Un problema común con los instrumentos de calificación de satisfacción es que las calificaciones son universalmente altas (56).

Los padres transmiten un fuerte mensaje a los proveedores de cuidado sobre la importancia de mantenerse informados sobre el cuidado que está recibiendo su bebé y el progreso del bebé. La satisfacción identifica la coincidencia entre la cultura de la unidad y las expectativas de los padres. Los padres de bebés hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales están particularmente estresados por la apariencia y el comportamiento de su bebé enfermo y por las alteraciones en su rol parental. Se cree que animar a los padres a pasar más tiempo con sus bebés y a participar activamente en su cuidado facilita el desarrollo del rol parental (57).

El funcionamiento de un hospital pediátrico moderno requiere un enfoque integral de los problemas de salud del neonato, los problemas de desarrollo y la situación familiar. Para el paciente, la calidad de los servicios médicos equivale a una sensación subjetiva de satisfacción con la atención. La satisfacción con la atención médica, incluida la atención de enfermería, es un concepto multidimensional que se define de diversas formas y depende del grado de correspondencia entre el cumplimiento de las expectativas del paciente y su familia y la percepción de la atención que se les brinda. También es un indicador importante de la satisfacción con la atención hospitalaria integral. En el caso de un neonato, la satisfacción con la atención también es evaluada por los padres o tutores, quienes tienen derecho a estar presentes, participar y co-decidir los asuntos de atención médica. La sensación de satisfacción de los padres con la atención está determinada por sus necesidades individuales, experiencias de hospitalizaciones previas y factores externos cambiantes, incluidos los factores sistémicos (58).

La satisfacción de los padres con la atención también puede verse influida por otros factores, como el estado de salud del neonato y su impacto en el funcionamiento de la familia, el estado emocional del neonato, la etapa clínica de la enfermedad y el mantenimiento de la continuidad de la atención desde el ingreso al hospital hasta el alta, incluida la preparación de los padres para continuar con la atención de enfermería en el entorno del hogar. La evaluación de la satisfacción de los padres es una parte importante del cuidado holístico de enfermería al paciente pediátrico que permite conocer la actitud de los padres hacia los servicios que se les brindan y hacia el respeto de los derechos de los pacientes durante la hospitalización. En tal contexto, la evaluación de la satisfacción con la atención de enfermería también tiene una

importante función de control y permite proteger a los pacientes y sus familias de iatrogenia. Las opiniones de los beneficiarios también son una fuente invaluable de información que permite analizar la situación e introducir cambios para optimizar las actividades de los proveedores médicos según presunciones documentadas (59).

Las habilidades del personal de enfermería para cumplir con las expectativas de los pacientes contribuyen a aumentar la competitividad de una unidad de atención médica y las opiniones positivas de los pacientes ayudan a publicitarla. Se puede suponer que un paciente satisfecho es más probable que siga las recomendaciones médicas y de enfermería y que participe regularmente en un chequeo médico. Además, la alta satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería puede determinar la satisfacción de todo el equipo de enfermería y su trabajo y desempeñar un importante papel motivador (60).

La satisfacción de los padres con la atención médica se asocia con una mejora en la salud de sus hijos o con una reducción de los síntomas, incluida la adherencia al régimen terapéutico y la comprensión de la información médica. Por tanto, el nivel de satisfacción de los padres con la atención sanitaria puede utilizarse como una buena variable proxy para aspectos importantes de la calidad de la atención. Cada vez más, las perspectivas de las familias se tienen en cuenta al evaluar los servicios de salud y se buscan las opiniones de los padres para evaluar la calidad de la atención pediátrica. Los sistemas de salud actuales se caracterizan por ser complejos, cambiantes, técnicamente competentes, competitivos e impulsados por el mercado. Hoy en día, existe una mayor evidencia de que una mayor satisfacción con los servicios de salud

da como resultado una mejor adherencia al tratamiento, lo que conduce a mejores resultados de salud (61).

Las organizaciones sanitarias han comenzado a mostrar un interés cada vez mayor en examinar y desarrollar sus funciones desde una perspectiva de marketing. Este hecho lleva a examinar la prestación de servicios desde la perspectiva tanto del comprador como del proveedor de servicios y, por el contrario, al examen del uso o consumo del servicio desde la perspectiva del cliente. Como resultado, el éxito o la competitividad del proveedor de servicios se basa en brindar servicios que satisfagan las necesidades del cliente. La satisfacción de los padres con respecto a la atención brindada a sus hijos hospitalizados ha sido objeto de varios estudios durante las últimas décadas. La mayoría de ellos se han centrado en aspectos específicos de la atención pediátrica, como la atención neonatal, la atención pediátrica intensiva y las emergencias (62).

La comunicación de las enfermeras con los padres en las unidades de hospitalización pediátrica es un factor clave que contribuye a las percepciones de los padres sobre el cuidado de sus hijos. Los padres satisfechos informan de una atención personalizada según sus necesidades y preferencias; es esencial ofrecer servicios que sean específicos de la situación o los deseos de las madres, que podrían necesitar apoyo social y la oportunidad de discutir libremente sus preocupaciones tanto con profesionales como con sus pares (63).

La mayoría de los padres en general están más satisfechos cuando el nivel de información, el trato y el comportamiento del personal eran satisfactorios. Las expectativas de los padres y el nivel de atención que recibe son determinantes

importantes de la satisfacción. La accesibilidad, el nivel de información proporcionada y la comunicación con el personal, junto con el manejo del dolor, fueron evaluados mejor por los padres con un niño en el hospital general que por los padres con un niño en el hospital pediátrico. En general, la atención interpersonal, el nivel de información y las mejoras deseadas en el servicio (por ejemplo, accesibilidad, instalaciones, tiempo y calidad de la comida) se reconocen como determinantes importantes de la satisfacción de los padres en diferentes modos de atención y/o tipos de hospitales pediátricos (64).

El primer ingreso hospitalario de un niño es más grave y conlleva mayor incertidumbre que los ingresos posteriores y, por lo tanto, se considera más importante. La satisfacción se puede definir como el alcance de la experiencia de la madre en comparación con sus expectativas. Evaluar hasta qué punto los padres están satisfechos con los servicios de salud es clínicamente relevante. Los padres satisfechos tienen más probabilidades de hacer cumplir con el tratamiento y tomar un papel activo en su propio cuidado. Continúan utilizando los servicios de atención médica, permanecen dentro de un proveedor de atención médica y se mantienen con un sistema específico (65).

La satisfacción de las madres con la atención de enfermería brindada a sus hijos es muy importante porque puede utilizarse como indicador de la calidad de la atención. Las madres también participan en el tratamiento médico de sus hijos. Es indispensable que las enfermeras incluyan a los padres en el régimen de tratamiento y cuidado de sus hijos. El cumplimiento del régimen médico y la comprensión de la información médica son responsabilidad principal de los padres, especialmente de las madres. Las madres

satisfechas tienen más probabilidades de ser dóciles y cooperativas. Monitorear y evaluar la satisfacción del consumidor con la atención médica es un aporte crucial para mejorar la calidad del sistema de salud y los cambios en el sistema, así como para proporcionar retroalimentación a los profesionales de la salud y a los formuladores de políticas. Las medidas de satisfacción del consumidor con la atención médica pueden proporcionar una evaluación importante de la calidad de la atención médica que no se refleja adecuadamente en otras estadísticas de servicios de salud, como el rendimiento de los pacientes, los tiempos de espera, los tiempos de consulta y la proximidad (66).

La satisfacción de los padres en el caso de niños bajo atención médica, la satisfacción se describe como la discrepancia entre la calidad de la atención médica que se espera del paciente y la calidad percibida del tratamiento médico. La particularidad del concepto de satisfacción del paciente es que los estándares de calidad ya no son evaluados por equipos de expertos sino por los propios pacientes. La satisfacción de los padres puede utilizarse como indicador de la calidad de la atención. Para el mejor tratamiento médico posible de los niños es indispensable que el médico incluya a los padres en el régimen de tratamiento. En tiempos de economía de libre mercado el nuevo paciente crítico tiene libre elección de centro de día pediátrico Algunos autores afirman que los padres no están en condiciones de valorar adecuadamente todos los aspectos de una consulta pediátrica ya que tienen tener que preocuparse por sus hijos enfermos. Sin embargo, se supone que los padres son racionales y capaces de tomar decisiones inteligentes con respecto a la salud de sus hijos, y si son capaces de hacerlo (67).

2.2.2.1. DILIGENCIA

El recién nacido con sus necesidades afectadas es abruptamente separado de la madre y derivado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde quedan expuestos a manipulación excesiva, estímulos dolorosos, iluminación, ruido y temperatura inestable, lo que retrata un ambiente inhóspito y hostil. La hospitalización implica un tratamiento especializado con el uso de tecnologías complejas; sin embargo, los padres viven una situación embarazosa, marcada por sentimientos de miedo, inseguridad y tensión, frente a la imagen del neonato hospitalizado en ese ambiente aterrador. Ante tales circunstancias, el equipo de enfermería debe ofrecer apoyo y acogida a los padres para aliviar conflictos y momentos estresantes (68).

Se destaca que la política de humanización del parto, puerperio y neonatal de riesgo ha innovado la atención tradicional al recién nacido prematuro y de bajo peso al nacer. Desde esta perspectiva, la literatura aborda los avances tecnológicos, la mejora de las conductas técnicas, así como la ética y la competencia de los profesionales que han favorecido mucho la promoción de la calidad de la atención integral al recién nacido y a la familia. Cabe destacar que, en la enfermería contemporánea, las tecnologías en el cuidado de la salud han favorecido la mejora del cuidado humano, contribuyendo significativamente para la supervivencia humana. A partir de esta evolución terapéutica se ha ampliado el universo de una atención moderna y calificada, que identifica el hito en la atención neonatal. Además, se puede ver que las enfermeras buscan en su práctica la aplicación del cuidado humanizado con énfasis en las relaciones interpersonales, la comunicación efectiva entre el recién nacido y su familia, así como estrategias cruciales que involucran la ecología ambiental (69).

En busca de la optimización del cuidado, los estudios que abordan la humanización del cuidado muestran las relaciones que se establecen entre gestores, profesionales, clientes y familias, cuyo equipo profesional, imbuido de compromiso y responsabilidad, desarrolla prácticas de acogida, confort y seguridad, en forma que promueve el establecimiento del vínculo afectivo entre padres y neonatos. El interés por este tema coincide con el despertar de la práctica del cuidado de enfermería basada en la humanización, así como las evidencias científicas que señalan el avance del cuidado neonatal, destacando las innovaciones y tecnologías sofisticadas para la gestión clínica y el cuidado del bebé. Se cree que para alcanzar la calidad del cuidado es necesario que el equipo de enfermería busque la superación y se actualice en la perspectiva de la humanización del cuidado (70).

Una atención intensificada y humanizada, consiste en asistencia y calidad: con profesionales más calificados y experimentados; facilidad de acceso a la atención médica para el paciente; tratamientos efectivos y actuales, con seguimiento constante del estado del paciente; reducir las fuentes de estrés y apoyar las necesidades sociales y los hábitos alimentarios del recién nacido; asistencia que respete la diversidad cultural, religiosa, racial y socioeconómica de los familiares del paciente y del equipo responsable de la terapia; asistencia individualizada, integral y humanizada; espacio de hospitalización equipado con modernos instrumentos; adecuado proceso de alimentación priorizando, cuando sea posible, la lactancia materna; y cuidadores con las manos debidamente desinfectadas y con equipo de protección. La unidad de neonatología es un sector multidisciplinario delicado y complejo que depende de profesionales que sean capaces de comprender, entregar y cuidar con tiempo y dedicación a los pacientes, debiendo contar con una estructura y organización con

recursos humanos especializados, equipos y tecnología adecuada a las demandas del recién nacido patológico las 24 horas del día. El enfermero es el profesional más capacitado para garantizar una asistencia segura y un cuidado de calidad al recién nacido prematuro. Cuidar y comprobar intervenciones que van más allá de la mera práctica clínica y aunar habilidades y conocimientos específicos para su uso en esta área de la medicina (71).

2.2.2.2. ORIENTACIÓN

Los padres de neonatos hospitalizados en la unidad de neonatología se encuentran en una situación de tensión emocional y crisis potencial. Estar separado de su hijo es doloroso, el ambiente hospitalario no es familiar y los padres dependen de médicos y enfermeras para poder hacer frente a su situación y familiarizarse con el cuidado de su hijo. Por lo tanto, la buena comunicación entre los padres y el personal es una parte esencial del apoyo que se ofrece a los padres en la unidad de neonatología. Como han demostrado estudios anteriores, los padres cuyos hijos están siendo atendidos en la unidad de neonatología sienten la necesidad no solo de comprender los aspectos técnicos de la atención, sino también de tener oportunidades para discutir sus experiencias y emociones con los miembros del personal. Los padres se sienten apoyados por la capacidad de respuesta emocional a sus necesidades por parte del personal, así como por estar continuamente informados sobre el estado de salud y el tratamiento de sus hijos (72).

La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud es un factor indispensable para garantizar la seguridad del paciente en los servicios de salud, la

comunicación efectiva es garantía para la calidad en la atención y la integridad del paciente dentro de las unidades de salud. Cuando hay déficit en la comunicación, aumenta la posibilidad de errores profesionales y, como consecuencia, se intensifica la aparición de eventos adversos. Entre los principales obstáculos para una comunicación efectiva se encuentran la sobrevaloración de la información de carácter clínico, cruce de mensajes sobre información de servicio e información personal, falta de motivación, falta de tiempo, escasez de personal, falta de estandarización de la información, incompetencia o falta de conocimiento sobre la importancia de tal acción, cantidad excesiva o reducida de información; oportunidad limitada para posibles preguntas; calidad inconsistente de la información; omitir o transmitir información errónea; registros ilegibles; e interrupciones y distracciones provocadas por el uso de teléfonos, además de interrupciones innecesarias por parte de los familiares (73).

Cuando los padres se sienten insatisfechos con su comunicación con el personal, su estrés y ansiedad aumentan y les resulta más difícil establecer una relación cercana con su hijo. La comunicación entre padres y proveedores en la unidad de neonatología presenta desafíos especiales debido al estrés de los padres y la complejidad del entorno altamente tecnologizado. El propósito de la comunicación entre el personal y los padres en la unidad de neonatología no es solo informar a los padres sobre la condición médica y el tratamiento de su hijo; los médicos y enfermeras también deben educar a los padres e invitarlos a participar en la toma de decisiones y en el cuidado de su hijo. El personal debe utilizar sus habilidades de comunicación para comprender y apoyar a los padres en su situación emocional en la unidad de neonatología (74).

Existe una población significativa de padres que requieren una intervención temprana en forma de apoyo facilitador por parte de los profesionales de la salud que atienden a sus recién nacidos. En este entorno de atención, los padres confían en los profesionales de la salud para que les brinden información y otras formas de apoyo, pero enfrentan el desafío de comunicarse con múltiples proveedores de atención. Al mismo tiempo, los padres tienen el desafío adicional de negociar con los profesionales de la salud el cuidado compartido de su hijo. La comunicación eficaz es un elemento importante de la atención de apoyo y, sin embargo, en este entorno puede ser problemática (75).

Existe una necesidad bien aceptada de apoyo de enfermería para ayudar a los padres de bebés prematuros hospitalizados y enfermos. Las enfermeras se encuentran en una posición poderosa para influir en la capacidad de los padres para hacer frente a los factores estresantes y para ser buenos padres. Sin embargo, en el entorno de atención altamente tecnológico de las salas neonatales, se asignará prioridad a los tratamientos de estabilización y salvamento para los bebés. Proporcionar apoyo y atención psicosocial es más difícil. La comunicación interpersonal es la principal herramienta utilizada para el intercambio de información entre los profesionales de la salud y los pacientes y las familias y para negociar la atención. Las enfermeras, en particular, son una fuente importante de información y apoyo para los padres durante este período de transición, y los padres valoran mucho la comunicación de enfermería (76).

La comunicación de las enfermeras con los padres en el contexto de la unidad de neonatología necesita, en particular, ir más allá de la interpretación de la información clínica para ayudar a los padres a desarrollar una relación con sus bebés y habilidades

de cuidado. Los patrones de comunicación de las enfermeras pueden ayudar a las madres en su papel como madres, particularmente a través del importante papel de conversar. Una serie de barreras para la comunicación entre las enfermeras y los padres incluyen información inadecuada o contradictoria, así como dirigir el cuidado de la madre y el bebé, y desestimar los derechos y habilidades de la madre y acciones que hicieron que los padres cuestionaran su competencia como madres. Mientras los médicos buscan obtener información médica para establecer y promover diagnósticos y tratamientos, los pacientes se preocupan por obtener información comprensible y saber que han sido escuchados y comprendidos (77).

2.2.2.3. CONFORTAMIENTO

Cuando un bebé ingresa en una unidad de neonatología, este puede ser un momento muy estresante. Para los padres, para quienes la principal preocupación es el diagnóstico y pronóstico de su hijo. A esto se suma el miedo de no poder estar con el bebé, así como el factor desconcertante de la tecnología avanzada y el ambiente general en la propia unidad de neonatología. En estas unidades, los profesionales de la salud enfocan su atención en el cuidado del paciente, ignorando en muchos casos a los demás familiares. Cabe recordar que los padres pueden vivir en una montaña rusa emocional, donde el nacimiento del bebé se presenta como algo sorprendente e inesperado, para lo cual no estaban preparados. A la experiencia del parto prematuro se le pueden sumar otros estresores, como la separación de contactos y amistades, la pérdida de la intimidad presente en el hogar, además del conflicto de pareja que puede terminar en separación o divorcio (78).

El apoyo emocional es un factor clave para promover un enfoque adaptativo de las madres y los padres ante el nacimiento de un hijo prematuro. Por otro lado, las complejas interacciones entre temas como la prematuridad y la paternidad, la naturaleza estresante del entorno y las circunstancias personales dan lugar a una amplia gama de respuestas emocionales. Se describen varias fuentes de apoyo emocional a los padres, entre ellas, la de las enfermeras de la unidad. Después de observar la condición de su hijo, los padres a menudo comienzan a buscar esperanza y se sienten ansiosos cuando no reciben comentarios alentadores de las enfermeras y los médicos; en este contexto, una sensación de desesperación es uno de los factores más estresantes reportados por la mayoría de los padres, ya que cualquier atisbo de esperanza les proporciona la fuerza emocional para continuar la lucha (79).

El apoyo emocional como expresiones de cuidado, preocupación, amor e interés, especialmente durante momentos de estrés o malestar. El apoyo emocional también incluye ayudar a otros angustiados a superar su malestar escuchando, empatizando, legitimando y explorando activamente sus sentimientos. Además, debido a que el estrés y el daño emocional a menudo surgen de la invalidación del yo, ya sea directamente (p. ej., el rechazo de un otro valorado) o indirectamente (p. ej., fallar en algo relacionado con el concepto de uno mismo), las expresiones de aliento, el aprecio, la tranquilidad y el respeto, a menudo considerados como apoyo de la valoración, el ego o la estima, pueden conceptualizarse como formas de apoyo emocional. Por lo tanto, el apoyo emocional aborda cuestiones que residen en el centro de nuestro ser: nuestro sentido de identidad, las cosas a las que aspiramos, nuestras esperanzas, nuestros miedos y nuestros sentimientos más profundos (80).

El apoyo emocional a menudo se ha tratado como una provisión básica de las relaciones personales cercanas, así como un determinante importante de la satisfacción con estas relaciones. El apoyo que brindan las relaciones cercanas a menudo tiene efectos saludables, ya que ayuda a quienes lo necesitan a enfrentar los problemas de manera más efectiva, manejar el malestar y mantener un sentido positivo de sí mismo y una perspectiva de la vida. Abundantes investigaciones indican que aquellos con redes sociales de apoyo disfrutaban de mejor salud física que aquellos con redes de apoyo. Además, los receptores de apoyo emocional sensible pueden recuperarse más rápidamente de varias enfermedades y lesiones e incluso pueden vivir más tiempo cuando luchan contra padecimientos (81).

Recibir apoyo emocional sensible contribuye sustancialmente a múltiples índices de bienestar personal y relacional. El apoyo emocional generalmente ocurre en el contexto de relaciones cercanas. Cuando el apoyo emocional se brinda hábilmente (es decir, aborda los sentimientos de otra persona angustiada de una manera sensible y efectiva), puede generar numerosos beneficios para el receptor, incluidas mejoras en los estados emocionales, afrontamiento, e incluso la salud. Desafortunadamente, la investigación indica que muchos intentos de brindar apoyo emocional no son experimentados como sensibles y efectivos por los receptores (82).

Brindar apoyo efectivo y sensible requiere más que buenas intenciones; aquellos que brindan un apoyo verdaderamente útil deben saber qué decir (así como qué no decir). Un enfoque útil para caracterizar las características de los mensajes de apoyo más y menos efectivos hace uso del concepto conocido como centrado en la persona. En contextos reconfortantes, la centralidad en la persona refleja la medida en que los

mensajes reconocen, elaboran, legitiman y contextualizan explícitamente los sentimientos y la perspectiva del otro angustiado. Los mensajes de consuelo altamente centrados en la persona reconocen y legitiman explícitamente los sentimientos del otro, ayudan al otro a articular esos sentimientos, elaboran razones por las que se pueden sentir esos sentimientos y ayudan al otro a ver cómo esos sentimientos encajan en un contexto más amplio (83).

2.2.2.4. PREVISIÓN

En las unidades de neonatología, la asistencia insegura puede generar serios problemas ya que la mayoría de sus pacientes se encuentran en condiciones de salud graves y necesitan utilizar una gran cantidad de equipos, así como someterse a procedimientos invasivos. Cuando entra en la unidad de neonatología, surge otro desafío: su población se ubica en el tope de la lista de prioridades en cuanto a la disminución de la mortalidad infantil, que es uno de los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud y el nivel de desarrollo de un país. Para disminuir la mortalidad neonatal, se deben tomar medidas integrales en varios sectores, incluidas las prácticas de atención al recién nacido (NA). Las características específicas de estos pacientes exigen conocimientos y formación específicos por parte de los profesionales sanitarios, quienes a su vez adquieren habilidades técnicas, experiencia clínica, sensibilidad, competencia y un sentido más profundo de responsabilidad hacia el cuidado (84).

Un buen servicio de salud es la satisfacción total de un individuo cuando ese servicio es prestado. Se mide con un enfoque holístico y se considera satisfactoria cuando los

beneficios proporcionados por la asistencia superan los daños. A partir de este concepto, se puede entender que la calidad asistencial es sinónimo de seguridad del paciente. La seguridad del paciente es un tema que ha sido el foco prioritario de los servicios de salud debido no solo al aumento global de servicios de salud nocivos que causan deterioro físico y/o psicológico en pacientes y profesionales de la salud, sino también por los gastos exorbitantes generados por errores iatrogénicos, la seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con la atención médica a un mínimo aceptable. El "mínimo aceptable" se refiere a todo lo que es viable dentro del conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en el que se brinda la asistencia, es decir, los riesgos a los que está sujeto el paciente si no es tratado. En otras palabras, la seguridad del paciente es la reducción de actos inseguros cuando se brinda asistencia y el uso de las mejores prácticas para que se logren los mejores resultados posibles para el paciente (85).

La unidad de neonatología es un lugar donde es probable que ocurran errores con graves consecuencias para los pacientes. En estas unidades, el diseño de acciones que se centren en la atención segura es de suma importancia debido a la presencia de equipos complejos y la administración constante de medicamentos y alimentación. Al incluir temas como la cirugía segura, el saneamiento de manos, la prevención de lesiones por presión, la prevención de caídas, la prescripción segura y la administración de medicamentos, así como la identificación correcta de los pacientes, estos protocolos se han convertido en herramientas de orientación para la reducción de riesgos y la mejora de la seguridad (86).

Las enfermeras desempeñan un papel importante en el establecimiento de la seguridad y la protección del paciente. El conocimiento de la percepción de estos proveedores de salud provoca una mejora en la seguridad del paciente y un aumento en la calidad de la atención y la satisfacción del paciente. Además, mediante la comprensión del estado y el nivel de la cultura de seguridad en los entornos de atención médica, se pueden identificar obstáculos e ineficiencias y, luego, reformarlos y rehabilitarlos y, por lo tanto, se puede mejorar la seguridad del paciente. La seguridad del paciente en las unidades de neonatología es de gran importancia, ya que los bebés tienen un alto riesgo de encontrar errores durante su estancia en la unidad de neonatología y están indefensos en comparación con los recién nacidos fisiológicamente más maduros. En estas unidades, las enfermeras son responsables de brindar atención especial, segura y de alta calidad a los bebés. Por lo tanto, es necesario que los conocimientos y habilidades relacionados con la seguridad se conviertan en parte de las funciones y hábitos cotidianos de los enfermeros (58).

2.2.2.5. PREDILECCIÓN

El personal de enfermería debe de ofrecer un atención preferencial y diferenciada a cada madre; para ello requiere comprender su situación particular y ser empática con ella. La satisfacción con los servicios de salud requiere elevados grados de empatía y simpatía por parte del personal de salud hacia la madre. El personal de enfermería debe de tener las aptitudes necesarias y la disposición personal para comprender la situación personal de la madre en todo su contexto; esto permitirá ofrecer un servicio personalizado que será bien valorado por la madre y contribuirá a fortalecer la salud emocional y espiritual materna (54).

Los profesionales de la salud varían significativamente en su capacidad inicial para comunicarse con los pacientes y sus familias. Para desarrollar relaciones efectivas y de confianza con los pacientes, los médicos y las enfermeras deben tener fuertes habilidades para escuchar y la capacidad de expresar compasión. Cuando un recién nacido ingresa en la unidad de neonatología, es especialmente importante hablar con los padres de manera clara y empática, ya que se encuentran en un entorno potencialmente aterrador y, a menudo, inesperado. La ansiedad de los padres es alta desde el momento de la admisión a la unidad de neonatología hasta meses después del alta. Las interacciones negativas entre los padres y el personal pueden aumentar la ansiedad de los padres. Sin embargo, este estrés de los padres puede disminuir recibiendo apoyo emocional de los médicos y enfermeras. Por lo tanto, es imperativo abordar todas las interacciones con la familia, incluidas las conversaciones de la rutina diaria, con empatía (70).

La empatía es indispensable para una práctica de enfermería eficaz. Sin embargo, otros argumentan que las enfermeras deberían confiar más en la simpatía, la compasión o el consuelo. La empatía es sentir el mundo de la madre como si fuera el tuyo propio, pero sin perder nunca la cualidad de “como si”, esto es empatía”. El estado de empatía, o ser empático, es percibir el marco de referencia interno de otro con precisión y con los componentes emocionales y significados que le pertenecen hasta ahora como si uno fuera la persona, pero sin perder nunca la condición “como si” (82).

La empatía cognitiva se refiere a los procesos intelectuales de alto nivel utilizados para comprender la experiencia del otro, como los métodos de toma de perspectiva, el pensamiento crítico o la inferencia. Dentro de la literatura de enfermería, a menudo se

la denomina empatía “de estado” o “clínica”. Es este concepto de empatía el que a menudo recibe más atención por parte de los educadores de enfermería, no solo porque se entiende que involucra habilidades clínicas que pueden entrenarse y desarrollarse, sino también porque se dice que la empatía cognitiva permite a la enfermera comprender a su paciente mientras mantiene distancia y objetividad. Las enfermeras también pueden entrenar la empatía “intrapersonal”, que se refiere a la capacidad innata. Pero esta es una opinión minoritaria. De hecho, la mayoría argumentaría que uno no debe confiar en esta capacidad empática supuestamente innata, ya que es una experiencia emocional que dificulta la atención clínica eficaz. Supuestamente, empatizar de esta manera requeriría que la enfermera asumiera y compartiera los sentimientos de su paciente, lo que, según la situación y el estado de ánimo del paciente, puede ser abrumador. Incluso si tal experiencia proporcionara una comprensión precisa del paciente, el costo emocional podría superar cualquier beneficio (60).

Empatizar con alguien que sufre o está angustiado es sentir lo que siente el otro. Pero si el empatizador sufre como resultado de empatizar con tu sufrimiento, esto no es una ventaja obvia para ti. Si busca ayuda de un médico o terapeuta, no quiere que revivan su dolor y angustia; no quiere que se sientan abrumados por emociones negativas; más bien, desea que mantengan la calma y respondan con cuidado, preocupación y ayuda. Mientras que una forma más desapegada de tomar perspectiva, se llama empatía cognitiva, puede apoyar la toma de decisiones racionales y objetivas, la empatía emocional debe evitarse porque sentirse como alguien más puede ser dañino al no facilitar una atención médica efectiva (57).

La empatía no se trata de que yo tenga el mismo estado mental, sentimiento, sensación o respuesta corporal que otra persona, sino más bien de que yo esté familiarizado experiencialmente con una experiencia que no es la mía. La empatía se dirige a las experiencias ajenas sin eliminar su alteridad. En la empatía, me enfrento a la presencia de una experiencia que no estoy viviendo por mí mismo. Si empatizo con tu tristeza, tengo una idea de cómo es para ti estar triste sin estar triste yo mismo; Carezco de acceso en primera persona a la tristeza en cuestión. para empatizar aferrarse con tranquilidad a la alegría de otro no es estar uno mismo alegre, sino reconocer la alegría como perteneciente al otro (73).

2.2.2.6. MONITORIZACIÓN

Dada la fragilidad del recién nacido hospitalizado, el personal de salud debe de vigilarlo de manera continua y específica; debido a que pequeñas variaciones en sus constantes vitales pueden ser fatales y agravar su situación de salud o provocarles la muerte; la percepción de la madre del grado en que el personal de salud vigila la condición de salud de su hijo mejorará su satisfacción con la atención que recibe su hijo. La calidad de la atención médica se define como “el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual. La calidad se diseña en relación con la estructura, el proceso y los resultados. La estructura evalúa las características del sistema de salud, como la infraestructura de los edificios, la disponibilidad de equipos, medicamentos y suministros, la cantidad de personal y su calificación y otras actividades organizativas. El proceso evalúa cómo se

brinda la atención con prontitud y cómo los pacientes interactúan con el profesional de la salud. El resultado, es el grado de mejoría o potenciación de la salud (74).

La satisfacción materna está determinada por todas las magnitudes del cuidado durante tres elementos como estructura, proceso y resultados. Los elementos estructurales incluían un buen entorno físico, limpieza y disponibilidad de recursos humanos, medicamentos y suministros adecuados. Los determinantes del proceso incluyeron el comportamiento interpersonal, la privacidad, la rapidez de la atención, la atención cognitiva y la competencia percibida del proveedor. Los determinantes relacionados con los resultados fueron el estado de salud del recién nacido. La satisfacción de las madres en esos aspectos del cuidado se ha visto influenciada por varios factores, como la personalidad sociodemográfica de las mujeres, el nivel de aprendizaje, la edad, el estado civil y el estado financiero; factores individuales como la moral, las actitudes, la alfabetización en salud y el apoyo personal (68).

Entre los estándares y las declaraciones de calidad para la atención materna y neonatal basada en instalaciones alrededor del momento del parto, hay recursos físicos esenciales que incluyen agua, energía instalaciones de higiene, saneamiento, lavado de manos y eliminación de desechos que sean funcionales, confiables, seguras y suficientes para satisfacer las necesidades del personal, las mujeres y sus familias, existencias adecuadas de medicamentos, suministros y equipos disponibles para la atención de rutina y el manejo de las complicaciones. Entre las evaluaciones importantes para las mujeres sobre cómo se brindan los servicios maternos y neonatales dentro de la institución de salud, hay un buen ambiente físico que incluye un buen edificio provisto de agua, electricidad, camas, higiene, habitación adecuada y

área de espera; limpieza y mantenimiento de la higiene; Proveedores de atención médica, como médicos, enfermeras o parteras, disponibilidad y accesibilidad de medicamentos y equipos necesarios, como termómetros, servicios de laboratorio y otros suministros de emergencia (85).

Se considera que los proveedores de atención médica tienen un buen indicador de la calidad de la atención cuando están disponibles todo el tiempo durante una situación de emergencia. Cuando los proveedores de atención médica no son adecuados, especialmente durante el trabajo de parto, esto tiene un efecto negativo en la atención de la madre y contribuirá a la insatisfacción de la madre con el servicio prestado. Se ha señalado que la higiene dentro de los establecimientos de salud tiene un impacto negativo en cómo los clientes perciben la atención que reciben; existe la necesidad de mejorar esta área para hacer felices a nuestros clientes con la calidad de la atención que se espera que reciban (72).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

ACEPTACIÓN, es la calidez, el afecto, el cuidado, la comodidad, la preocupación, el cuidado, el apoyo o simplemente el amor que los padres y otras personas pueden sentir y expresar hacia sus hijos, figuras de apego y otras personas. La aceptación tiene dos expresiones conductuales principales: física y verbal. Las expresiones físicas de aceptación incluyen abrazos, caricias, miradas de aprobación, besos, sonrisas y otras indicaciones de cariño, aprobación o apoyo. Las expresiones de aceptación verbal incluyen elogios, cumplidos, decir cosas agradables al neonato o a otra persona sobre él, cantar canciones o contarle historias al neonato pequeño.

FIGURA DE APEGO, es cualquier persona con la que un neonato o un adulto tiene un vínculo emocional relativamente duradero, que es especialmente importante para un individuo y que no es intercambiable con nadie más. Es decir, una figura de apego es un otro significativo. Pero una figura de apego tiene al menos un criterio adicional no incluido en la definición de pareja. Específicamente, para ser una figura de apego, se debe de aportar el sentido de seguridad emocional, felicidad y bienestar de uno debe depender hasta cierto punto de la calidad de la relación con la otra persona.

DEPENDENCIA, es el deseo o anhelo interno, psicológicamente sentido, de apoyo emocional, cuidado, comodidad, atención, nutrición y respuestas similares de otras personas significativas y figuras de apego. Para los neonatos pequeños, las manifestaciones pueden incluir aferrarse a los padres, llorar cuando los padres se van inesperadamente y buscar la proximidad física con ellos cuando regresan. Los neonatos mayores y los adultos pueden expresar su necesidad de una respuesta positiva de manera más simbólica, especialmente en momentos de angustia, al buscar

tranquilidad, aprobación o apoyo, así como consuelo, afecto o consuelo de las personas que son importantes para ellos, en particular de los padres. para los jóvenes, y de otras personas significativas no parentales para los adultos.

ESTABILIDAD EMOCIONAL, es la firmeza de ánimo de las personas, su capacidad para soportar reveses menores, fracasos, dificultades y otras tensiones sin alterarse emocionalmente. Las personas emocionalmente estables toleran el estrés y las tensiones menores de la vida cotidiana sin volverse emocionalmente perturbadas, ansiosas, nerviosas, tensas o enojadas. Son capaces de mantener la compostura bajo estrés emocional menor. Son bastante constantes en su estado de ánimo básico y, por lo general, vuelven rápidamente a ese estado después de aquellas ocasiones en las que han experimentado un estrés considerable o han sido provocados excepcionalmente.

INDEPENDENCIA, es la libertad relativa de un individuo de la necesidad sentida de una respuesta positiva. Es decir, la persona independiente es aquella que no suele sentir la necesidad de depender de los demás para recibir apoyo emocional, ánimo, seguridad, consuelo, etc. Las personas emocionalmente sanas pueden hacer estas ofertas de vez en cuando, según sea necesario. Lo importante es con qué frecuencia y con qué intensidad sienten la necesidad de una respuesta tan positiva.

REPRESENTACIÓN MENTAL, es la concepción de la realidad más o menos coherente pero generalmente implícita de un individuo. La concepción consiste en gran parte en generalizaciones sobre uno mismo, los demás y el mundo experiencial construido a partir de experiencias pasadas y actuales emocionalmente significativas. Las representaciones mentales sobre un dominio específico (p. ej., creencias y expectativas sobre uno mismo, otras personas significativas, figuras de apego o

relaciones interpersonales) caen en al menos tres continuos: de ser reconocido conscientemente a ser totalmente inconsciente, de ser internamente consistente y organizado a ser inconsistente y tal vez caótico, y de estar libre o flexiblemente escrito a ser estricto o rígido. Junto con el estado emocional de uno, que influye y es influenciado por la concepción de la realidad de uno, las representaciones mentales tienden a dar forma a la forma en que los individuos perciben, interpretan y reaccionan a las nuevas experiencias, incluidas las relaciones interpersonales. Las representaciones mentales también influyen en qué y cómo las personas almacenan y recuerdan las experiencias. Una vez creadas, las representaciones mentales de los individuos acerca de sí mismos, de las personas significativas, de las figuras de apego y del mundo que los rodea tienden a inducirlos a buscar o evitar ciertas situaciones y tipos de personas.

AUTOSUFICIENCIA, son los juicios que los individuos hacen sobre su propia competencia o capacidad para satisfacer las demandas instrumentales/orientadas a tareas de la vida cotidiana. Los sentimientos de autosuficiencia positiva implican que uno se ve a sí mismo como capaz de manejar satisfactoriamente los problemas; como triunfador o capaz de triunfar en las cosas que se propone hacer; como seguro de sí mismo, seguro de sí mismo y socialmente adecuado. Los sentimientos de autosuficiencia negativos, por otro lado, son sentimientos de incompetencia, la incapacidad percibida para cumplir con las demandas del día a día con éxito.

AUTODETERMINACIÓN, es la medida en que las personas sienten que tienen control personal o influencia sobre eventos importantes de la vida y sus resultados. Un sentido positivo de autodeterminación es una de las disposiciones sociocognitivas

(representaciones mentales) postuladas en la subteoría de afrontamiento para ayudar a muchas personas rechazadas a sobrellevar con mayor eficacia que la mayoría la experiencia del rechazo percibido, aunque es probable que el propio sentido de autodeterminación sea afectado por la experiencia del rechazo.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre la **atención centrada en la familia** y la satisfacción parental es que: a mejor atención centrada en la familia, mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura** y la satisfacción parental es que: a mejor atención centrada en la familia en referencia a la **apertura**, mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022
2. La relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia** y la satisfacción parental es que: a mejor atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia**, mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022
3. La relación entre la atención centrada en la familia en referencia al **respeto** y la satisfacción parental es que: a mejor atención centrada en la familia en referencia al **respeto**, mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE 1:

Atención centrada en la familia

VARIABLE 2:

Satisfacción parental con el cuidado neonatológico

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad de la madre
- Estado civil de la madre
- Ocupación de la madre
- Nivel educativo de la madre
- Número de hijos de la madre
- Procedencia de la madre

3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	Es permitir la participación de la madre y otros familiares en la atención del neonato, dentro de las instalaciones hospitalarias; al asumir a estas intervenciones como valiosas debido a que sólo la madre y la familia puede ofrecer un cuidado humano y afectuoso al neonato para favorecer su recuperación y desarrollo	APERTURA	Permitir que participe la madre de la atención de su hijo que se encuentra hospitalizado	Participe de las decisiones	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Solicitan su consentimiento		
				Informan resultados de intervenciones		
				Informan evolución		
				Sugieren acciones		
				Prevalece su opinión y decisión		
				Participe de higiene		
				Participe de alimentación		
				Presente en evaluación médica		
				Participe de procesos terapéuticos		
				Mayor contacto posible con su hijo		
		Indica materiales y medicamentos				
		Explica procedimientos realizados				
		Explica sobre los fármacos				
		Explica sobre la enfermedad				
		ASISTENCIA	Ayudar a la madre para que pueda atender a su hijo que se encuentra hospitalizado	Facilita acceso a instalaciones		
				Da consejería para el cuidado		
				Apoya a la familia		
				Da mensajes afectuosos		
Procura comodidad						
Facilita equipos de protección						
Da información sobre horarios						
Da información sobre lugares						

				Indica sobre trámites		
				Explica sobre condición de salud		
				Invita a expresar preocupaciones		
				Da ánimos para afrontar		
				Se interesa por su salud		
				Inspira confianza		
				Ayuda con trámites		
		RESPECTO	Es considerar a la madre como una ciudadana objeto de derechos y atribuirles valor a sus aptitudes y forma de vida	Trata con amabilidad y cortesía		
				Le da la debida importancia		
				Se interesa por la salud de su hijo		
				Le comunica de manera clara		
				Es tolerante con usted		
				Cumple con los acuerdos		
				Dispuesta a escuchar		
				Toma el tiempo necesario		
				Evita discriminación		
				Evita hacer sentir culpable		
				Evita ser hiriente u ofensiva		
				Respeto costumbres		
				Respeto privacidad		
				Identifica por nombre o apellidos		
		Muestra respeto a la familia				

VARIABLE 2: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	Es el beneplácito de la madre con los cuidados de enfermería que recibe su hijo en el servicio de neonatología	DILIGENCIA	Son las actividades realizadas en favor de la salud del neonato realizadas de forma oportuna y eficiente	Atiende con rapidez a su hijo	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Disposición para la atención		
				Actúa de forma rápida		
				Verifica el estado de salud		
				Responde a requerimientos		
				Anima a ser consultada		
		ORIENTACIÓN	Son las actividades que mejoran la comprensión de la dinámica hospitalaria y aportan discernimiento del estado de salud del neonato	Orienta y explica de manera clara		
				Exige atención óptima de otros		
				Da información sobre la evolución		
				Explica con palabras fáciles		
				Sugiere preguntas para el médico		
				Responde a sus dudas		
		CONFORTAMIENTO	Son las actividades que dan confort físico y emocional al neonato y a su madre	Procura medidas de confort		
				Infunde ánimos destacando lo positivo		
				Es amable aún en situaciones difíciles		
				Es alegre y optimista		
				Compañía un momento		
				Transmite ánimos positivos		
				Hace sentir confianza		
				Asegura la privacidad		
PREVISIÓN	Son las acciones planificadas para atender de manera oportuna al neonato	Es amable con familiares				
		Equipos y materiales preparados				
		Coordina exámenes y procedimientos				
		Realiza trámites pertinentes				
		Prevé disponibilidad de historia clínica				

				Prevé atención rápida en oficinas		
		<p>PREDILECCIÓN</p> <p>Son las actividades que hacen que la madre sienta que merece una atención preferencial y distinguida</p>		Se concentra en la atención		
				Muestra interés		
				Mantiene informada		
				Procura comodidad		
				Inspira confianza.		
				Pide su consentimiento		
				Escucha atentamente		
				Interés por solucionar el problema		
				Anima para expresar dudas		
				Coloca a su hijo en primer lugar		
				Agradable y amistosa		
				Permite expresar sus sentimientos		
				Pregunta preferencias en el trato		
				Tiene proximidad amistosa		
		Brinda trato digno				
		Explica los procedimientos				
		<p>MONITORIZACIÓN</p> <p>Son las actividades de vigilancia permanentes y específicas sobre el estado de salud del neonato</p>		Usa uniforme y distintivos		
				Vigila estado de salud		
				Tiene todo organizado		
				Conoce el manejo de equipos		
				Rápida y efectiva con el tratamiento		
				Coordina toma de análisis		
				Asegura de que otros den cuidado		
		Coordina trasferencia				

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación propuesta se ajustó a los requerimientos del **método científico**. Es racional, debido a que recurre a argumentos lógicos y racionales que derivan de teorías bien estructuradas y vigentes. Es empírico, porque se basa en datos recogidos de la realidad que dan cuenta de hechos que se dan de manera regular y son susceptibles de ser captados. Es realista, porque se asume que el mundo existe de manera independiente a la percepción y pensamiento de los seres humanos. Es objetivo, porque emplea métodos que evitan que los hechos y argumentos que estructuran la investigación sean desviados por perspectivas y paradigmas particulares de un grupo. Es sistemático, porque todas sus partes se interrelacionan. Es reproducible, de manera que si se repiten todos los procedimientos especificados en la investigación bajo las mismas condiciones se obtendrán los mismos resultados. Se asume el principio de falsabilidad, al considerar que los resultados alcanzados tienen validez provisional, hasta que surjan evidencias distintas producidas con elevada rigurosidad científica (87).

MÉTODOS GENERALES

Se recurrió al **método inductivo**, de manera que se efectuaron observaciones de casos particulares sobre neonatos que tenían una atención centrada en la familia, y que estos hechos generaban satisfacción a sus madres. Se ubicaron regularidades en todos los casos analizados; luego se generaron enunciados generales, válidos para todos los

casos particulares. Las generalizaciones se apoyaron en procesos estadísticos que le dan coherencia y racionalidad al fenómeno estudiado (88).

MÉTODOS ESPECÍFICOS

El procesamiento **estadístico inferencial**; fue el método específico utilizado. Se efectuó el análisis en datos muestrales; por lo que, fue indispensable emplear métodos inferenciales para aproximarnos a los parámetros y así quedaron comprobadas las hipótesis propuestas (89).

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación desarrollada se enmarco como una investigación **básica**; debido a que, no se tuvieron como resultados productos que se pudieran emplear de manera inmediata en la solución de algún problema tangible; los resultados logrados no tienen un valor monetario que pueda ser transado en un mercado. El valor de la investigación desarrollada se funda, en ampliar la comprensión sobre el nexo de la atención centrada en la familia y la satisfacción de los familiares del neonato. Se revelaron los mecanismos subyacentes operantes de estas asociaciones (87).

Asimismo, se tipifica como **cuantitativo**; termino que también es categorizado como un enfoque o paradigma de la investigación científica. Las razones patentizadas son qué; se emplearon variables bien caracterizadas y definidas que representan a un segmento reducido de la realidad; el análisis refleja las relaciones de estas variables, pero no pueden captar el fenómeno de manera integral. A la intensidad en la que se manifiestan estas variables en la realidad se le asignaron valores numéricos para poder efectuar un procesamiento más objetivo (88).

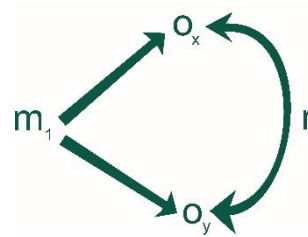
También, se indica que la investigación es **observacional**; porque, los investigadores no hicieron modificaciones ni regulaciones intensionales de las variables, ni efectuaron ningún tipo de control los factores condicionantes de las variables. El accionar de los investigadores se limitó a registrar los hechos en su manera prístina en que acontecen en la realidad. Como se efectuó una única medición de las variables en el grupo muestral seleccionado, la investigación también se tipifica como **transversal** (89).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada es de nivel relacional, en virtud a que se tienen dos variables y se determinó la asociación entre ellas. Se asume el supuesto que el vínculo entre las variables es de tipo causal y no casual. Se asevera que la investigación propuesta no comprobó la causalidad entre las variables debido a su limitado alcance (90).

4.4. DISEÑO

El estudio se configuró bajo un diseño descriptivo correlacional bivariado; dado a que se tuvo un grupo muestral único, se efectuó la evaluación de dos variables y se evaluó la asociación entre las variables. Se esquematiza del siguiente modo:



Donde:

O_x = Conjunto de datos sobre la atención centrada en la familia

O_y = Conjunto de datos sobre la satisfacción con el cuidado neonatológico

r = Relación entre variables

M_1 = Muestra única

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

El estudio estuvo enfocado sobre una población de 280 madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología (promedio mensual de usuarios) del “Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen” de Huancayo en el 2022.

Las madres cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Madres que aceptaron participar de la investigación de manera libre y voluntaria.
2. Madres que vivían en el área metropolitana de Huancayo.
3. Madres mayores de 18 años.
4. Madres que disponían del apoyo de su pareja y otros familiares.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Madres que mostraban actitudes contrarias al desarrollo de la investigación.
2. Madres que tenían problemas administrativos con la institución.
3. Madres que refirieron tener alteraciones psicológicas que les dificultaba atender a su hijo.
4. Madres con problemas físicos que les dificultan la atención de su hijo.

4.5.2. MUESTRA

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Para tener una muestra representativa fue necesario calcular un óptimo tamaño muestral, que respondiera al tipo de investigación realizada y al tipo de prueba estadística empleada. Dadas las características de la investigación planteada, correspondió emplear la fórmula de tamaño muestral por proporciones para un sólo grupo. Esta fórmula permitió calcular el tamaño muestral mínimo, condicionado a: la probabilidad de éxito del posible evento estudiado, el nivel de error elegido y el tamaño de la población disponible. La fórmula utilizada se expresa del siguiente modo:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N - 1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Es de 1.96; es el valor estándar, que se ubica en la “tabla de distribución Z” la magnitud numérica responde a un nivel de confianza del 95% y a la prerrogativa de emplear dos colas.
- p : Es de 0.5; al asumir que la probabilidad de éxito del evento es igual a la probabilidad de fracaso. De manera concreta indica que la proporción de madres que reciben atención centrada en la familia que a la vez se encuentran satisfechas con el cuidado neonatológico es del 50%.
- q : Es de 0.5; indica que la proporción de madres que reciben atención centrada en la familia que a la vez se encuentran insatisfechas con el cuidado neonatológico es del 50%.
- e : Es de 0.05; el nivel de error precisado.

Se reemplaza los valores en la fórmula y se efectúan los respectivos cálculos matemáticos:

$$n = \frac{280 * 0.50 * 0.50 * (1.96)^2}{0.05^2 * (280 - 1) + 0.50 * 0.50 * (1.96)^2}$$

$$n = \frac{280 * 0.25 * 3.84}{0.0025 * (279) + 0.25 * 3.84}$$

$$n = \frac{268.912}{0.698 + 0.960}$$

$$n = \frac{268.912}{1.658}$$

$$n = 162.20$$

$$n = 162$$

Dada la elevada probabilidad de perder elementos muestrales, se determinó adicionar 3 elementos; en consecuencia, se tiene un tamaño muestral de 165 madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen” de Huancayo en el 2022.

TÉCNICA DE MUESTREO

Para elegir a las 165 madres que fueron parte de la muestra, de una población de 280 madres; de recurrió al muestreo aleatorio simple; bajo esta técnica cada uno de los elementos poblacionales tenía la misma probabilidad de ser elegido como parte de la muestra. Además, esta técnica aseguró tener una muestra representativa.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARA EVALUAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA

Se recurrió a la técnica de la encuesta, y el instrumento fue el cuestionario estructurado llamado “CUESTIONARIO DE CUIDADO CENTRADO EN LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA NEONATOLÓGICA”; este instrumento es una traducción y adaptación de la “The family-centered care assessment scale” creado por: Arslan F, Geckil E, Aldem M, en el 2019 (91).

El instrumento en referencia está integrado por 45 ítems que son declaraciones sobre la participación que tiene la madre en la atención de su hijo hospitalizado; está compuesto por tres sub escalas, la primera se ocupa de la apertura y está constituida por 15 ítems (1 al 15); la segunda se ocupa de la asistencia y está constituida por 15 ítems (16 al 30) y la tercera se ocupa del respeto y está constituida por 15 ítems (31 al 45).

El instrumento, al ser una traducción y adaptación; fue necesario verificar su validez y confiabilidad. Para corroborar la validez de contenido se recurrió al juicio de cuatro expertos que son licenciadas en enfermería con grado de magíster y experiencia en neonatología. Para comprobar la validez de constructo se efectuó un análisis factorial, con datos provenientes de una prueba piloto que fue realizada en 30 madres de neonatos internados en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Para confirmar la confiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach; para esto se emplearon los datos provenientes de la prueba piloto ya mencionada.

PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Se recurrió a la técnica de la encuesta, y el instrumento fue el cuestionario estructurado llamado “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO”; este instrumento es una traducción y adaptación de la “Patients Satisfaction with Nurses Caring during Hospitalization CARE Q” creado por: Larson P, Ferketich S, Wleczorek R, Molzahn A, en 1993 (92).

El instrumento en referencia está integrado por 50 ítems que son afirmaciones sobre la forma en que es atendido el neonato hospitalizado por el profesional de enfermería; está compuesto por seis escalas, la primera se ocupa de la diligencia y está constituida por 6 ítems (1 al 6); la segunda se ocupa de la orientación y está constituida por 6 ítems (7 al 12), la tercera se ocupa del confortamiento y está constituida por 9 ítems (13 al 21), la cuarta se ocupa de la previsión y está constituida por 5 ítems (22 al 26), la quinta se ocupa de la predilección y está constituida por 16 ítems (27 al 42) y la sexta se ocupa de la monitorización y está constituida por 8 ítems (43 al 50).

El instrumento, al ser una traducción y adaptación; fue necesario verificar su validez y confiabilidad. Para corroborar la validez de contenido se recurrió al juicio de cuatro expertos que son licenciadas en enfermería con grado de magíster y experiencia en neonatología. Para comprobar la validez de constructo se efectuó un análisis factorial, con datos provenientes de una prueba piloto realizada en 30 madres de neonatos internados en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Para confirmar la confiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach; para esto se emplearon los datos provenientes de la prueba piloto ya mencionada.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

La información consolidada fue sistematizada de forma virtual en una base de datos del programa “Statistical Package for the Social Sciences” v 27 para Windows; este programa también, nos permitió efectuar los diversos análisis estadísticos necesarios para visualizar los hallazgos y verificar las hipótesis del estudio.

Para establecer el grado en que se dio la atención centrada en la familia dentro de la institución y sus características; se contabilizaron los puntajes consignados en los cuestionarios aplicados; estos valores fueron categorizados según los baremos preestablecidos en los instrumentos. Luego se construyeron tablas de frecuencia y diagramas de sectores con los resultados consolidados de manera general y para cada una de las dimensiones de la variable analizada. También se calcularon estadísticos descriptivos como frecuencias, porcentajes y totales.

Para determinar el grado de satisfacción con los cuidados por parte de la madre y las características de la satisfacción con los servicios; se sumaron los valores consignados en los cuestionarios aplicados; los puntajes alcanzados fueron categorizados según los baremos específicos del instrumento. Se elaboraron tablas de frecuencia y diagramas de sectores con los resultados consolidados, para la variable de manera integral y para cada una de sus dimensiones. Asimismo, se procedió con el cálculo de estadísticos descriptivos como las frecuencias, porcentajes y totales.

4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Primero se determinó la normalidad del conjunto de datos de cada una de las variables; después se estableció el grado de correlación y su sentido mediante el cálculo del coeficiente “r de Pearson”, finalmente se empleó la prueba t para coeficientes de correlación para comprobar las hipótesis de la investigación.

4.7.3. PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

Se siguió un proceso sistemático, por lo que; de manera inicial se plantearon las hipótesis estadísticas para la hipótesis general y para cada una de las hipótesis específicas. Se verificó la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov. Se eligió la prueba estadística que más ajusta al tipo de datos disponibles. Se tuvo como nivel de error un alfa de 0.05. Se identificaron las magnitudes críticas bajo los valores normalizados de la tabla de distribución t de Student. Se procedió con los cálculos matemáticos. Se efectuó la interpretación de los resultados.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se efectuó bajo las disposiciones éticas para la investigación científica establecidas por la “Universidad Peruana Los Andes”:

Art, 27°, Principios que rigen la actividad investigativa:

Consentimiento informado y expreso; se respetó el derecho a la autodeterminación, las madres determinaron su propio curso de acción en relación a participar o no de la investigación; se protegió a las madres de toda interferencia externa en su elección

personal de participar o no de la investigación; a las madres se les permitió participar de acuerdo con sus convicciones personales. La expresión de estos principios se materializó mediante la firma del consentimiento informado.

Beneficencia y no maleficencia; todos los actos realizados en la investigación procuraron el beneficio de los usuarios del servicio de neonatología del hospital. Todo el estudio se enfocó en la bondad y la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Dentro de la no maleficencia, se mantuvo el imperativo moral de no infligir daño o maldad sobre los involucrados en la investigación.

Se asumió la *responsabilidad* de actuar con honorabilidad en la realización de la investigación; se emplearon métodos de alta calidad y se procedió con un riguroso análisis crítico de toda la evidencia. También, se asumió con responsabilidad el hecho de mantener registros claros y precisos de la investigación y los datos, utilizando estándares que permitan a otros verificar y replicar el trabajo.

Veracidad; la honestidad intelectual fue asumida como condición ineludible en el desarrollo de esta investigación; en todo momento se actuó con integridad profesional y humana; se llevó un comportamiento de integridad en el contexto científico con: autenticidad, apertura, autodisciplina, autocrítica y reflexión ética.

Art. 28°. Normas de comportamiento ético de quienes investigan

La investigación efectuada sobre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental, es un estudio original que da aportes importantes al conocimiento científico sobre esta temática.

Se garantiza el *rigor científico*; se actuó con escrupulosidad en el levantamiento de información pertinente, así como en las interpretaciones de los resultados obtenidos, se brindó información sobre las limitaciones, beneficios e implicancias prácticas. Las interpretaciones y conclusiones se basaron en: hechos, razonamientos verificables y datos susceptibles de prueba y revisión secundaria.

Se asegura la *confidencialidad*; los investigadores protegieron la información privada proporcionada por las participantes para que no se divulgue. La información sólo fue manejada por los investigadores.

Cumplimiento de las normativas, los investigadores se adhieren a la ética, promueven la ética e interiorizan los principios éticos, se cumplió con todo tipo de reglamentación sobre la investigación científica a nivel nacional e internacional.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

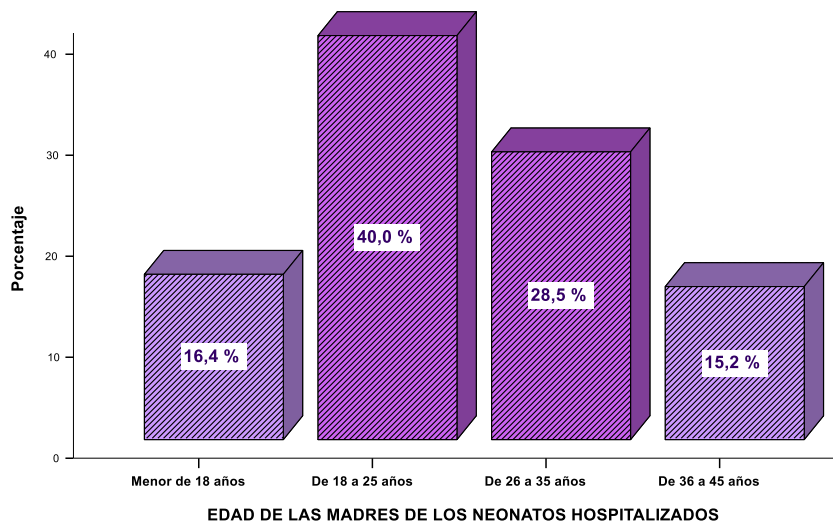
5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS

TABLA 1: EDAD DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 18 años	27	16,4
De 18 a 25 años	66	40,0
De 26 a 35 años	47	28,5
De 36 a 45 años	25	15,2
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 1: EDAD DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

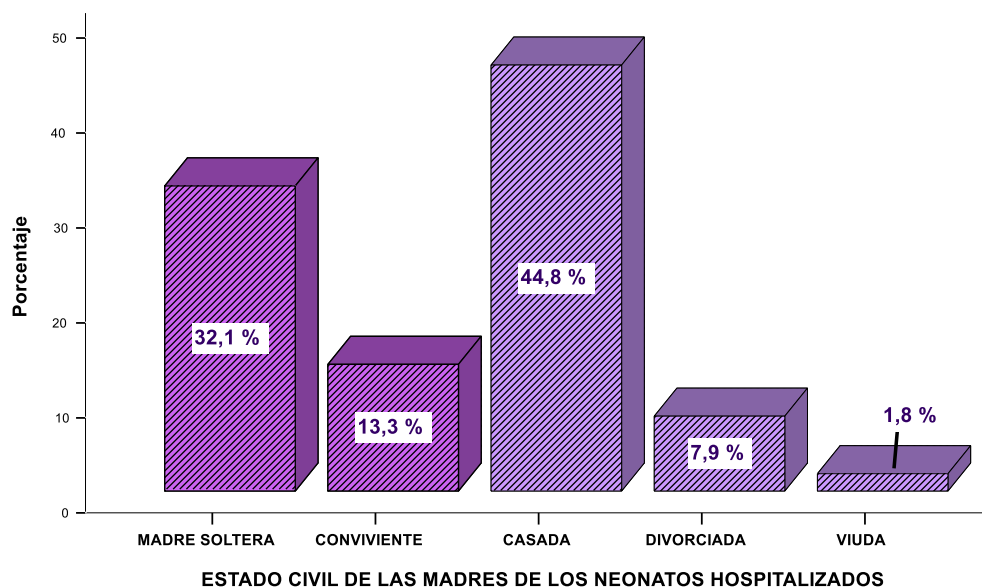
En la Tabla 1, Figura 1, se observa que; de 165(100 %), 113(68.5 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, tienen una edad de 18 a 35 años.

TABLA 2: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MADRE SOLTERA	53	32,1
CONVIVIENTE	22	13,3
CASADA	74	44,8
DIVORCIADA	13	7,9
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 2: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

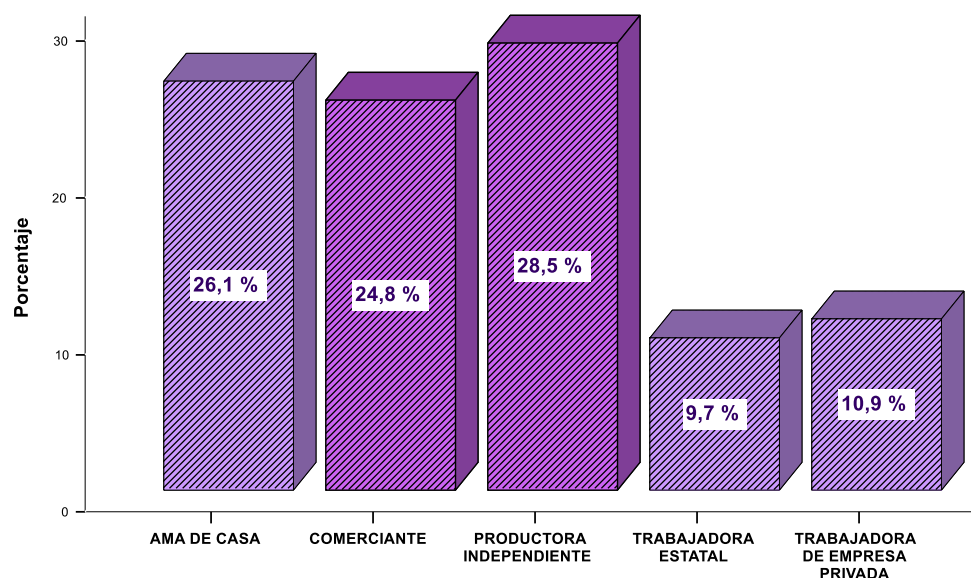
En la Tabla 2, Figura 2, se observa que; de 165(100 %), 75(45.4 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, son convivientes o madres solteras.

TABLA 3: OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	43	26,1
COMERCIANTE	41	24,8
PRODUCTORA INDEPENDIENTE	47	28,5
TRABAJADORA ESTATAL	16	9,7
TRABAJADORA DE EMPRESA PRIVADA	18	10,9
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 3: OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

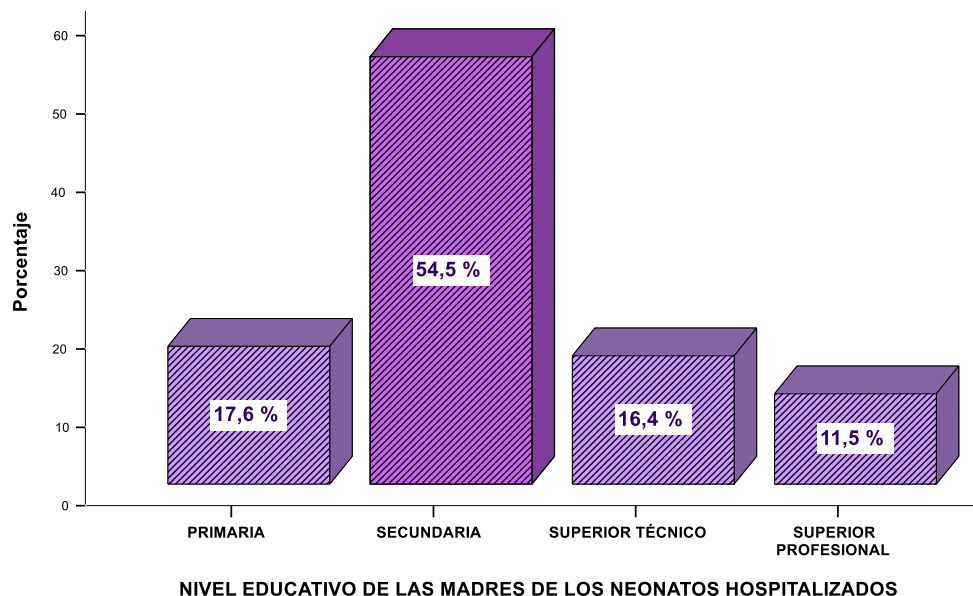
En la Tabla 3, Figura 3, se observa que; de 165(100 %), 88(53.3 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, son comerciantes o productoras independientes.

TABLA 4: NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	29	17,6
SECUNDARIA	90	54,5
SUPERIOR TÉCNICO	27	16,4
SUPERIOR PROFESIONAL	19	11,5
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 4: NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

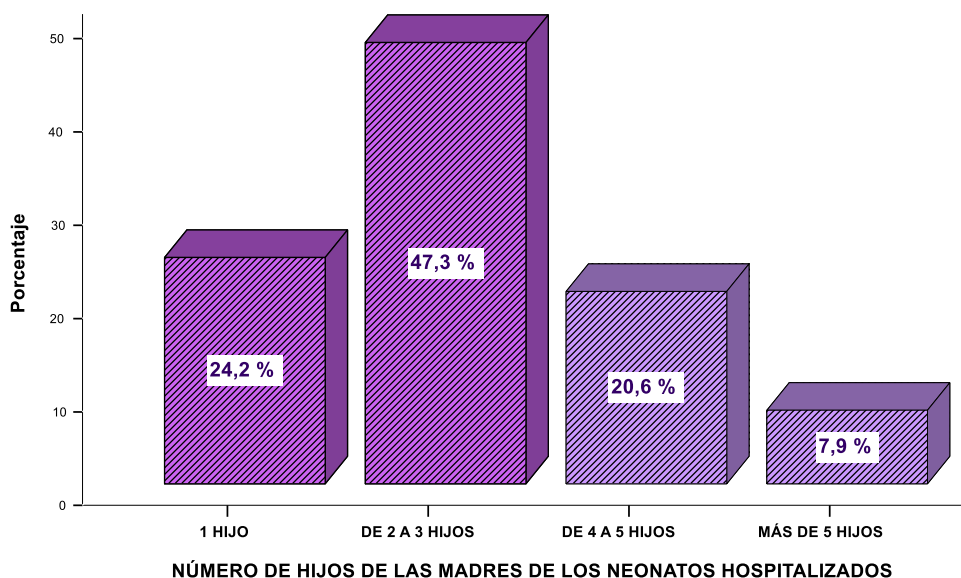
En la Tabla 4, Figura 4, se observa que; de 165(100 %), 90(54.5 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, tienen educación secundaria.

TABLA 5: NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
1 HIJO	40	24,2
DE 2 A 3 HIJOS	78	47,3
DE 4 A 5 HIJOS	34	20,6
MÁS DE 5 HIJOS	13	7,9
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 5: NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

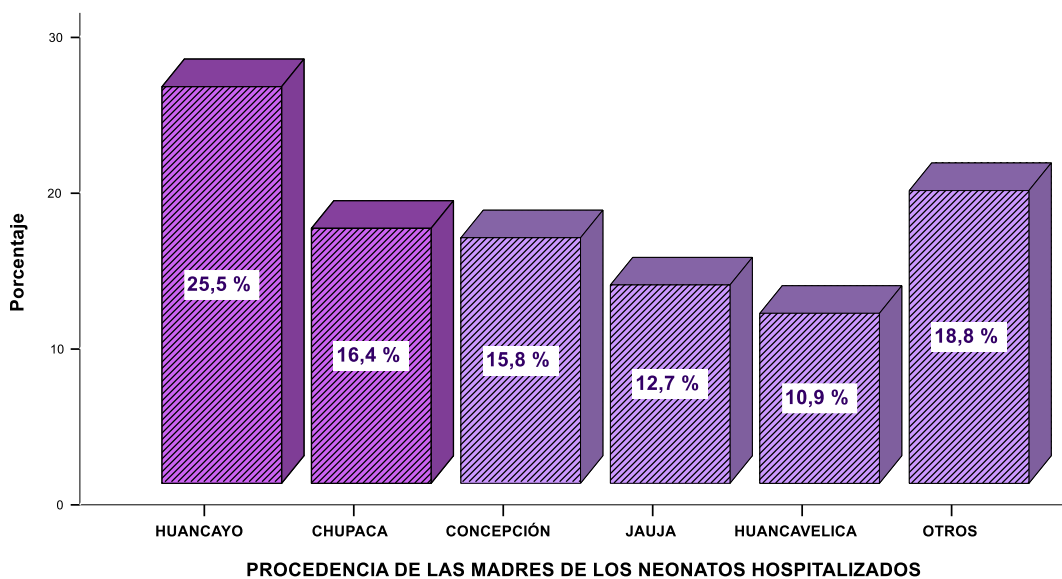
En la Tabla 5, Figura 5, se observa que; de 165(100 %), 118(71.5 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, tienen de 1 a 3 hijos.

TABLA 6: PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
HUANCAYO	42	25,5
CHUPACA	27	16,4
CONCEPCIÓN	26	15,8
JAUIJA	21	12,7
HUANCAVELICA	18	10,9
OTROS	31	18,8
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 6: PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Figura 6, se observa que; de 165(100 %), 69(41.9 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, proceden de la provincia de Huancayo o Chupaca.

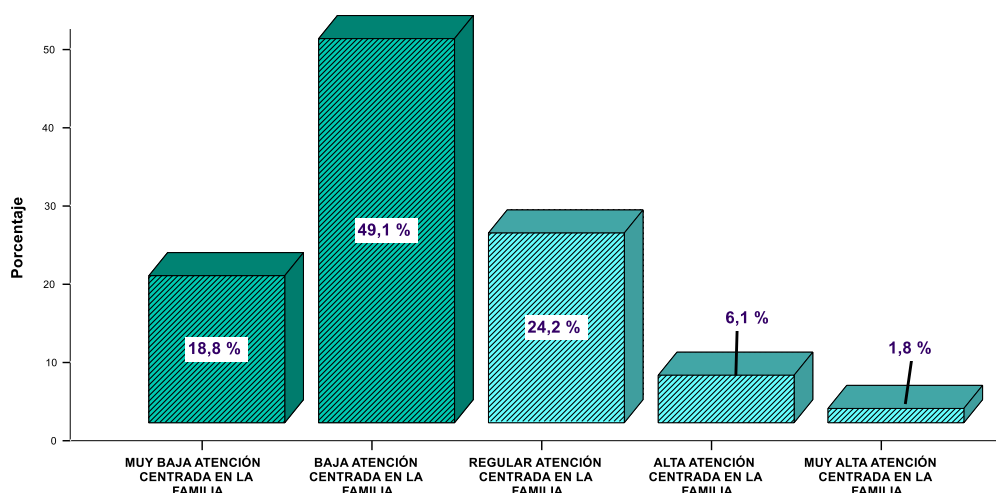
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

TABLA 7: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA APERTURA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	31	18,8
BAJA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	81	49,1
REGULAR ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	40	24,2
ALTA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	10	6,1
MUY ALTA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	3	1,8
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA APERTURA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA APERTURA

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

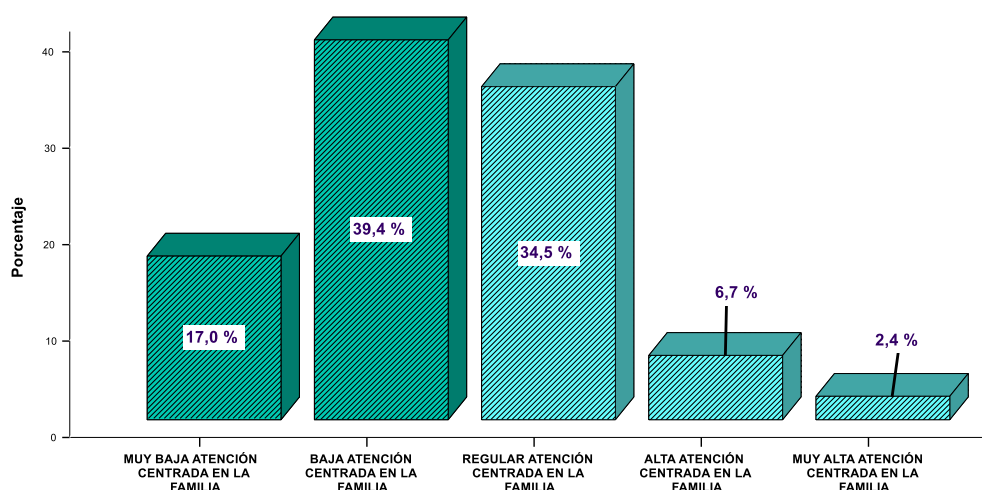
En la Tabla 7, Figura 7, se observa que; de 165(100 %), 112(67.9 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja atención centrada en la familia en el cuidado neonatológico, en referencia a la **apertura**.

TABLA 8: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	28	17,0
BAJA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	65	39,4
REGULAR ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	57	34,5
ALTA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	11	6,7
MUY ALTA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	4	2,4
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 8: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

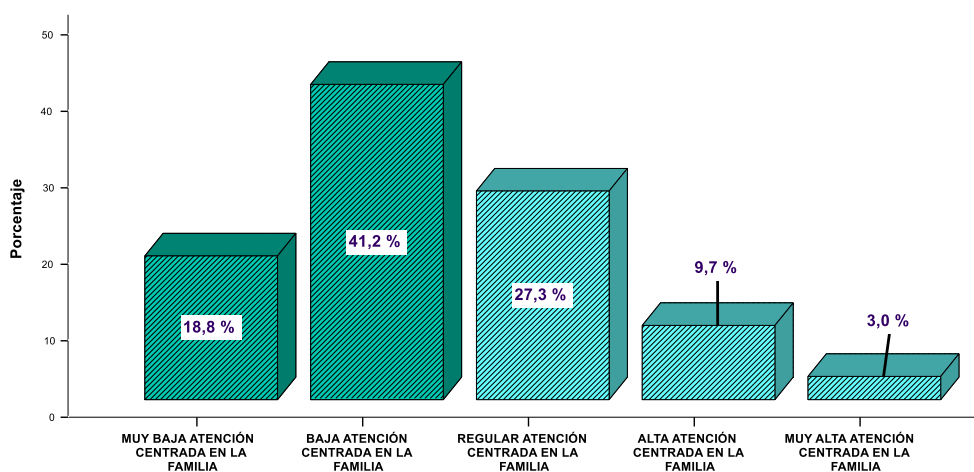
En la Tabla 8, Figura 8, se observa que; de 165(100 %), 93(56.4 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja atención centrada en la familia en el cuidado neonatológico, en referencia a la **asistencia**.

TABLA 9: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL **RESPECTO** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	31	18,8
BAJA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	68	41,2
REGULAR ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	45	27,3
ALTA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	16	9,7
MUY ALTA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	5	3,0
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 9: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL **RESPECTO** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL RESPECTO

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

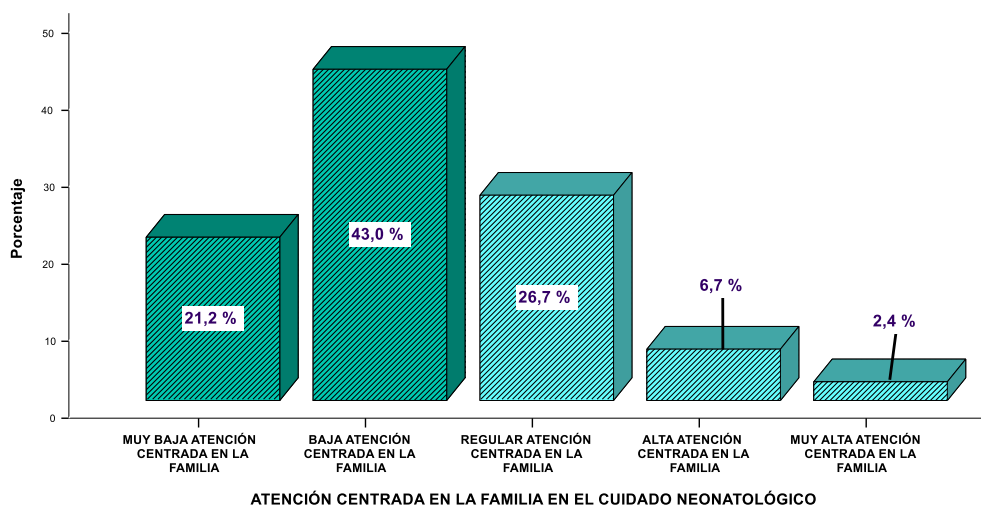
En la Tabla 9, Figura 9, se observa que; de 165(100 %), 99(60.0 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja atención centrada en la familia en el cuidado neonatológico, en referencia al **respeto**.

TABLA 10: CONSOLIDADO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	35	21,2
BAJA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	71	43,0
REGULAR ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	44	26,7
ALTA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	11	6,7
MUY ALTA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	4	2,4
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 10: CONSOLIDADO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

En la Tabla 9, Figura 9, se observa que; de 165(100 %), 106(64.2 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja atención centrada en la familia en el cuidado neonatológico de manera general.

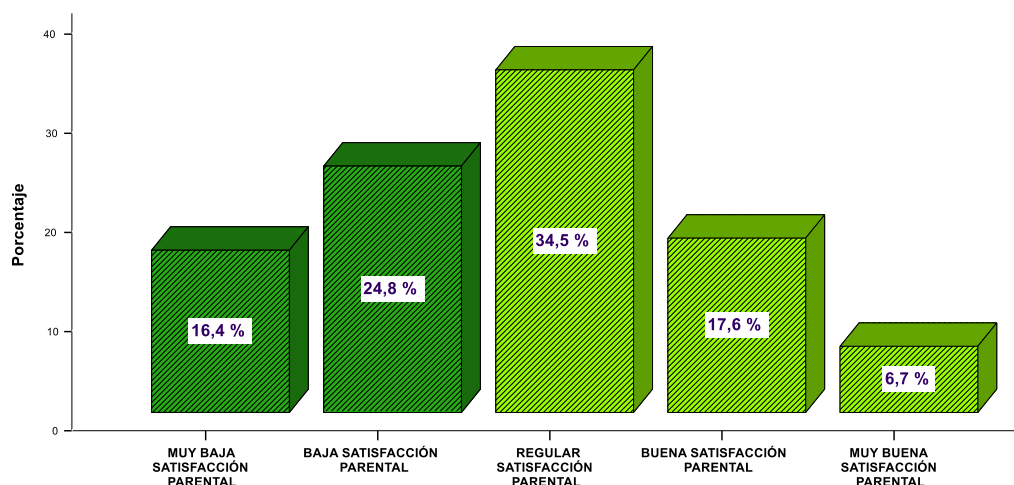
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

TABLA 11: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **DILIGENCIA** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	27	16,4
BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	41	24,8
REGULAR SATISFACCIÓN PARENTAL	57	34,5
BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	29	17,6
MUY BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	11	6,7
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 11: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **DILIGENCIA** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **DILIGENCIA**
Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

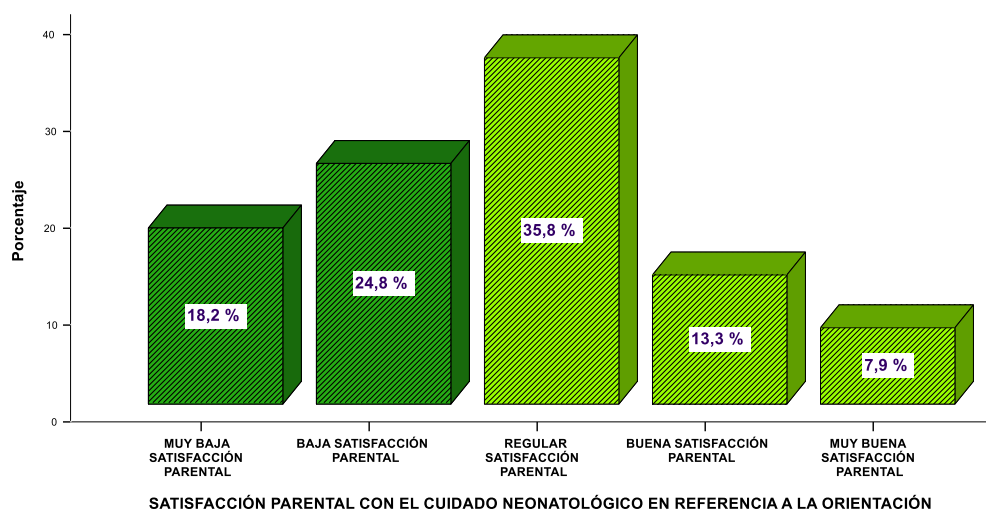
En la Tabla 11, Figura 11, se observa que; de 165(100 %), 68(41.2 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico en referencia a la **diligencia**.

TABLA 12: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **ORIENTACIÓN** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	30	18,2
BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	41	24,8
REGULAR SATISFACCIÓN PARENTAL	59	35,8
BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	22	13,3
MUY BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	13	7,9
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 12: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **ORIENTACIÓN** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

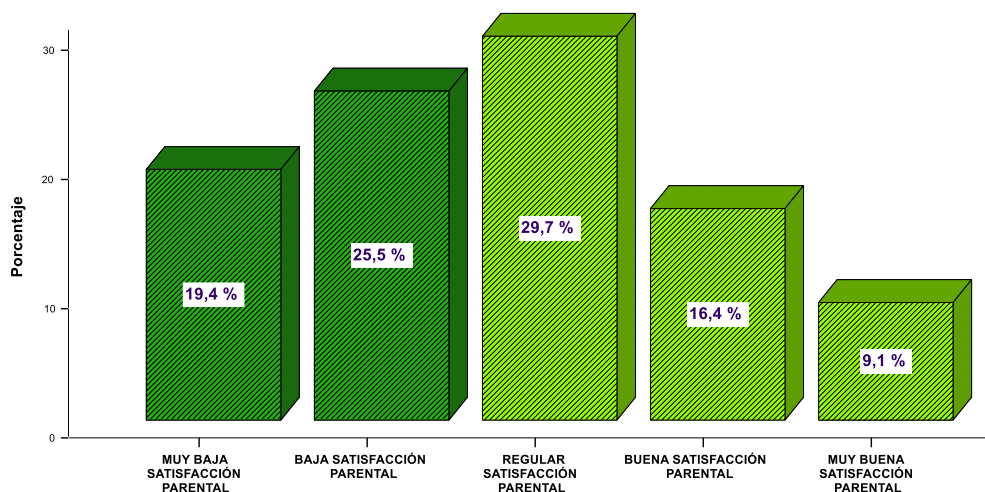
En la Tabla 12, Figura 12, se observa que; de 165(100 %), 71(43.0 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico en referencia a la **orientación**.

TABLA 13: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL **CONFORTAMIENTO** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	32	19,4
BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	42	25,5
REGULAR SATISFACCIÓN PARENTAL	49	29,7
BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	27	16,4
MUY BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	15	9,1
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 13: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL **CONFORTAMIENTO** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL **CONFORTAMIENTO**

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

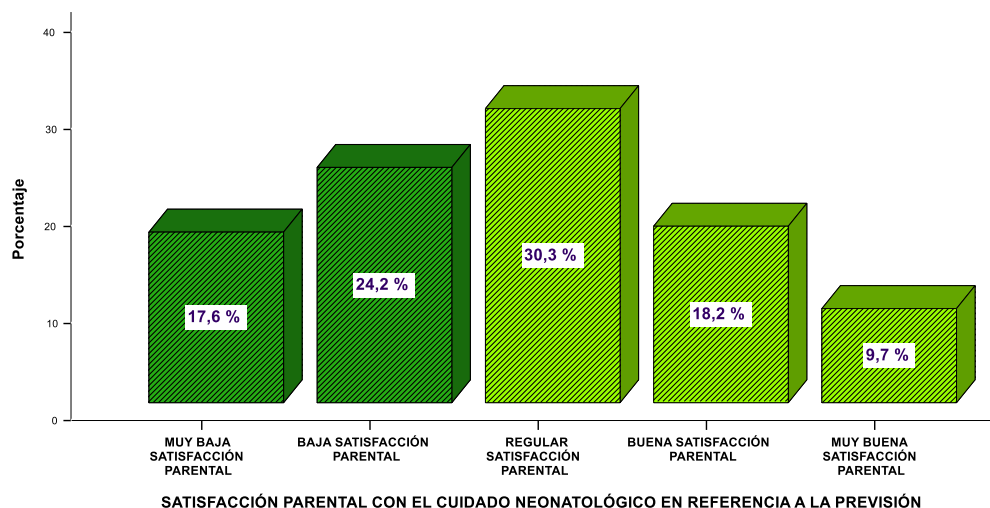
En la Tabla 13, Figura 13, se observa que; de 165(100 %), 74(44.9 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico en referencia al **confortamiento**.

TABLA 14: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **PREVISIÓN** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	29	17,6
BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	40	24,2
REGULAR SATISFACCIÓN PARENTAL	50	30,3
BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	30	18,2
MUY BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	16	9,7
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 14: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **PREVISIÓN** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

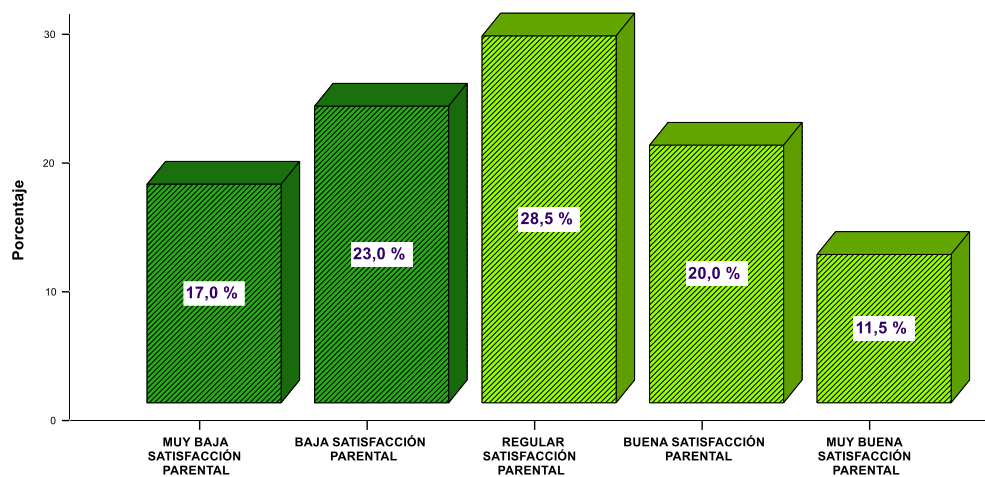
En la Tabla 14, Figura 14, se observa que; de 165(100 %), 69(41.8 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico en referencia a la **previsión**.

TABLA 15: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **PREDILECCIÓN** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	28	17,0
BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	38	23,0
REGULAR SATISFACCIÓN PARENTAL	47	28,5
BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	33	20,0
MUY BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	19	11,5
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 15: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **PREDILECCIÓN** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA PREDILECCIÓN

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

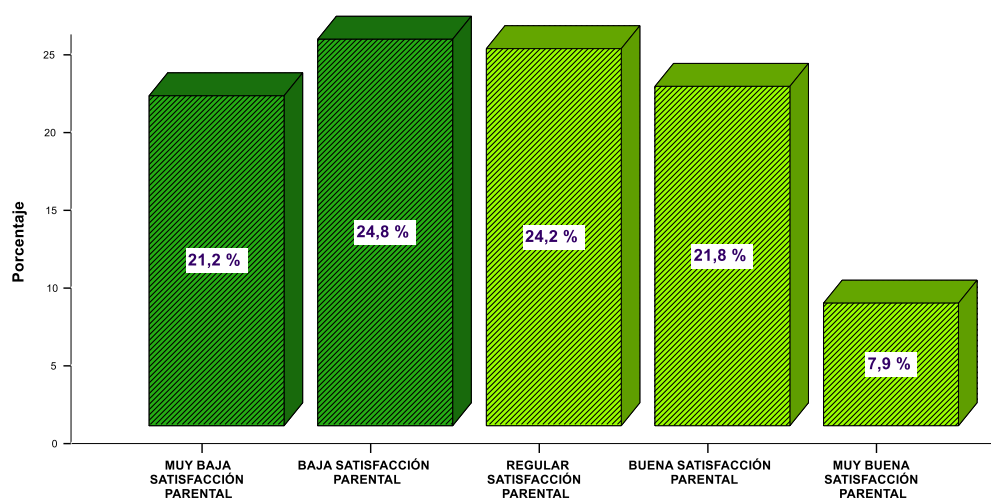
En la Tabla 15, Figura 15, se observa que; de 165(100 %), 66(40.0 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico en referencia a la **previsión**.

TABLA 16: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **MONITORIZACIÓN** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	35	21,2
BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	41	24,8
REGULAR SATISFACCIÓN PARENTAL	40	24,2
BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	36	21,8
MUY BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	13	7,9
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 16: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA **MONITORIZACIÓN** EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA MONITORIZACIÓN

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

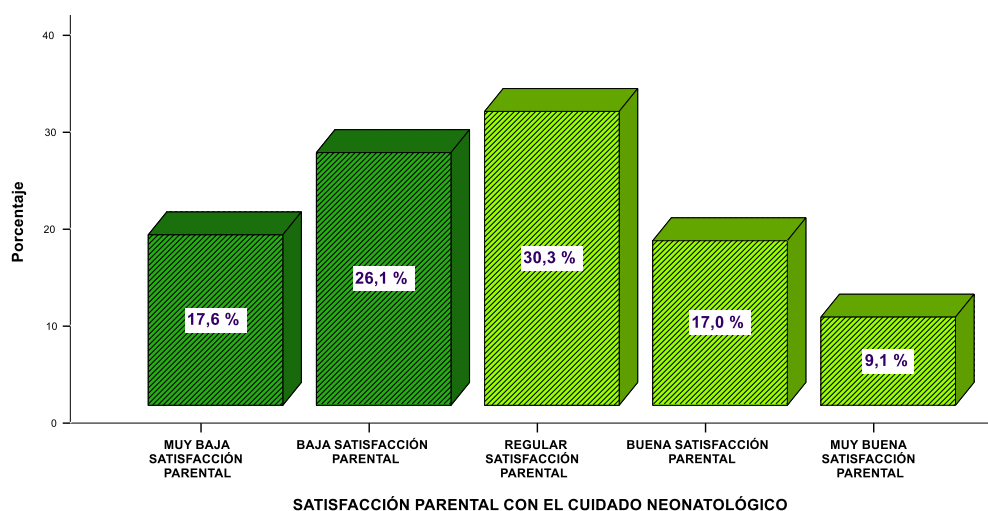
En la Tabla 16, Figura 16, se observa que; de 165(100 %), 76(46.0 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico en referencia a la **monitorización**.

TABLA 17: CONSOLIDADO DE **SATISFACCIÓN PARENTAL** CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	29	17,6
BAJA SATISFACCIÓN PARENTAL	43	26,1
REGULAR SATISFACCIÓN PARENTAL	50	30,3
BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	28	17,0
MUY BUENA SATISFACCIÓN PARENTAL	15	9,1
Total	165	100,0

Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

FIGURA 17: CONSOLIDADO DE **SATISFACCIÓN PARENTAL** CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN” HUANCAYO - 2022



Fuente: Encuesta administrada a las madres de los neonatos internados en el hospital “El Carmen” Huancayo - 2022
Elaboración: Propia.

En la Tabla 17, Figura 17, se observa que; de 165(100 %), 72(43.7 %) de las madres de los neonatos atendidos en el hospital “El Carmen”, declaran tener baja o muy baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico de manera general.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

En este trabajo científico corresponde verificar las hipótesis establecidas; con ese propósito de tiene que determinar la prueba estadística más adecuada, para poder elegir entre las pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas se debe de verificar la normalidad del conjunto de datos de las variables del estudio. La normalidad del cumulo de datos de las variables indica que los casos que tienen valores adyacentes a la media son más cuantiosos, mientras que aquellos casos con valores confines son más escasos, de esta manera la función de densidad de estos datos tendería a poseer la forma de una campana de Gauss. Utilizar pruebas paramétricas es más conveniente, porque poseen mayor: especificidad, sensibilidad, robustez y potencia; de manera que, apegándonos al método científico, se deben de hacer todas las composturas valorativas posibles para poder emplear este tipo de pruebas y así alcanzar la mayor exactitud y objetividad de la investigación (93).

Para verificar la normalidad empleamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov, debido a que esta prueba está dirigida a tamaños muestrales mayores a 50 casos. Esta prueba consiste en la comparación entre la función de distribución acumulada de los datos (empírica) con la función de la distribución normal (teórica); si se nota una desigualdad relevante entre las dos distribuciones, se infiere que no hay normalidad. Se aclara que la prueba de Kolmogorov-Smirnov, precisa de parámetros y en esta investigación sólo disponemos de estimadores; de manera que es ineludible emplear la rectificación de Lilliefors que permite verificar la normalidad sólo con estadígrafos (94).

En la comprobación de la normalidad se plantean las hipótesis: H_0 = La distribución acumulada empírica es equiparable a la distribución normal teórica; H_1 = La distribución acumulada empírica es discrepante a la distribución normal teórica; Si $p \text{ value} \leq 0.05$; se desestima la hipótesis nula y se admite la hipótesis alterna. Por lo cual, el “p value” precisaría ser superior a 0.05 para tener constancia, que los casos de cada una de las variables de la investigación tienen a la normalidad como una de sus características (95).

TABLA 18: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS DATOS CONSOLIDADOS DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	,089	165	,200*
SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	,085	165	,200*

En la Tabla 18, se muestra que en la variable atención centrada en la familia el cuidado neonatológico, tiene un estadístico con un “p value = 0.200”; que es ampliamente superior a 0.05; por lo tanto; no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0 = *El cúmulo de datos de la variable atención centrada en la familia el cuidado neonatológico tiene normalidad*); de esta manera se comprueba que el conglomerado de datos sobre esta variable tiene normalidad. Asimismo, en la Tabla 18, se señala que en la variable satisfacción parental con el cuidado neonatológico, tiene un estimador con un “p value = 0.200”; que es extensamente superior a 0.05; consecuentemente; no se puede refutar la hipótesis nula (H_0 = *El cúmulo de datos de la variable satisfacción*

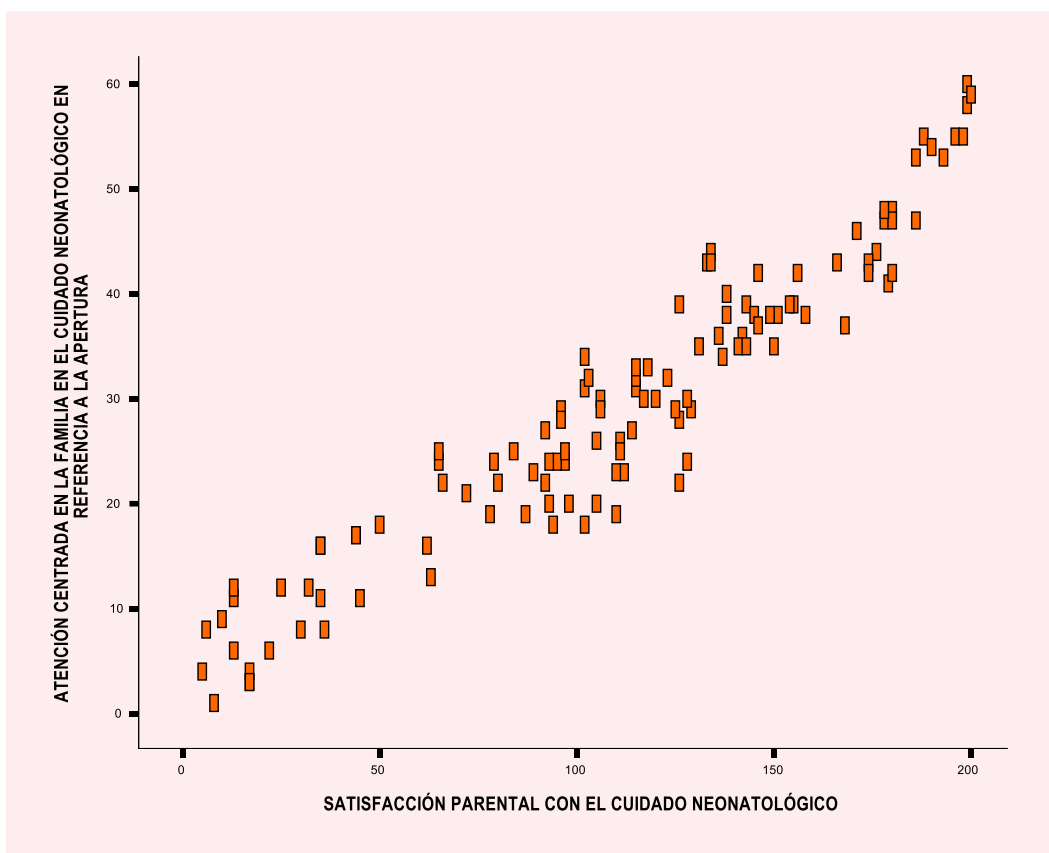
parental con el cuidado neonatológico tiene normalidad); de tal forma que se demuestra que la acumulación de datos muestrales de esta variable tiene normalidad.

Los hallazgos expuestos acreditan la normalidad del cúmulo de datos de las dos variables de la investigación, de manera que es apropiado utilizar pruebas estadísticas paramétricas en todos los análisis estadísticos; en la investigación utilizamos el “cálculo del coeficiente r de Pearson”, el análisis del “p valúe” y la Prueba t para coeficientes de correlaciones” por ser las que mejor se ajustan al tipo de estimador disponible y a los alcances de la investigación.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA APERTURA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Para poder identificar la posible asociación entre las variables sujetas a análisis, se construyó un diagrama de dispersión que nos permita tener una representación gráfica del grado y la dirección de la probable vinculación. El diagrama de dispersión, es la representación gráfica con puntos de cada uno de los casos analizados, en donde cada punto es definido por un par ordenado de números cuyos valores le dan una ubicación en el plano cartesiano. Cuando los puntos se agrupan alrededor de una recta imaginaria indican la existencia de una asociación; la intensidad de la aglutinación de los puntos señala una asociación más fuerte, cuando la recta formada es ascendente se tiene que la asociación es directa (96). Se elaboró un diagrama de dispersión entre la primera dimensión de la variable atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA APERTURA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO



En la Figura 18, se observa que los casos de las madres que declaran tener baja atención centrada en la familia en referencia a la apertura, también afirman poseer baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico; además, los puntos se agrupan alrededor de una recta ascendente, que indica la existencia de una asociación positiva entre estas variables; este resultado gráfico revela que: dada una mejora de atención centrada en la familia en referencia a la **apertura**, se incrementa la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

En este trabajo científico, se planteó la primera hipótesis específica; que, “A mejor atención centrada en la familia en referencia a la **apertura**; mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022”

El coeficiente de correlación r de Pearson, es el método empleado para determinar la intensidad y sentido de esta relación. El coeficiente de correlación de Pearson es una magnitud cuantitativa que expresa la intensidad de un paralelismo lineal entre los datos de dos variables. Puede tomar valores positivos o negativos, los positivos designan una relación directa entre las variables, de manera que el incremento de la intensidad de una variable armoniza con el acrecentamiento de la otra variable; mientras que los negativos denotan una conexión inversa, de forma que la intensificación de una de las variables concuerda con el descenso de la otra variable. El coeficiente de correlación de Pearson puede tomar valores que van de 0 a 1; cuando más de acerca al cero refleja que la asociación es lineal débil o inexistente; mientras que si más se acerca a la unidad muestra que la conexión lineal es fuerte (97).

TABLA 19: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA **APERTURA** Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Correlaciones		
		SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO
ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA APERTURA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	Correlación de Pearson	,415**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	165
**. <i> La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).</i>		

En la Tabla 19, se aprecia un coeficiente r de Pearson = 0.415. La magnitud del coeficiente denota que se da una correspondencia moderada entre la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico; de forma que se sopesa que existe una afluencia de otras variables que afectan la intensidad en la que se presentan estas variables. El signo del coeficiente es

positivo, esto indica que la asociación entre las variables es directa, de manera que el acrecentamiento de una de las variables, se corresponde con una ampliación de la magnitud de la otra variable.

El coeficiente de correlación r de Pearson que se tienen es un estimador debido a que se obtuvo de datos muestrales; para poder verificar la hipótesis establecida, es necesario aproximarnos al parámetro " ρ " en base al estadístico " r "; para esto efectuamos una inferencia recurriendo al análisis del " p value". El " p value" obtenido debe de ser menor a 0.05 para poder determinar que " r " es similar a " ρ " y así tener la certeza que existe la relación de las variables en la población. En la Tabla 19, se encuentra que el " p value" (Sig. bilateral) es de 0.000, que es una magnitud mucho menor de 0.05; en consecuencia, se tiene la suficiente evidencia para poder afirmar que las variables sometidas a análisis están asociadas.

Luego de ponderar la magnitud, la positividad de la " r de Pearson" y la magnitud del " p value"; se sostiene que, dado un incremento de la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura**; aumenta la satisfacción parental con el cuidado neonatológico; en consecuencia, queda verificada la primera hipótesis específica propuesta.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO DE VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: DEFINICIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A SER EMPLEADA

Disponemos de un coeficiente de correlación r de Pearson muestral, de manera que la prueba paramétrica pertinente para efectuar el análisis inferencial es la prueba t para coeficientes de correlación” (98).

La fórmula matemática de la prueba t para coeficientes de correlación, tiene la siguiente forma:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

La simbología indica:

- t : Magnitud de la “ t ” empírica
- r : Coeficiente de correlación “ r ” de Pearson muestral
- n : Número de elementos muestrales

Este método estadístico nos permitirá determinar; si con un coeficiente de correlación r de Pearson de 0.415 obtenido de una muestra de 165 madres; es posible aseverar que las variables objeto de análisis están asociadas a un nivel poblacional.

PASO 02: FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H_0 : No se da una relación categórica entre la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico, o la auténtica correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Se da una relación categórica entre la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico, o la auténtica correlación no es cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: REQUISITOS INELUDIBLES PARA EL USO DE LA PRUEBA

Para emplear esta prueba se requiere cumplir con las siguientes exigencias:

- El conglomerado de datos disponibles debe de proceder de una muestra representativa.
- El cúmulo de datos de las variables deben de tener normalidad.
- Las escalas de valoración empleadas deben de contener al cero absoluto.

Todas estas condiciones se han cumplido.

PASO 04: DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ERROR

Se dispone de $\alpha = 0.05$ para todas las pruebas estadísticas del estudio

PASO 05: PRECEPTOS RESOLUTIVOS DISPUESTOS

Condiciones para determinar el valor de la “t tabular”:

- Definición de los grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 165 - 2 = 163)$.
- La confiabilidad corresponde al 95 %; cuyo complemento es el nivel de error dividido entre dos, por estar considerando a dos colas $(0.05/2)$.

En consecuencia:

- Se tiene 163 grados de libertad para 0.025; en la tabla esto corresponde a un valor de 1.975.

La ponderación categórica indica:

- Que, se refuta la hipótesis nula de correlación cero, si la magnitud numérica de la “t observada” en valor absoluto es superior a 1.975.

PASO 06: OPERACIONES MATEMÁTICAS

Reemplazando y procediendo con los cálculos:

$$t = \frac{0.415 \sqrt{165-2}}{\sqrt{1-0.415^2}} \Rightarrow t = \frac{0.415 \sqrt{163}}{\sqrt{1-0.172}} \Rightarrow t = \frac{0.415*12.767}{0.828}$$
$$\Rightarrow t = \frac{5.331}{0.909} \Rightarrow = 5.859$$

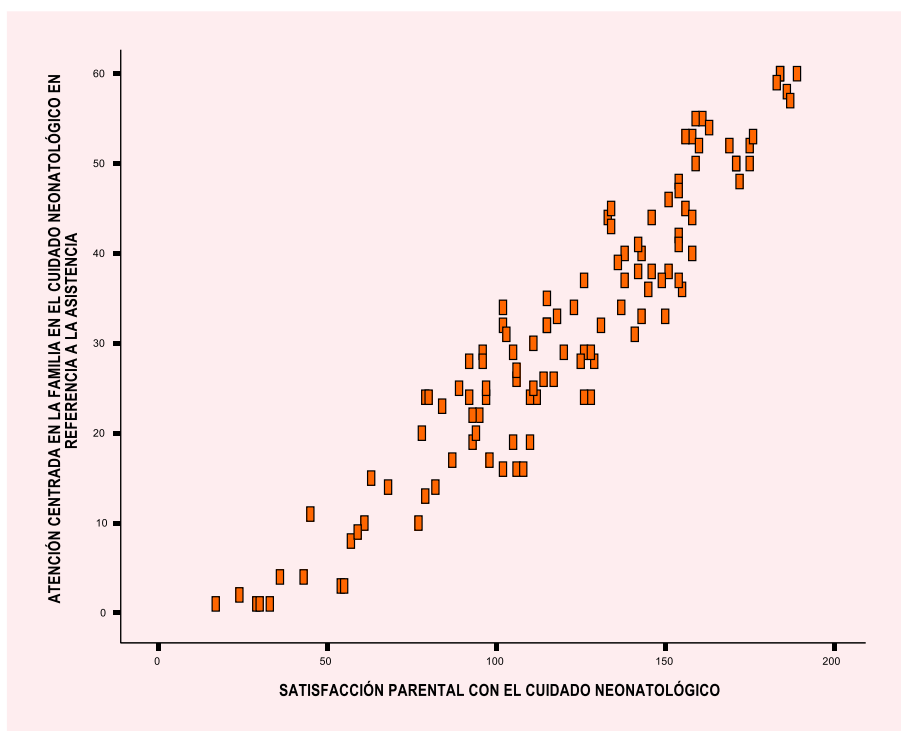
PASO 07: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La “t calculada” es igual a 5.859, este valor es numéricamente superior a 1.975; teniendo en cuenta la ponderación categórica, se procede con el rechazo de la hipótesis nula que asume la nulidad de la relación, y subsiguientemente se acepta la hipótesis alterna; de tal forma, es demostrada la asociación entre la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Para poder identificar la posible asociación entre las variables sujetas a análisis, se construyó un diagrama de dispersión que nos permita tener una representación gráfica del grado y la dirección de la probable vinculación. El diagrama de dispersión, es la representación gráfica con puntos de cada uno de los casos analizados, en donde cada punto es definido por un par ordenado de números cuyos valores le dan una ubicación en el plano cartesiano. Cuando los puntos se agrupan alrededor de una recta imaginaria indican la existencia de una asociación; la intensidad de la aglutinación de los puntos señala una asociación más fuerte, cuando la recta formada es ascendente se tiene que la asociación es directa (96). Se elaboró un diagrama de dispersión entre la segunda dimensión de la variable atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

FIGURA 19: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO



En la Figura 19, se observa que los casos de las madres que declaran tener baja atención centrada en la familia en referencia a la asistencia, también afirman poseer baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico; además, los puntos se agrupan alrededor de una recta ascendente, que indica la existencia de una asociación positiva entre estas variables; este resultado gráfico revela que: dada una mejora de atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia**, se incrementa la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

En este trabajo científico, se planteó la segunda hipótesis específica; que, “A mejor atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia**; mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022”

El coeficiente de correlación r de Pearson, es el método empleado para determinar la intensidad y sentido de esta relación. El coeficiente de correlación de Pearson es una magnitud cuantitativa que expresa la intensidad de un paralelismo lineal entre los datos de dos variables. Puede tomar valores positivos o negativos, los positivos designan una relación directa entre las variables, de manera que el incremento de la intensidad de una variable armoniza con el acrecentamiento de la otra variable; mientras que los negativos denotan una conexión inversa, de forma que la intensificación de una de las variables concuerda con el descenso de la otra variable. El coeficiente de correlación de Pearson puede tomar valores que van de 0 a 1; cuando más de acerca al cero refleja que la asociación es lineal débil o inexistente; mientras que si más se acerca a la unidad muestra que la conexión lineal es fuerte (97).

TABLA 20: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Correlaciones		
		SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO
ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	Correlación de Pearson	,407**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	165
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).		

En la Tabla 20, se aprecia un coeficiente r de Pearson = 0.407. La magnitud del coeficiente denota que se da una correspondencia moderada entre la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico; de forma que se sopesa que existe una afluencia de otras variables que afectan la intensidad en la que se presentan estas variables. El signo del coeficiente es

positivo, esto indica que la asociación entre las variables es directa, de manera que el acrecentamiento de una de las variables, se corresponde con una ampliación de la magnitud de la otra variable.

El coeficiente de correlación r de Pearson que se tienen es un estimador debido a que se obtuvo de datos muestrales; para poder verificar la hipótesis establecida, es necesario aproximarnos al parámetro " ρ " en base al estadístico " r "; para esto efectuamos una inferencia recurriendo al análisis del " p value". El " p value" obtenido debe de ser menor a 0.05 para poder determinar que " r " es similar a " ρ " y así tener la certeza que existe la relación de las variables en la población. En la Tabla 20, se encuentra que el " p value" (Sig. bilateral) es de 0.000, que es una magnitud mucho menor de 0.05; en consecuencia, se tiene la suficiente evidencia para poder afirmar que las variables sometidas a análisis están asociadas.

Luego de ponderar la magnitud, la positividad de la " r de Pearson" y la magnitud del " p value"; se sostiene que, dado un incremento de la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia**; aumenta la satisfacción parental con el cuidado neonatológico; en consecuencia, queda verificada la segunda hipótesis específica propuesta.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO DE VERIFICACIÓN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: DEFINICIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A SER EMPLEADA

Disponemos de un coeficiente de correlación r de Pearson muestral, de manera que la prueba paramétrica pertinente para efectuar el análisis inferencial es la prueba t para coeficientes de correlación” (98).

La fórmula matemática de la prueba t para coeficientes de correlación, tiene la siguiente forma:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

La simbología indica:

- t : Magnitud de la “ t ” empírica
- r : Coeficiente de correlación “ r ” de Pearson muestral
- n : Número de elementos muestrales

Este método estadístico nos permitirá determinar; si con un coeficiente de correlación r de Pearson de 0.407 obtenido de una muestra de 165 madres; es posible aseverar que las variables objeto de análisis están asociadas a un nivel poblacional.

PASO 02: FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H_0 : No se da una relación categórica entre la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico, o la auténtica correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Se da una relación categórica entre la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico, o la auténtica correlación no es cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: REQUISITOS INELUDIBLES PARA EL USO DE LA PRUEBA

Para emplear esta prueba se requiere cumplir con las siguientes exigencias:

- El conglomerado de datos disponibles debe de proceder de una muestra representativa.
- El cúmulo de datos de las variables deben de tener normalidad.
- Las escalas de valoración empleadas deben de contener al cero absoluto.

Todas estas condiciones se han cumplido.

PASO 04: DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ERROR

Se dispone de $\alpha = 0.05$ para todas las pruebas estadísticas del estudio

PASO 05: PRECEPTOS RESOLUTIVOS DISPUESTOS

Condiciones para determinar el valor de la “t tabular”:

- Definición de los grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 165 - 2 = 163)$.
- La confiabilidad corresponde al 95 %; cuyo complemento es el nivel de error dividido entre dos, por estar considerando a dos colas $(0.05/2)$.

En consecuencia:

- Se tiene 163 grados de libertad para 0.025; en la tabla esto corresponde a un valor de 1.975.

La ponderación categórica indica:

- Que, se refuta la hipótesis nula de correlación cero, si la magnitud numérica de la “t observada” en valor absoluto es superior a 1.975.

PASO 06: OPERACIONES MATEMÁTICAS

Reemplazando y procediendo con los cálculos:

$$t = \frac{0.407 \sqrt{165-2}}{\sqrt{1-0.407^2}} \Rightarrow t = \frac{0.407 \sqrt{163}}{\sqrt{1-0.165}} \Rightarrow t = \frac{0.407 * 12.767}{0.834}$$
$$\Rightarrow t = \frac{5.228}{0.913} \Rightarrow = 5.724$$

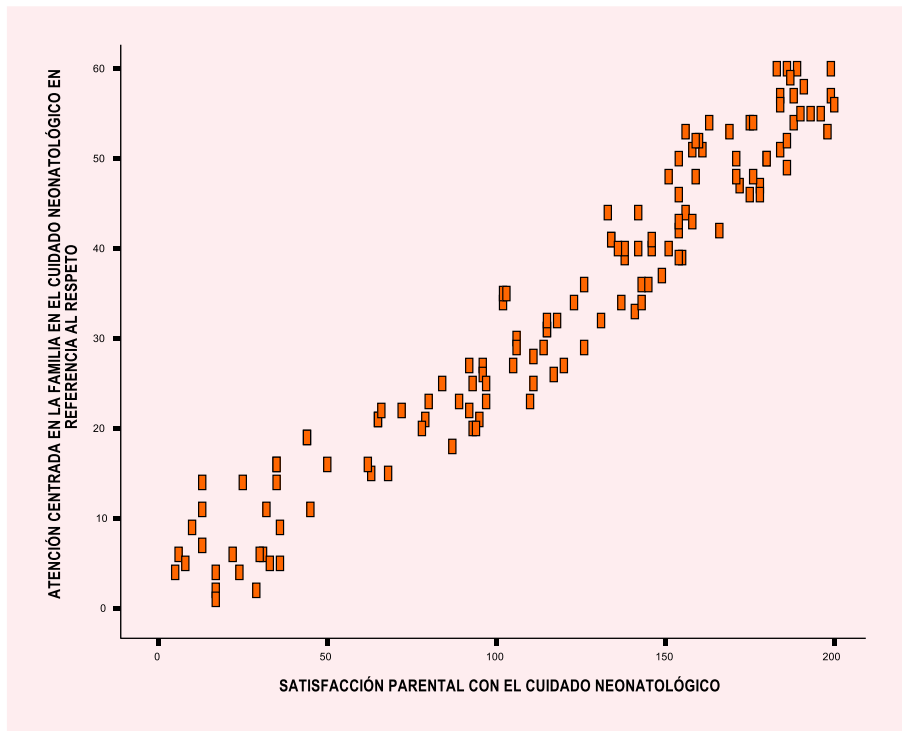
PASO 07: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La “t calculada” es igual a 5.724, este valor es numéricamente superior a 1.975; teniendo en cuenta la ponderación categórica, se procede con el rechazo de la hipótesis nula que asume la nulidad de la relación, y subsiguientemente se acepta la hipótesis alterna; de tal forma, es demostrada la asociación entre la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia** y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA AL RESPETO Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Para poder identificar la posible asociación entre las variables sujetas a análisis, se construyó un diagrama de dispersión que nos permita tener una representación gráfica del grado y la dirección de la probable vinculación. El diagrama de dispersión, es la representación gráfica con puntos de cada uno de los casos analizados, en donde cada punto es definido por un par ordenado de números cuyos valores le dan una ubicación en el plano cartesiano. Cuando los puntos se agrupan alrededor de una recta imaginaria indican la existencia de una asociación; la intensidad de la aglutinación de los puntos señala una asociación más fuerte, cuando la recta formada es ascendente se tiene que la asociación es directa (96). Se elaboró un diagrama de dispersión entre la tercera dimensión de la variable atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

FIGURA 20: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA AL RESPETO Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO



En la Figura 20, se observa que los casos de las madres que declaran tener baja atención centrada en la familia en referencia al respeto, también afirman poseer baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico; además, los puntos se agrupan alrededor de una recta ascendente, que indica la existencia de una asociación positiva entre estas variables; este resultado gráfico revela que: dada una mejora de atención centrada en la familia en referencia al respeto, se incrementa la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

En este trabajo científico, se planteó la tercera hipótesis específica; que, “A mejor atención centrada en la familia en referencia al respeto; mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022”

El coeficiente de correlación r de Pearson, es el método empleado para determinar la intensidad y sentido de esta relación. El coeficiente de correlación de Pearson es una magnitud cuantitativa que expresa la intensidad de un paralelismo lineal entre los datos de dos variables. Puede tomar valores positivos o negativos, los positivos designan una relación directa entre las variables, de manera que el incremento de la intensidad de una variable armoniza con el acrecentamiento de la otra variable; mientras que los negativos denotan una conexión inversa, de forma que la intensificación de una de las variables concuerda con el descenso de la otra variable. El coeficiente de correlación de Pearson puede tomar valores que van de 0 a 1; cuando más de acerca al cero refleja que la asociación es lineal débil o inexistente; mientras que si más se acerca a la unidad muestra que la conexión lineal es fuerte (97).

TABLA 21: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA AL RESPETO Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Correlaciones		
		SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO
ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN REFERENCIA AL RESPETO EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	Correlación de Pearson	,432**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	165
** <i>. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).</i>		

En la Tabla 21, se aprecia un coeficiente r de Pearson = 0.432. La magnitud del coeficiente denota que se da una correspondencia moderada entre la atención centrada en la familia en referencia al respeto y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico; de forma que se sopesa que existe una afluencia de otras variables que afectan la intensidad en la que se presentan estas variables. El signo del coeficiente es

positivo, esto indica que la asociación entre las variables es directa, de manera que el acrecentamiento de una de las variables, se corresponde con una ampliación de la magnitud de la otra variable.

El coeficiente de correlación r de Pearson que se tienen es un estimador debido a que se obtuvo de datos muestrales; para poder verificar la hipótesis establecida, es necesario aproximarnos al parámetro " ρ " en base al estadístico " r "; para esto efectuamos una inferencia recurriendo al análisis del " p value". El " p value" obtenido debe de ser menor a 0.05 para poder determinar que " r " es similar a " ρ " y así tener la certeza que existe la relación de las variables en la población. En la Tabla 21, se encuentra que el " p value" (Sig. bilateral) es de 0.000, que es una magnitud mucho menor de 0.05; en consecuencia, se tiene la suficiente evidencia para poder afirmar que las variables sometidas a análisis están asociadas.

Luego de ponderar la magnitud, la positividad de la " r de Pearson" y la magnitud del " p value"; se sostiene que, dado un incremento de la atención centrada en la familia en referencia al respeto; aumenta la satisfacción parental con el cuidado neonatológico; en consecuencia, queda verificada la tercera hipótesis específica propuesta.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO DE VERIFICACIÓN DE LA TERCERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

PASO 01: DEFINICIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A SER EMPLEADA

Disponemos de un coeficiente de correlación r de Pearson muestral, de manera que la prueba paramétrica pertinente para efectuar el análisis inferencial es la prueba t para coeficientes de correlación” (98).

La fórmula matemática de la prueba t para coeficientes de correlación, tiene la siguiente forma:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

La simbología indica:

- t : Magnitud de la “ t ” empírica
- r : Coeficiente de correlación “ r ” de Pearson muestral
- n : Número de elementos muestrales

Este método estadístico nos permitirá determinar; si con un coeficiente de correlación r de Pearson de 0.432 obtenido de una muestra de 165 madres; es posible aseverar que las variables objeto de análisis están asociadas a un nivel poblacional.

PASO 02: FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H_0 : No se da una relación categórica entre la atención centrada en la familia en referencia al respeto y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico, o la auténtica correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Se da una relación categórica entre la atención centrada en la familia en referencia al respeto y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico, o la auténtica correlación no es cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: REQUISITOS INELUDIBLES PARA EL USO DE LA PRUEBA

Para emplear esta prueba se requiere cumplir con las siguientes exigencias:

- El conglomerado de datos disponibles debe de proceder de una muestra representativa.
- El cúmulo de datos de las variables deben de tener normalidad.
- Las escalas de valoración empleadas deben de contener al cero absoluto.

Todas estas condiciones se han cumplido.

PASO 04: DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ERROR

Se dispone de $\alpha = 0.05$ para todas las pruebas estadísticas del estudio

PASO 05: PRECEPTOS RESOLUTIVOS DISPUESTOS

Condiciones para determinar el valor de la “t tabular”:

- Definición de los grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 165 - 2 = 163)$.
- La confiabilidad corresponde al 95 %; cuyo complemento es el nivel de error dividido entre dos, por estar considerando a dos colas $(0.05/2)$.

En consecuencia:

- Se tiene 163 grados de libertad para 0.025; en la tabla esto corresponde a un valor de 1.975.

La ponderación categórica indica:

- Que, se refuta la hipótesis nula de correlación cero, si la magnitud numérica de la “t observada” en valor absoluto es superior a 1.975.

PASO 06: OPERACIONES MATEMÁTICAS

Reemplazando y procediendo con los cálculos:

$$t = \frac{0.432 \sqrt{165-2}}{\sqrt{1-0.432^2}} \Rightarrow t = \frac{0.432 \sqrt{163}}{\sqrt{1-0.187}} \Rightarrow t = \frac{0.432 * 12.767}{0.813}$$
$$\Rightarrow t = \frac{5.549}{0.902} \Rightarrow = 6.153$$

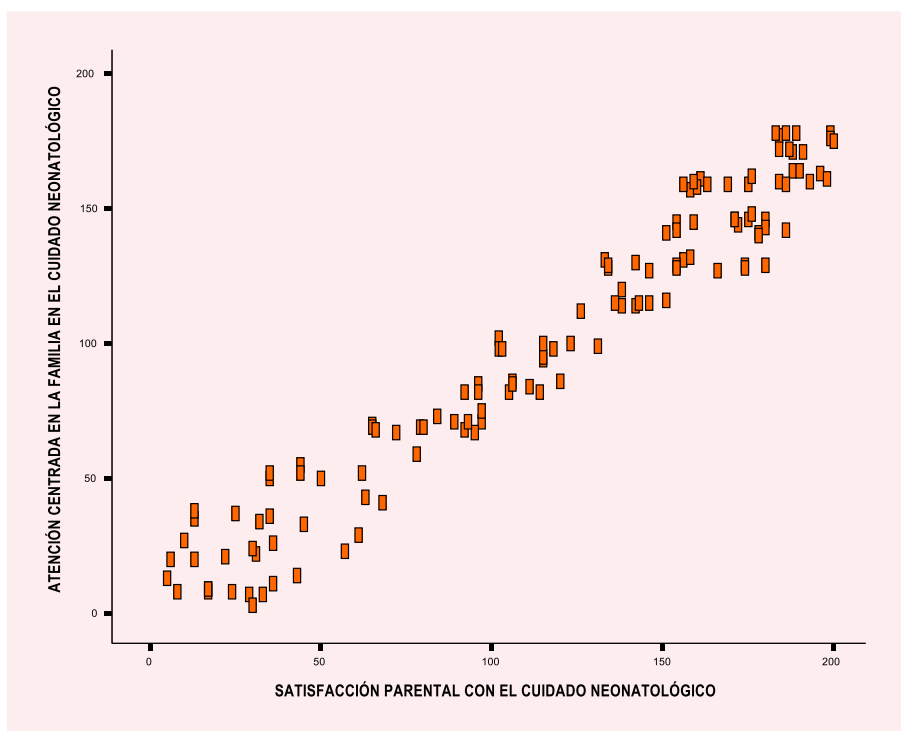
PASO 07: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La “t calculada” es igual a 6.153, este valor es numéricamente superior a 1.975; teniendo en cuenta la ponderación categórica, se procede con el rechazo de la hipótesis nula que asume la nulidad de la relación, y subsiguientemente se acepta la hipótesis alterna; de tal forma, es demostrada la asociación entre la atención centrada en la familia en referencia al respeto y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Para poder identificar la posible asociación entre las variables sujetas a análisis, se construyó un diagrama de dispersión que nos permita tener una representación gráfica del grado y la dirección de la probable vinculación. El diagrama de dispersión, es la representación gráfica con puntos de cada uno de los casos analizados, en donde cada punto es definido por un par ordenado de números cuyos valores le dan una ubicación en el plano cartesiano. Cuando los puntos se agrupan alrededor de una recta imaginaria indican la existencia de una asociación; la intensidad de la aglutinación de los puntos señala una asociación más fuerte, cuando la recta formada es ascendente se tiene que la asociación es directa (96). Se elaboró un diagrama de dispersión entre la variable atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

FIGURA 21: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO



En la Figura 21, se observa que los casos de las madres que declaran tener baja atención centrada en la familia, también afirman poseer baja satisfacción parental con el cuidado neonatológico; además, los puntos se agrupan alrededor de una recta ascendente, que indica la existencia de una asociación positiva entre estas variables; este resultado gráfico revela que: dada una mejora de atención centrada en la familia, se incrementa la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

En este trabajo científico, se planteó la general hipótesis específica; que, “A mejor atención centrada en la familia; mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022”

El coeficiente de correlación r de Pearson, es el método empleado para determinar la intensidad y sentido de esta relación. El coeficiente de correlación de Pearson es una

magnitud cuantitativa que expresa la intensidad de un paralelismo lineal entre los datos de dos variables. Puede tomar valores positivos o negativos, los positivos designan una relación directa entre las variables, de manera que el incremento de la intensidad de una variable armoniza con el acrecentamiento de la otra variable; mientras que los negativos denotan una conexión inversa, de forma que la intensificación de una de las variables concuerda con el descenso de la otra variable. El coeficiente de correlación de Pearson puede tomar valores que van de 0 a 1; cuando más de acerca al cero refleja que la asociación es lineal débil o inexistente; mientras que si más se avecina a la unidad muestra que la conexión lineal es fuerte (97).

TABLA 22: COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Correlaciones		
		SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO
ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	Correlación de Pearson	,418**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	165
**. <i> La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).</i>		

En la Tabla 22, se aprecia un coeficiente r de Pearson = 0.418. La magnitud del coeficiente denota que se da una correspondencia moderada entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico; de forma que se sopesa que existe una afluencia de otras variables que afectan la intensidad en la que se presentan estas variables. El signo del coeficiente es positivo, esto indica que la asociación entre las variables es directa, de manera que el acrecentamiento de una de las variables, se corresponde con una ampliación de la magnitud de la otra variable.

El coeficiente de correlación r de Pearson que se tienen es un estimador debido a que se obtuvo de datos muestrales; para poder verificar la hipótesis establecida, es necesario aproximarnos al parámetro " ρ " en base al estadístico " r "; para esto efectuamos una inferencia recurriendo al análisis del " p value". El " p value" obtenido debe de ser menor a 0.05 para poder determinar que " r " es similar a " ρ " y así tener la certeza que existe la relación de las variables en la población. En la Tabla 22, se encuentra que el " p value" (Sig. bilateral) es de 0.000, que es una magnitud mucho menor de 0.05; en consecuencia, se tiene la suficiente evidencia para poder afirmar que las variables sometidas a análisis están asociadas.

Luego de ponderar la magnitud, la positividad de la " r de Pearson" y la magnitud del " p value"; se sostiene que, dado un incremento de la atención centrada en la familia; aumenta la satisfacción parental con el cuidado neonatológico; en consecuencia, queda verificada la general hipótesis específica propuesta.

PROCEDIMIENTO ANALÍTICO DE VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL:

PASO 01: DEFINICIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A SER EMPLEADA

Disponemos de un coeficiente de correlación r de Pearson muestral, de manera que la prueba paramétrica pertinente para efectuar el análisis inferencial es la prueba t para coeficientes de correlación” (98).

La fórmula matemática de la prueba t para coeficientes de correlación, tiene la siguiente forma:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

La simbología indica:

- t : Magnitud de la “ t ” empírica
- r : Coeficiente de correlación “ r ” de Pearson muestral
- n : Número de elementos muestrales

Este método estadístico nos permitirá determinar; si con un coeficiente de correlación r de Pearson de 0.418 obtenido de una muestra de 165 madres; es posible aseverar que las variables objeto de análisis están asociadas a un nivel poblacional.

PASO 02: FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H_0 : No se da una relación categórica entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico, o la auténtica correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Se da una relación categórica entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico, o la auténtica correlación no es cero: $\rho \neq 0$

PASO 03: REQUISITOS INELUDIBLES PARA EL USO DE LA PRUEBA

Para emplear esta prueba se requiere cumplir con las siguientes exigencias:

- El conglomerado de datos disponibles debe de proceder de una muestra representativa.
- El cúmulo de datos de las variables deben de tener normalidad.
- Las escalas de valoración empleadas deben de contener al cero absoluto.

Todas estas condiciones se han cumplido.

PASO 04: DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ERROR

Se dispone de $\alpha = 0.05$ para todas las pruebas estadísticas del estudio

PASO 05: PRECEPTOS RESOLUTIVOS DISPUESTOS

Condiciones para determinar el valor de la “t tabular”:

- Definición de los grados de libertad: $(n - 2 \Rightarrow 165 - 2 = 163)$.
- La confiabilidad corresponde al 95 %; cuyo complemento es el nivel de error dividido entre dos, por estar considerando a dos colas $(0.05/2)$.

En consecuencia:

- Se tiene 163 grados de libertad para 0.025; en la tabla esto corresponde a un valor de 1.975.

La ponderación categórica indica:

- Que, se refuta la hipótesis nula de correlación cero, si la magnitud numérica de la “t observada” en valor absoluto es superior a 1.975.

PASO 06: OPERACIONES MATEMÁTICAS

Reemplazando y procediendo con los cálculos:

$$t = \frac{0.418 \sqrt{165-2}}{\sqrt{1-0.418^2}} \Rightarrow t = \frac{0.418 \sqrt{163}}{\sqrt{1-0.175}} \Rightarrow t = \frac{0.418*12.767}{0.825}$$
$$\Rightarrow t = \frac{5.369}{0.908} \Rightarrow = 5.910$$

PASO 07: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La “t calculada” es igual a 5.910, este valor es numéricamente superior a 1.975; teniendo en cuenta la ponderación categórica, se procede con el rechazo de la hipótesis nula que asume la nulidad de la relación, y subsiguientemente se acepta la hipótesis alterna; de tal forma, es demostrada la asociación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

En este estudio científico, encontramos que el 64.2 % de las madres de los neonatos atendidos afirman tener una inadecuada atención centrada en la familia en el hospital; esto significa que cerca de las dos terceras partes de las madres de neonatos perciben que no les permiten participar directamente en la atención de su hijo neonato dentro de las instalaciones hospitalarias; los profesionales de salud de la institución no consideran a las intervenciones maternas como valiosas asignándoles poca importancia a la afectividad que debe de recibir el neonato por parte de su madre, para favorecer su recuperación y su desarrollo. Muchos profesionales de salud consideran que la participación de la madre en la atención directa del neonato hospitalizado no aporta ningún beneficio; por lo contrario, obstaculiza el proceso de atención clínica, afecta el manejo de la asepsia y hace que el personal se recargue de más trabajo, porque además de realizar su laboral asistencial deben de brindar educación en salud a la madre. Es notable que no existe una infraestructura que facilite la participación de la madre en el cuidado del niño; todo el sistema de atención está diseñado para brindar atención clínica especializada al neonato de forma individual apartado de su madre y de su familia. El componente afectivo que aporta la participación de la madre en el cuidado del neonato, es tomado como algo superfluo y subjetivo por los profesionales

de salud; de manera que no creen que esto pueda representar un factor con un impacto sustancial en la mejoría del niño; a pesar de la evidencia de los beneficios que reporta este enfoque de atención, la mayor parte de los profesionales de salud permanecen escépticos. Las autoridades sanitarias no han impulsados procesos para la implantación del modelo de atención centrado en la familia en los hospitales pediátricos, es posible que los directivos en salud no han comprendido los beneficios de este modelo.

Franck L, O'Brien K, constatan que más del 50% de las madres de neonatos consideran que es limitada la atención centrada en la familia en el hospital en el que se halla internado su hijo. La infraestructura hospitalaria no está diseñada para que la madre pueda acompañar a su hijo durante la hospitalización. Se debe de considerar como un hecho ineludible que los padres son los defensores de los derechos de sus hijos, y deben de participar en las decisiones sobre el tipo de tratamiento que recibirá. Los profesionales de salud no consideran que la familia ejerza una influencia positiva en la recuperación del niño, debido a que no reconocen la importancia del componente afectivo en el tratamiento; le atribuyen poco valor al hecho en el que la madre al transmitirle efecto al niño, puede originar múltiples reacciones orgánicas en el neonato que contribuyen a su recuperación. El sistema de atención hospitalario pediátrico esta diseñado para restablecer la salud bajo un paradigma biológico; los aspectos afectivos, sociales y espirituales no tienen la preponderancia debida. Dentro de las organizaciones de salud, las políticas, procedimientos y prácticas deben de adaptarse a las necesidades, creencias y valores de la familia del neonato; sin embargo, esta perspectiva es aún muy débil. Bajo el enfoque de la atención centrada en la familia, se debe de compartir la información de manera completa, honesta e imparcial con la familia, permitir el mayor acercamiento y participación de la madre en el cuidado del

neonato y reconocer las fortalezas de la madre y la familia para incitar la restitución de la salud del niño (99).

Carter B, Willis T, Knackstedt A, evidencian que alrededor de la mitad de las madres consideran que no disponen que la atención centrada en la familia en los hospitales en los que tienen a sus hijos neonatos. Los sistemas hospitalarios y las unidades de cuidados neonatales se han diseñado principalmente pensando en el profesional de la salud y no están diseñados para incluir a los padres y la familia como parte del ecosistema de atención médica del bebé. Para que se brinde una verdadera atención centrada en la familia, los padres deben estar mental y físicamente disponibles para interactuar con su bebé y con el equipo de atención médica. Las familias a las que se les proporcionan alojamientos especiales para pasar la noche cerca de su bebé o niño enfermo reportan una mejor experiencia en el hospital y se sienten más involucradas en el cuidado de su hijo. Mediante la atención centrada en la familia, se alienta a los padres a brindar atención básica al recién nacido, como bañarlo, cambiarle los pañales y vestirlo tan pronto como los bebés estén estables. También se alienta a los padres a conocer las señales de desarrollo de su bebé (p. ej., evaluación de la preparación para la alimentación, signos de estrés o preparación para la interacción social) y ayudar al equipo de la unidad de cuidados neonatales a proporcionar un entorno de atención que apoye el desarrollo del bebé (p. ej., modulación de la luz, sonido y tacto) y pueden proporcionar al bebé estímulos positivos a través del olfato, la posición o el agarre, el contacto piel con piel, la alimentación u otra estimulación del desarrollo sensible y apropiado (100).

Seniwati T, Wanda D, Nurhaeni N, verifican que más de la mitad de las madres consideran que la atención centrada en la familia es muy precaria en las instituciones hospitalarias. La atención centrada en la familia es un enfoque que reconoce el papel de la familia en la vida del paciente y fomenta la colaboración mutuamente beneficiosa entre pacientes, familias y profesionales de la salud; enfatiza la asociación en el sistema de atención médica para mejorar la calidad de la salud, la seguridad y la prestación de atención. Una mejor comprensión de los factores que influyen en la implementación de la atención centrada en la familia es un elemento importante para mejorar su ejecución. Un estudio reveló que los factores de un profesional de la salud, como el nivel inadecuado de experiencia, la alta carga de trabajo, la presión del tiempo y la actitud de falta de apoyo, son las barreras para la atención centrada en el paciente y la familia. Esta nueva perspectiva debe superar las barreras percibidas y fomentar una cultura de colaboración con los familiares de los pacientes; consta de cuatro componentes centrales que están asociados con los resultados en pacientes pediátricos, es decir, el intercambio de información, el apoyo socioemocional, la prestación de atención basada en los antecedentes familiares y la toma de decisiones compartida. La dignidad y el respeto, el intercambio de información, la participación y la colaboración son los componentes centrales de atención centrada en la familia (101).

Uema R, Rodrigues B, Rissi G, hallan que una proporción superior a la mitad de madres distinguen que la atención centrada en la familia es baja; a pesar de conocer la importancia de involucrar a las madres en el cuidado de la salud del neonato, muchos profesionales de la salud no la admiten y todavía se sienten más cómodos practicando en un modelo biomédico. Los valores centrados en la familia deben articularse en la filosofía de atención, estar articulado a la declaración de misión o el plan estratégico

de la organización. Los profesionales generalmente están más dispuestos a aceptar los cambios cuando los gerentes y líderes de la organización para la que trabajan brindan ejemplos y orientación personales, o cuando la legislación y las políticas imponen el nuevo enfoque. Las enfermeras se sienten cómodas trabajando con las familias como asistentes y consultores, pero se sienten amenazadas cuando deben de compartir las decisiones y responsabilidades con las familias. El cuidado centrado en la familia es una intervención destinada a establecer una cercanía emocional entre los padres y su bebé y, por lo tanto, reduce el trauma psicológico relacionado con su enfermedad y mejora la sensibilidad de los padres y la atención de apoyo a la recuperación y desarrollo de su bebé. El cuidado centrado en la familia ha mostrado fuertes efectos en la reducción de la ansiedad y la depresión materna y aporta mejores resultados en el desarrollo de los bebés más allá de su estadía hospitalaria. El contacto del neonato con su madre tiene una multitud de efectos positivos que incluyen apoyar la estabilidad fisiológica del bebé, prevenir el dolor, promover fuertemente el crecimiento del bebé, el desarrollo neuroconductual, y mejorar la lactancia materna. Los padres que tienen acercamiento a sus hijos neonatos, experimentan menos estrés, preocupación y depresión (102).

6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA SATISFACCIÓN PARENTERAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

En este trabajo científico encontramos que el 43.7 % de las madres de los neonatos hospitalizados declaran tener baja o muy baja satisfacción con el cuidado neonatológico; esto significa que cerca de mitad de las madres tienen un escaso beneplácito con los cuidados que recibe su hijo en el servicio de neonatología. La satisfacción de las madres resulta de la diferencia entre sus expectativas que tenía sobre el tipo de atención que recibiría su hijo y la atención real recibe; bajo esta perspectiva las apreciaciones individuales y los criterios de las madres sobre la forma en que considera que deben de ser los servicio determinan su nivel de satisfacción con el servicio; las percepciones y juicios maternos sobre la calidad son un reflejo del enfoque cultural de la madre. Parte de la satisfacción materna depende del profesionalismo del personal sanitario; cuando los profesionales de salud muestran tener una elevada capacidad para resolver los problemas de salud del neonato hacen que las madres tengan confianza en los servicios; también es fundamental que el profesional tenga un trato amable y afectuoso hacia la madre; asimismo, es necesario que el profesional tenga una elevada conducta ética para defender la dignidad y autonomía del niño y su madre. La satisfacción de la madre con los servicios mejora: cuando el personal de salud responde de manera oportuna a las necesidades de salud del niño; cuando el personal se acerca y ofrece hacer cosas en favor de la salud del niño, cuando el personal responde al llamado y administra los tratamientos de forma oportuna, cuando los profesionales dan orientación y enseñanza a las madres sobre la manera correcta de asistir a niño o sobre la forma de poder estimularlo. La

satisfacción con los servicios también está asociada a la forma en que la institución planifica los cuidados y la manera amable y amistosa en que se atienden las necesidades de salud.

Hagen I, Iversen V, Nessel E, Orner R, Svindseth M, verifican que una proporción cercana a la mitad de las madres tienen una baja satisfacción con los servicios neonatológicos prestados; la satisfacción de la madre responde al grado en que se cumplen sus expectativas, necesidades y/o deseos en cuanto a la atención de la salud de su hijo neonato. Los neonatos no pueden expresar sus necesidades y demandas particulares de salud, de manera que las experiencias, las opiniones y la satisfacción de la madre es relevante para calificar la calidad de la atención recibida. Los factores que afectan la satisfacción materna con la atención pediátrica son el tipo de relaciones interpersonales con los profesionales de salud, la accesibilidad a las diversas oficinas y servicios dentro de la institución hospitalaria, el suministro de información oportuna sobre el estado de salud del neonato y permitir la participación de la madre en el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento del niño. La satisfacción con la atención en la unidad de cuidados neonatales, está vinculado a la buena comunicación y el oportuno intercambio de información, el pertinente apoyo emocional, la apertura a la participación familiar, el profesionalismo mostrado por los profesionales de salud y la funcionalidad, atractivo y confort de los ambientes hospitalarios. Es importante aliviar el estrés materno, debido a que esta afecta notablemente la percepción de satisfacción con los servicios; las emociones intensas y el estrés se agudizan cuando un bebé nace prematuramente o con problemas de salud y es admitido en una unidad de cuidados intensivos neonatales (103).

Lake E, Smith J, Staiger D, Hatfield L, Cramer E, corroboran que el 51% de las madres de neonatos perciben que la atención brindada en las instituciones hospitalarias no es la más adecuada; la satisfacción de la madre con la atención brindada a su hijo neonato, resulta de una evaluación personal de los servicios; para los padres es muy importante que los mantengan informados sobre el cuidado que está recibiendo su bebé y su progreso. La satisfacción con el servicio resulta de una coincidencia entre la forma de trabajo de la unidad y las expectativas de los padres. Los padres están particularmente estresados por la apariencia y el comportamiento de su bebé enfermo y por las alteraciones en su rol parental, cuando el personal de salud incide en el alivio del estrés parental mejoran la satisfacción de los padres con el servicio. Los profesionales de salud deben de animar a los padres a pasar más tiempo con sus bebés y a participar activamente en su cuidado con el propósito de facilita el desarrollo de su rol parental, un mayor contacto de los padres con su hijo incrementa su satisfacción con la atención. Los rasgos de personalidad de la madre, sus diferencias individuales estables en la forma en que actúan, reaccionan, sienten y perciben el mundo, afectan su satisfacción, aquellas que perciben al hospital como un escenario hostil llena de restricciones que le quitan toda preponderancia sobre su hijo tienen elevada insatisfacción con los servicios. Los rasgos de personalidad de la madre llevan a que respondan de forma diferente ante el tipo de atención brindada, de manera que el personal de salud debe de ofrecer un trato diferenciado que se armonice con los rasgos de personalidad de la madre, para poder alcanzar mayor satisfacción con los servicios (104).

Taneja R, Batra P, Sadiza J, evidencian que más de la tercera parte de las madres tienen baja satisfacción con la atención prestada a sus hijos neonatos hospitalizados; la restricción de las madres y familiares para que puedan ver al neonato hospitalizado

es una de las mayores causas de insatisfacción con los servicios. Las madres más alfabetizadas pueden comprender que las restricciones promueven la seguridad, el saneamiento y la esterilidad; sin embargo, los deseos de tener proximidad con sus hijos en las madres les provoca gran ansiedad y tristeza que reduce su satisfacción con la atención. Las madres que perciben un ambiente limpio y ordenado, que aprecian la existencia de equipos sofisticados que facilitan la atención de su hijo y que además reciben un trato amable por el personal de salud, tiene una mayor satisfacción con los servicios. Las madres que reciben una adecuada orientación sobre la forma en que deben de alimentar, asear y estimular a si hijos, se sienten más satisfechas con las prestaciones. Es necesario que las madres dispongan de una adecuada asistencia emocional que reduzcan su sensación de culpa por la condición de su hijo, además requieren restituir su percepción de tener una adecuada capacidad maternal, y que pueden gestar neonatos saludables. El profesionalismo del personal de salud puede aportar la seguridad y confianza que la madre necesita, puede absolver sus dudas, reducir su tensión y el estrés parental, de esta manera pueden incidir en una mayor satisfacción con la atención (105).

Adal Z, Atomsa G, Tulu G, constatan que una proporción mayor a la tercera parte de las madres se sienten insatisfechas con los servicios de salud, recibidos por su hijo en las salas de neonatología; dentro del hospital no se promueve el apego materno-neonatal y se separa al bebe de su familia, se genera una enorme ansiedad tanto en la madre, el niño y otros familiares, esta situación es una de las principales causas de insatisfacción con los servicios. En el aislamiento impuesto en el hospital, las madres intensifican sus sentimientos de culpa, al sentir que no pueden tener un niño completamente sano. Las madres que no reciben una recepción amable en el hospital, las que sienten que no son escuchadas ni debidamente informadas se sienten

insatisfechas; el personal de salud debe de crear vínculos positivos que promuevan la interacción con la madre y los familiares, se requiere establece un dialogo permanente para lograr la aceptación de la atención por parte de la madre; una efectiva orientación a la madre será posible cuando el personal sea sensible para escuchar y comprender las necesidades de la madre. El diseño y la forma de las habitaciones de los pacientes neonatos y los pasillos que mejoran la orientación, la visibilidad, la seguridad, el acceso y la eficiencia incrementan la satisfacción de la madre; las habitaciones hospitalarias que permiten la presencia permanente de las madres y familiares reducen el estrés. Los atributos ambientales que son agradables a los sentidos, como iluminación, ruido, temperatura, calidad del aire, etc. influye en las reacciones fisiológicas y psicológicas de las madres, incluido el dolor, el estrés, los ánimos negativos, interacción social, eficiencia en el trabajo, etc. y suscitan mayor satisfacción (106).

6.3. ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

En este trabajo científico encontramos que el incremento de la atención centrada en la familia coincide con el incremento de la satisfacción parental con el cuidado neonatológico (Coeficiente de correlación de Pearson = 0,418); cuando se permite que la madres y familiares del neonato tengan participación activa y directa en su atención, mejora notablemente la satisfacción parental con los servicios brindados. Para los padres tener un hijo neonato hospitalizado es una condición muy crítica que provoca mucha angustia y estrés, esta situación se agudiza cuando se restringe el contacto madre niño. La concepción de mantener al neonato aislado bajo la asistencia de personal especializado con el empleo de equipos sofisticados, es una noción que

contribuyen poco a la recuperación del niño. La evidencia actual sugiere que fomentar el mayor contacto posible de las madres y otros familiares con el neonato favorece ampliamente su recuperación, El contacto del niño con su madre origina una mejor respuesta al tratamiento, existen mecanismos afectivos que estimulan procesos neuroendocrinos que incitan procesos fisiológicos que mejoran el estado de salud del neonato. Las madres a las que se les permite participar de forma directa del cuidado de su hijo, tienen una mayor satisfacción con los cuidados, el permanecer cerca de su hijo le da mayor más seguridad y confianza, reducen su estrés y ansiedad y se siente más satisfechas con los servicios.

Cetintas I, Akgun M, Semerci R, Nur E, constatan que aquellas madres que participan de un mayor cuidado centrado en la familia tienen una mayor satisfacción con el cuidado de la salud ($r = 0,699$; $p < 0,001$); la separación física del bebé de sus padres debido a la condición crítica de un bebé prematuro, los cambios que ocurren en el rol paterno esperado y la incapacidad de los padres para proteger al bebé, todos juegan un papel fundamental en la incidencia de los sentimientos de tristeza de los padres, ausencia, culpa e insolvencia que origina profunda insatisfacción con la atención recibida. La fuente más importante de estrés de los padres durante la hospitalización de los bebés prematuros está asociada con la alteración en la tendencia de apego y el sentimiento de insolvencia en cómo ayudar al recién nacido y desempeñar los roles de los padres correctamente. El desarrollo de resultados fisiológicos saludables en el recién nacido está directamente asociado con el apego padre-hijo. El cuidado centrado en la familia aporta apoyo emocional y psicológico a las madres para aumentar la confianza en sí mismas para una mayor interacción con su recién nacido. La satisfacción de los padres depende de los apoyos físicos, emocionales, espirituales, informativos, comunicacionales y educativos que recibe del

personal de enfermería; la satisfacción también está asociada a la continuación del cuidado, la reducción de la ansiedad y el aumento de la adaptación de los padres (11).

Unaldi N, Uzsen H, Tural E, Tuncer G, Erdeniz E, evidencian que existe un nivel de correlación moderado y positivo entre la atención centrada en la familia y la satisfacción con el cuidado de la salud ($r = 0,418$; $p < 0,001$). En la atención centrada en la familia los profesionales de salud escuchan las preocupaciones de la madre y actúan de manera empática, le informan y le da explicaciones, alientan a la madre para que pueda atender de manera directa al neonato y la orientan en la forma en que debe de solucionar los problemas del niño. El apoyo de enfermería en el cuidado centrado en la familia, es una valiosa oportunidad para que los padres y sus bebés formen un apego seguro, la enfermera incide en empoderar a los padres en las interacciones afectivas positivas con su bebé prematuro; la madre que se siente cómoda y segura con la atención y tiene mayor satisfacción con los servicios. La atención centrada en la familia eleva la dignidad y el respeto a la madre del neonato, los profesionales de salud le dan la debida importancia e intercambian información con ella; además la entrenan para que adquiera competencias para brindar atención esencial a su recién nacido; esta forma de atención eleva la satisfacción con la atención en la madre. Las madres experimentan angustia, frustración y alienación cuando son excluidas del cuidado de sus hijos enfermos; sin embargo, cuando se les permite participar directamente de la atención de su hijo, les comunican de manera clara sobre el estado de su recién nacido y tienen una colaboración efectiva con la enfermera, reducen su estrés y se sienten satisfechas (12).

Rodrigues S, encuentran que existe una asociación significativa entre la atención centrada en la familia y satisfacción materna en las madres de neonatos (r de Spearman = $0,567$; $p = 0,002$); en la atención centrada en la familia se produce el intercambio de

información, la participación, la colaboración y el respeto mutuo entre los profesionales de la salud y la familia del bebé/niño pequeño; se involucra a los padres en el cuidado de sus recién nacidos enfermos y se responde a las necesidades y derechos de sus padres; se empodera y anima a los padres a participar en el cuidado receptivo de su recién nacido pequeño/enfermo mientras le ofrecen tierno amor, afecto y tacto reconfortante; esta actividades aportar una elevada satisfacción de los padres con la atención por que perciben que son protagonistas de la recuperación de su hijo. La atención centrada en la familia, inicia una interacción vital con el bebé en el período temprano de desarrollo y sienta las bases para un vínculo duradero con los padres; es una forma humana de cuidado para que el bebé vuelva al abrazo de la familia a la que pertenece; impacta el desarrollo de la primera infancia al abordar las necesidades de desarrollo del recién nacido pequeño y enfermo. También, protege a los neonatos de los efectos dañinos de la separación durante la atención hospitalaria, ya que los padres pueden brindar un apoyo fundamental al desarrollo del recién nacido, como proteger el sueño, promover la interacción sensorial adecuada (es decir, olfato, tacto, sonido), monitorear y controlar el dolor y estrés y crear un ambiente curativo; dar la posibilidad a los padres de permanecer al lado de hijo que se encuentra muy débil e indefenso les aporta satisfacción con la atención recibida (13).

Ferentzi H, Rippe R, Latour J, Schubert S, Girch A, evidencian que la atención centrada en la familia incrementa en 3.2 veces la satisfacción con la atención de salud (OR= 3.20). El cuidado centrado en la familia aporta apoyo emocional y moral a la madre que se siente angustiada y estresada al ver que su hijo se encuentra muy delicado de salud. El cuidado centrado en la familia busca involucrar a las madres en el cuidado neonatal diario, les enseña la forma en que deberán de atender las necesidades del niño

y el modo en que tendrán que estimularlo. Las alteraciones del rol de los padres y la apariencia y el comportamiento del recién nacido provocan estrés en la madre, la percepción de incapacidad de desempeñar los roles maternos provoca ansiedad. La madre que percibe que está en capacidad de hablar diariamente con los profesionales de salud, siente que el personal del hospital está cuidando bien al niño, recibe respuestas precisas y percibe que en el establecimiento existe seguridad, conciencia, cercanía, apoyo y comodidad, tienen mayor satisfacción. El apoyo de los profesionales de salud a los padres incide en la disminución de la ansiedad, el aumento de su conciencia y el crecimiento de su autoconfianza en sus capacidades para poder cuidar de manera efectiva al recién nacido, además reduce el período de hospitalización del recién nacido y aumenta la satisfacción parental (14).

Tesfa G, Tsige Y, hallan que las madres que participan de la atención centrada en la familia tienen 3.89 más probabilidad de estar satisfechas con la atención (OR= 3.89); es esencial que los trabajadores de la salud brinden el apoyo adecuado para ayudar a los padres a sobrellevar el estrés de la hospitalización del recién nacido y mejorar su capacidad y confianza en el cuidado de los neonatos. En el cuidado centrado en la familia surge una responsabilidad compartida entre el personal de salud y la familia, las madres aportan la capacidad de atender al niño de manera muy afectuosa. El conocimiento, el compromiso y la capacidad de los padres son esenciales para maximizar la adherencia y la relación con los proveedores de atención médica. La madre debe ser alentada a ayudar con el cuidado, puede ofrecer cuidado de la boca, cuidado de la piel y cambios de pañales; la madre puede hablarle a su bebé, cantarle y ofrecerle amor y consuelo. Los padres desean desesperadamente ayudar a su bebé, y la condición clínica del bebé nunca debe impedir este deseo. El personal de salud debe ser un defensor de los padres, ofreciéndoles orientación en las actividades de cuidado.

A algunos miembros del personal les resulta difícil compartir el cuidado con los padres. Pueden preocuparse de que los padres hagan algo mal y dañen al bebé (15).

Yang X, Sun K, Ling G, encuentran que la participación directa de las madres explica el 45.7 % de la satisfacción paternal con el cuidado; la madre tiene la capacidad de sintonizar con las necesidades de su hijo y puede actuar de forma efectiva ante sus requerimientos, de manera que puede ofrecer un mejor cuidado del niño; es fundamental que la enfermera adiestre a la madre en la forma correcta de atender a las necesidades del niño evitando contaminar el ambiente clínico; la madre que se siente protagonista de la atención de su hijo tiene elevada satisfacción con la atención hospitalaria; sin embargo los hospitales no tienen la infraestructura física adecuada para permitir este tipo de atención y se ven forzados a restringir el contacto de la madre con el niño. La atención centrada en la familia incide en que se respeten los valores y perspectivas de las madres, permite que la madre tenga una mejor comprensión del cuadro clínico de su hijo y pueda apoyar los esfuerzos terapéuticos realizados a favor de la salud del neonato. Es importante que la madre reciba el pertinente apoyo emocional por parte de los profesionales de salud para que pueda superar su angustia, depresión, ansiedad y estrés provocado por el hecho de tener a su hijo neonato hospitalizado. El aislamiento de la madre de su hijo afecta la formación de apego y provoca el posterior rechazo o insensibilidad materna que lleva a inadecuadas formas de crianza incluso al maltrato infantil, de manera que la atención clínica restrictiva podría tener un profundo impacto negativo en la vida futura del niño (16).

CONCLUSIONES

1. Cuando mejora la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura**;
aumenta la satisfacción parental con el cuidado neonatológico hospitalario
(coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo; 0,415)
2. Cuando mejora la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia**;
aumenta la satisfacción parental con el cuidado neonatológico hospitalario
(coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo; 0,407)
3. Cuando mejora la atención centrada en la familia en referencia al **respeto**;
aumenta la satisfacción parental con el cuidado neonatológico hospitalario
(coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo; 0,432)
4. De manera general, cuando mejora la **atención centrada en la familia**; aumenta
la satisfacción parental con el cuidado neonatológico hospitalario (coeficiente de
correlación de Pearson moderado positivo; 0,418)

RECOMENDACIONES

1. Es esencial implementar reformas administrativas institucionales que permitan la implantación masiva de la atención centrada en la familia en referencia a la **apertura**; estas medidas permitirán la participación activa de la madre y familiares en la atención directa del neonato hospitalizado; esto mejorará la satisfacción parental con los servicios hospitalarios.
2. Es favorable instaurar reajustes administrativos institucionales que posibilitan la instauración general de la atención centrada en la familia en referencia a la **asistencia**; estas disposiciones capacitarán a la madre para que pueda atender a su hijo hospitalizado de manera efectiva, manteniendo la asepsia, preservando el sistema de soporte vital y la integridad de los equipos, materiales e instalaciones hospitalarias; esto acrecentará la satisfacción parental con a la atención clínica.
3. Es provechoso fijar reajustes administrativos institucionales que propicien el establecimiento integral de la atención centrada en la familia en referencia al **respeto**; estas normativas atribuirán mayor importancia al aporte que pueda ofrecer la madre para mejorar la salud de su hijo, respetando los valores y creencias maternas; esto expandirá la complacencia parental con la atención de salud.
4. De manera general, es propicio establecer políticas institucionales que favorezcan el asentamiento contundente de la atención centrada en la familia; este programa incluirá la participación de la madre en la atención directa de su hijo neonato hospitalizado; esto mejorará la satisfacción parental con los servicios hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EskandarI Z, Akrami F, Razvi M, Almasi A, Heidarzadeh M. Assessing Family-Centered Care in Iranian NICUs from Perspective of Neonatal Individual Developmental Care. *Iranian Journal of Neonatology*. 2020; 11(1): p. 87–92.
2. Sakonidou S, Andrzejewska I, Webbe J, Modi N, Bell D, Gale C. Interventions to improve quantitative measures of parent satisfaction in neonatal care: a systematic review. *BMJ paediatrics open*. 2020; 4(1): p. 56 - 64.
3. Zhang R, Huang R, Gao X, Peng X, Zhu L. Involvement of parents in the care of preterm infants: A pilot study evaluating a family-centered care intervention in a Chinese neonatal ICU. *Pediatric critical care medicine*. 2018; 19(8): p. 741 - 747.
4. Sarin E, Arti M. Acceptability of a family-centered newborn care model among providers and receivers of care in a Public Health Setting: a qualitative study from India. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(1): p. 1 - 11.
5. Mirlashari J, Brown H, Fomani F, Salaberry J. The challenges of implementing family-centered care in NICU from the perspectives of physicians and nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 2019; 18(1): p. 1 - 8.
6. Neu M, Klawetter S, Greenfield J, Roybal K, Scott J, Hwang S. Mothers' Experiences in the NICU Before Family-Centered Care and in NICUs Where It Is the Standard of Care. *Advances in Neonatal Care*. 2019; 32(1): p. 1 - 12.
7. Miranda A, Miranda M, Ollé J, Tonin L. Cuidado centrado na família do recém-nascido: percepção da equipe multidisciplinar de saúde. *Research, Society and Development*. 2022; 11(9): p. 1 - 8.
8. Soares C, Pesegona K, Lara A, Rodrigues N. O cuidado centrado na família no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal. *Studies in Health Sciences*. 2022; 3(1): p. 369 - 380.
9. López J. El cuidado centrado en la familia en el puesto de salud de Juan Tomis Stack, Chiclayo. [Tesis]. Universidad Señor de Sipan, Facultad de ciencias de la salud; 2019.
10. Stevenson J. Attachment theory and John Bowlby: Some reflections. *Attachment & Human Development*. 2007; 9(4): p. 337–342.
11. Cetintas I, Akgun M, Semerci R, Nur E. The Relationship Between Parents' Perceptions of Family-Centered Care and Their Health Care Satisfaction. *Euras J Fam Med*. 2021; 10(3): p. 125-134.
12. Unaldi N, Uzsén H, Tural E, Tuncer G, Erdeniz E. Determination of the healthcare satisfaction of the parents staying in the hospital with their children diagnosed COVID-19 towards family-centered care. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 2022; 39(2): p. 443 - 448.
13. Rodrigues S. Cuidado centrado na família e a satisfação materna em unidades de cuidado neonatal: uma relação direta? [Tesis]. Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Centro De Ciências Da Saúde; 2023.
14. Ferentzi H, Rippe R, Latour J, Schubert S, Girch A. Family-centered care at pediatric cardiac intensive care units in germany and the relationship with parent and infant well-being: a study protocol. *Frontiers in Pediatrics*. 2021; 9(1): p. 1 - 8.

15. Tesfa G, Tsige Y. Parental satisfaction and involvement concerning care of their hospitalized child. *Global Scientific Journals*. 2019; 7(3): p. 341 - 362.
16. Yang X, Sun K, Ling G. Social support, parental role competence and satisfaction among Chinese mothers and fathers in the early postpartum period: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2019; 25(1): p. 1 - 6.
17. Ramos J. Relación entre satisfacción familiar y estrés parental en madres de hijos hospitalizados en el servicio de Neonatología (UCI) del Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología; 2019.
18. Seclén A, Velásquez L,. Cuidado enfermero con participación materna al neonato prematuro. Unidad Cuidados Intermedios Neonatales de un Hospital EsSalud Chiclayo. [Tesis]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Facultad De Enfermería; 2021.
19. Torres H. Nivel de satisfacción de las madres sobre la atención brindada por el profesional de enfermería al recién nacido en el centro de salud, Ambo Huánuco. [Tesis]. Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2021.
20. Moreno S. Calidad de servicio y satisfacción de los padres en el área crítica de neonatología, hospital Eleazar Guzmán Barrón. [Tesis]. Universidad Cesar Vallejo, Escuela De Posgrado; 2020.
21. Huerta L. Comunicación terapéutica de la enfermera y su relación con el nivel de satisfacción de las madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología del hospital Hipólito Unanue Tacna. [Tesis]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería; 2019.
22. Craig J, Glick C, Phillips R, Hall S, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of perinatology*. 2015 December; 35(1): p. 55-58.
23. Griffin T. Family-centered care in the NICU. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2006 January; 20(1): p. 98-102.
24. Franck L, Kriz R, Bisgaard R, Cormier D, Joe P. Comparison of family centered care with family integrated care and mobile technology (mFICare) on preterm infant and family outcomes: a multi-site quasi-experimental clinical trial protocol. *BMC pediatrics*. 2019 December; 19(1): p. 469 - 475.
25. SmithBattle L, Loman D, Cibulka N. Family-Centered Primary Care for Teen Parents and Their Children. *Journal of pediatric health care*. 2020 May; 34(3): p. 204-211.
26. Schor E. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2003 September; 112(3): p. 691-697.
27. Antunes D, Diogo P. Perioperative Family Centered Care: Nursing Interventions that Support Child and Family's Emotional Management. *Revista portuguesa de cirurgia cardio-torácica e vascular*. 2017 July; 24(3): p. 196 - 207.
28. Miller J, Serwint J, Boss R. Clinician-family relationships may impact neonatal intensive care: clinicians' perspectives. *Journal of perinatology*. 2021 September; 41(9): p. 2208-2216.
29. McAndrew N, Mark L, Butler M. Timely Family Feedback to Guide Family Engagement in the Intensive Care Unit. *Critical care nurse*. 2020 December; 40(6): p. 42-51.

30. Gerlach A, Varcoe C. Orienting child- and family-centered care toward equity. *Journal of child health care*. 2021 September; 25(3): p. 457-467.
31. Backman C, Chartrand J, Dingwall O, Shea B. Effectiveness of person- and family-centered care transition interventions: a systematic review protocol. *Systematic reviews*. 2017 August; 6(1): p. 158 - 168.
32. Panek M, Mavrikis J, Kwinta P. What should be changed in Polish neonatal units in order to implement Family-Centered Care? *Developmental period medicine*. 2019; 23(2): p. 125-130.
33. Erazo A, Grajales Y, Guzmán K. Eficiencia de una ayuda audiovisual en el cuidado centrado a la familia en una unidad de cuidado intensivo neonatal. [Tesis]. Universidad Del Valle , Escuela De Enfermería; 2014.
34. González F, Muñoz E, Morant MB, Nieto C. Intervención temprana centrada en la familia del recién nacido ingresado en UCIN: Un abordaje interdisciplinar. *Revista de atención temprana*. 2004; 7(1): p. 6 – 21.
35. Dorantes X. Impacto de los cuidados centrados en la familia modificados por medios telemáticos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de la Mujer Puebla. [Tesis]. Benemérita Universidad Autónoma De Puebla , Facultad de medicina; 2022.
36. Balbino F, Balieiro M, Mandetta M. Evaluación de la percepción del cuidado centrado en la familia y del estrés parental en una unidad neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016; 24(1): p. 65 - 72.
37. Mayhua J. Cuidados centrados en la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería; 2019.
38. Hernández N, Rubio M, Lovera A. Estrategias para el cuidado del desarrollo neonatal y el cuidado neonatal centrado en la familia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2016; 34(1): p. 104 – 112.
39. Miguel C, Briones E, Prats S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enfermería integral*. 2012; 98(1): p. 36–40.
40. Myers L, Karp S, Dietrich M, Looman W, Lutenbacher M. Family-Centered Care: How Close Do We Get When Talking to Parents of Children Undergoing Diagnosis for Autism Spectrum Disorders? *Journal of autism and developmental disorders*. 2021 September; 51(9): p. 3073-3084.
41. Joyce C, Libertin R, Bigham M. Family-centered care in pediatric critical care transport. *Air medical journal*. 2015 January; 34(1): p. 32-36.
42. Maree C, Downes F. Trends in Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2016 July; 30(3): p. 265-269.
43. Meert K, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatric clinics of North America*. 2013 June; 60(3): p. 761-772.
44. Sigurdson K, Profit J, Dhurjati R, Morton C, Scala M. Former NICU Families Describe Gaps in Family-Centered Care. *Qualitative health research*. 2020 October; 30(12): p. 1861-1875.
45. Newton M. Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric nursing*. 2000 March; 26(2): p. 164-168.

46. Sivanandan S, Bethou A, Ramanujam S, Kumar C. Implementing Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit - A Quality Improvement Initiative. *Indian journal of pediatrics*. 2021 September; 88(9): p. 872-878.
47. Zajicek M, Lotrecchiano G, Long T, Farber J. Parental Perceptions of Family Centered Care in Medical Homes of Children with Neurodevelopmental Disabilities. *Maternal and child health journal*. 2015 August; 19(8): p. 1744-1755.
48. McKenna L, Shimoinaba K, Copnell B. Family-centered care and pediatric death in the emergency department: A qualitative study using framework analysis. *Journal of pediatric nursing*. 2022 May; 64(1): p. 18-23.
49. Butler A, Copnell B, Willetts G. Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 2014 August; 23(15-16): p. 2086-2099.
50. Discenza D. Neonatal Continuing Education That Powers Family-Centered Care Like Never Before. *Neonatal network*. 2021 January; 40(1): p. 46-49.
51. Browne J, Jaeger C, Kenner C. Executive summary: standards, competencies, and recommended best practices for infant- and family-centered developmental care in the intensive care unit. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2020 September; 40(1): p. 5-10.
52. Franck L, Bisgaard R, Cormier D, Hutchison J. Improving Family-Centered Care for Infants in Neonatal Intensive Care Units: Recommendations From Frontline Healthcare Professionals. *Advances in neonatal care*. 2022 February; 22(1): p. 79-86.
53. Malusky S. A concept analysis of family-centered care in the NICU. *Neonatal network*. 2005 November; 24(6): p. 25-32.
54. Branger B, Rouger V, Beucher A, Boudierlique C, Blayo S. Parent satisfaction with the Loire Infant Follow-up Team (LIFT) premature and at-risk infant network in the Pays-de-la-Loire area. *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*. 2010 October; 17(10): p. 1406-1415.
55. Holditch D, White R, Levy J, Williams K, Ryan D, Vonderheid S. Maternal satisfaction with administering infant interventions in the neonatal intensive care unit. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*. 2013 November; 42(6): p. 641-654.
56. Kruszecka A, Cepuch G, Gniadek A, Smoleń E. Selected predictors of parental satisfaction with child nursing care in paediatric wards in Poland-Cross-sectional study. *PloS one*. 2021; 16(11): p. 260 - 269.
57. Williams L, l'Anson J, Malarkey M, Purcell A. Information sharing in neonatal intensive care: Parental perceptions and preferences. *Journal of paediatrics and child health*. 2020 July; 56(7): p. 1121-1125.
58. Fitzpatrick N, Breen D, Taylor J, Paul E, Grosvenor R. Parental satisfaction with paediatric care, triage and waiting times. *Emergency medicine Australasia*. 2014 April; 26(2): p. 177-182.
59. Nieves H, Clements A, Davies C. Effect of a Parent Empowerment Program on Parental Stress, Satisfaction, and Length of Stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2021 January; 35(1): p. 92-99.
60. Segers E, Ockhuijsen H, Baarendse P. The impact of family centred care interventions in a neonatal or paediatric intensive care unit on parents' satisfaction and length of

- stay: A systematic review. *Intensive & critical care nursing*. 2019 February; 50(1): p. 63-70.
61. Navarro L. Nivel de satisfacción de madres de recién nacidos internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. [Tesis]. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
 62. Zepeda K. Nivel de satisfacción materna-paterna en relación a los cuidados de enfermería al recién nacido de riesgo en una unidad de cuidados intensivos neonatales. [Tesis]. Universidad De Oviedo , Centro Internacional De Post Grado; 2021.
 63. Ururi K. Algunas características asociadas a la satisfacción de las madres de los recién nacidos usuarios del consultorio externo de Neonatología del Hospital III Yanahuara. *Revista Enfermería la Vanguardia*. 2018; 6(1): p. 2-9.
 64. Cogul E, Pozón L, García M, Soler D, Guillermo J, Ribera R. Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. In *Anales de Pediatría*; 2012: Elsevier. p. 12-21.
 65. Lopez E. Calidad de atención y humanización del personal de enfermería y su relación con la satisfacción de los padres de los neonatos internados en el servicio de neonatología del Hospital Regional Cusco. [Tesis]. Universidad César Vallejo, Escuela de Post Grado; 2016.
 66. Casais CA. Nivel de satisfacción de madres de bebés recién nacidos internados en una unidad de cuidados intensivos neonatales pública de Granadero Baigorria (Provincia de Santa Fe) en 2012-2013. [Tesis]. Universidad Nacional de Rosario , Centro de Estudios Interdisciplinarios; 2016.
 67. Ramírez J. Estudio de satisfacción de los padres en una Unidad de Neonatología. [Tesis]. Universidad De Cantabria, Facultad De Medicina; 2016.
 68. Piris S, Muñoz B, Delacruz J, Sierra P. Clinical rounds with parental involvement in a neonatal unit. *Early human development*. 2018 May; 120(1): p. 21-25.
 69. Smith V, Mao W, McCormick M. Changes in Assessment of and Satisfaction With Discharge Preparation From the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in neonatal care*. 2021 October; 21(5): p. 144-151.
 70. Epstein D, Unger J, Ornelas B, Chang J, Markovitz B. Satisfaction with care and decision making among parents/caregivers in the pediatric intensive care unit: a comparison between English-speaking whites and Latinos. *Journal of critical care*. 2015 April; 30(2): p. 236-241.
 71. Gulo B, Miglierina L, Tognon F, Panunzi S. Parents' Experience and Satisfaction in Neonatal Intensive Care Units in Ethiopia: A Multicenter Cross-Sectional Study Using an Adapted Version of EMPATHIC-N. *Frontiers in pediatrics*. 2021; 9(1): p. 863 - 872.
 72. Martin A, D'Agostino J, Passarella M, Lorch S. Racial differences in parental satisfaction with neonatal intensive care unit nursing care. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2016 November; 36(11): p. 1001-1007.
 73. Sakonidou S, Andrzejewska I, Webbe J, Modi N. Interventions to improve quantitative measures of parent satisfaction in neonatal care: a systematic review. *BMJ paediatrics open*. 2020; 4(1): p. 613 - 621.

74. Dall'Oglio I, Fiori M, Tiozzo E, Mascolo R. Neonatal intensive care parent satisfaction: a multicenter study translating and validating the Italian EMPATHIC-N questionnaire. *Italian journal of pediatrics*. 2018 January; 44(1): p. 5 - 15.
75. Jannes C, Miedaner F, Langhammer K, Enke C. Increased parental satisfaction by unrestricted visiting hours and developmentally supportive care in NICUs - results of a German multicenter study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*. 2020 June; 33(11): p. 1874-1880.
76. Cintra C, Garcia P, Brandi S, Crestani F. Parents' satisfaction with care in pediatric intensive care units. *Revista gaucha de enfermagem*. 2022; 43(1): p. 103 - 117.
77. Fernández A, Vílchez M. Parental beliefs on medication and satisfaction with child healthcare. *Gaceta medica de Mexico*. 2015 May; 151(3): p. 338-344.
78. Kadivar M, Seyedfatemi N, Akbari N, Haghani H. The effect of narrative writing of mothers on their satisfaction with care in the neonatal intensive care unit. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 2017 February; 30(3): p. 352-356.
79. Löflath V, Hau E, Garcia D, Berger S, Löllgen R. Parental satisfaction with waiting time in a Swiss tertiary paediatric emergency department. *Emergency medicine journal*. 2021 August; 38(8): p. 617-623.
80. Tlacuilo A, Vizcarra M, Morgan Z, Hernández A. Parental satisfaction with health care during child hospitalization at a social security facility in Mexico. *Boletin medico del Hospital Infantil de Mexico*. 2021; 78(6): p. 549-556.
81. Wool C, Kain V, Mendes J, Carter B. Quality predictors of parental satisfaction after birth of infants with life-limiting conditions. *Acta paediatrica*. 2018 February; 107(2): p. 276-282.
82. Schuler R, Ehrhardt H, Mihatsch W. Safety and Parental Satisfaction With Early Discharge of Preterm Infants on Nasogastric Tube Feeding and Outpatient Clinic Follow-Up. *Frontiers in pediatrics*. 2020; 8(1): p. 505 - 514.
83. Hagen I, Iversen V, Nessel E, Orner R, Svindseth M. Parental satisfaction with neonatal intensive care units: a quantitative cross-sectional study. *BMC health services research*. 2019 January; 19(1): p. 37 - 45.
84. Kruszecka A, Smoleń E, Cepuch G, Piskorz K. Determinants of Parental Satisfaction with Nursing Care in Paediatric Wards-A Preliminary Report. *International journal of environmental research and public health*. 2019 May; 16(10): p. 78 - 84.
85. Matziou V, Boutopoulou B, Chrysostomou A, Vlachioti E. Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. *Japan journal of nursing science*. 2011 December; 8(2): p. 163-173.
86. Nguyen A, Nguyen N, Phan P, Van P, Fink G. Parental satisfaction with quality of neonatal care in different level hospitals: evidence from Vietnam. *BMC health services research*. 2020 March; 20(1): p. 238 - 243.
87. Pruzan P. *Research Methodology The Aims, Practices and Ethics of Science*. 1st ed. Switzerland : Springer International ; 2016.
88. Brink H, Vander C, Vanrensburg G., *Fundamentals of Research Methodology for Healthcare Professionals*. 4th ed. California: Juta and Company; 2018.

89. Novikov A, Novikov D., *Research Methodology From Philosophy of Science to Research Design*. 1st ed. New York: Taylor & Francis Group; 2013.
90. Thomas G. *Research Methodology and Scientific Writing*. 2nd ed. Switzerland: Springer; 2021.
91. Arslan F, Geckil E, Aldem M. The family-centered care assessment scale: Development and psychometric evaluation in a Turkish sample. *Journal of Pediatric Nursing*. 2019; 65(1): p. 1 - 7.
92. Larson P, Ferketich S, Wleczorek R, Molzahn A. Patients satisfaction with nurses caring during hospitalization. *Western journal of nursing research*. 1993; 15(6): p. 690 – 707.
93. Öztuna D, Elhan A, Tüccar E. Investigation of Four Different Normality Tests in Terms of Type 1 Error Rate and Power under Different Distributions. *Turk J Med Sci*. 2006; 36(3): p. 171-176.
94. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2016; 6(3): p. 105-114.
95. Flores P, Muñoz L, Sánchez T. Estudio de potencia de pruebas de normalidad usando distribuciones desconocidas con distintos niveles de no normalidad. *Perfiles*. 2019; 21(1): p. 4 - 11.
96. Friendly M, Denis D., The early origins and development of the scatterplot. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 2005; 41(2).
97. Mohammed S. *Inferential Statistics – The Basics For Biostatistics Volume II*. 1st ed.: Bookboon; 2018.
98. Dawson B TR. *Bioestadística médica*. 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
99. Franck L, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*. 2019; 21(4): p. 1 – 16.
100. Carter B, Willis T, Knackstedt A. Neonatal family-centered care in a pandemic. *Journal of Perinatology*. 2021; 41(1): p. 1177 – 1179.
101. Seniwati T, Wanda D, Nurhaeni N. Effects of Patient and Family-Centered Care on Quality of Care in Pediatric Patients: A Systematic Review. *Nurse Media Journal of Nursing*. 2023; 13(1): p. 68 - 84.
102. Uema R, Rodrigues B, Rissi G. Family-centered care in neonatology: health workers' and families' perceptions. *Family-Centered Care in Neonatology*. 2020; 21(1): p. 1 - 7.
103. Hagen I, Iversen V, Nessel E, Orner R, Svindseth M. Parental satisfaction with neonatal intensive care units: a quantitative cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(1): p. 1 - 12.
104. Lake E, Smith J, Staiger D, Hatfield L, Cramer E. Parent satisfaction with care and treatment relates to missed nursing care in neonatal intensive care units. *Frontiers in Pediatrics*. 2020; 18(1): p. 1 - 9.
105. Taneja R, Batra P, Sadiza J. Maternal satisfaction with services provided in the neonatal step-down ward in a public sector hospital in north India. *Journal of Clinical Neonatology*. 2020; 9(1): p. 132 - 137.

106. Adal Z, Atomsa G, Tulu G. Parental satisfaction with neonatal intensive care unit services and associated factors in jimma University Medical Center, Ethiopia. *Research and Reports in Neonatology*. 2022; 24(1): p. 1 - 11.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
3. OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS
4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
5. TABLAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
6. DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DEL HOSPITAL “EL CARMEN”
7. CONSENTIMIENTO INFORMADO
8. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD
9. VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTOS
10. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO
11. COMPROMISO DE AUTORÍA
12. BASE DE DATOS

ANEXO 1:
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL “EL CARMEN”-

AUTORA: Davila Flores, Noelia Estefany
Tito Lisonde, Lino

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la apertura y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la asistencia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre la atención centrada en la familia en referencia al respeto y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la apertura y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022</p> <p>2. Establecer la relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la asistencia y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022</p> <p>3. Establecer la relación entre la atención centrada en la familia en referencia al respeto y la satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La relación entre la atención centrada en la familia y la satisfacción parental es que: a mejor atención centrada en la familia, mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la apertura y la satisfacción parental es que: a mejor atención centrada en la familia en referencia a la apertura, mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022</p> <p>2. La relación entre la atención centrada en la familia en referencia a la asistencia y la satisfacción parental es que: a mejor atención centrada en la familia en referencia a la asistencia, mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022</p> <p>3. La relación entre la atención centrada en la familia en referencia al respeto y la satisfacción parental es que: a mejor atención centrada en la familia en referencia al respeto, mayor satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el hospital “El Carmen” de Huancayo en el 2022</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación desarrollada se enmarca como una investigación básica</p> <p>Asimismo, se tipifica como cuantitativa</p> <p>También, se indica que la investigación es observacional</p> <p>La investigación también se tipifica como transversal</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación realizada es de nivel correlacional, en virtud a que se tienen dos variables y se quiere saber si existe asociación entre ellas. Se asume el supuesto que el vínculo entre las variables es de tipo causal y no casual.</p>	<p>VARIABLE 1:</p> <p>Atención centrada en la familia</p> <p>VARIABLE 2:</p> <p>Satisfacción parental con el cuidado neonatológico</p> <p>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad de la madre - Estado civil de la madre - Ocupación de la madre - Nivel educativo de la madre - Número de hijos de la madre - Procedencia de la madre 	<p>POBLACIÓN</p> <p>El estudio se enfocó sobre una población de 280 madres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología (promedio mensual de usuarios) del “Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen” de Huancayo en el 2022</p> <p>MUESTRA</p> <p>Dada la elevada probabilidad de perder elementos muestrales, se adicionó 3 elementos; en consecuencia, se tiene un tamaño muestral de 165 madres</p> <p>TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS</p> <p>Para evaluar la atención centrada en la familia</p> <p>Se recurrió a la técnica de la encuesta, y el instrumento fue el cuestionario estructurado llamado “CUESTIONARIO DE CUIDADO CENTRADO EN LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA NEONATOLÓGICA”</p> <p>Para evaluar la satisfacción parental con el cuidado neonatológico</p> <p>Se recurrió a la técnica de la encuesta, y el instrumento fue el cuestionario estructurado llamado “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO”</p>

ANEXO 2:
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	Es permitir la participación de la madre y otros familiares en la atención del neonato, dentro de las instalaciones hospitalarias; al asumir a estas intervenciones como valiosas debido a que sólo la madre y la familia puede ofrecer un cuidado humano y afectuoso al neonato para favorecer su recuperación y desarrollo	APERTURA	Permitir que participe la madre de la atención de su hijo que se encuentra hospitalizado	Participe de las decisiones	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Solicitan su consentimiento		
				Informan resultados de intervenciones		
				Informan evolución		
				Sugieren acciones		
				Prevalece su opinión y decisión		
				Participe de higiene		
				Participe de alimentación		
				Presente en evaluación médica		
				Participe de procesos terapéuticos		
				Mayor contacto posible con su hijo		
				Indica materiales y medicamentos		
				Explica procedimientos realizados		
		Explica sobre los fármacos				
		Explica sobre la enfermedad				
		ASISTENCIA	Ayudar a la madre para que pueda atender a su hijo que se encuentra hospitalizado	Facilita acceso a instalaciones		
				Da consejería para el cuidado		
				Apoya a la familia		
				Da mensajes afectuosos		
				Procura comodidad		
				Facilita equipos de protección		
				Da información sobre horarios		
				Da información sobre lugares		
Indica sobre trámites						
Explica sobre condición de salud						
RESPETO		Invita a expresar preocupaciones				
		Da ánimos para afrontar				
		Se interesa por su salud				
		Inspira confianza				
		Ayuda con trámites				
		Trata con amabilidad y cortesía				

			Es considerar a la madre como una ciudadana objeto de derechos y atribuirles valor a sus aptitudes y forma de vida	Le da la debida importancia		
				Se interesa por la salud de su hijo		
				Le comunica de manera clara		
				Es tolerante con usted		
				Cumple con los acuerdos		
				Dispuesta a escuchar		
				Toma el tiempo necesario		
				Evita discriminación		
				Evita hacer sentir culpable		
				Evita ser hiriente u ofensiva		
				Respeto costumbres		
				Respeto privacidad		
				Identifica por nombre o apellidos		
				Muestra respeto a la familia		

VARIABLE 2: SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	Es el beneplácito de la madre con los cuidados de enfermería que recibe su hijo en el servicio de neonatología	DILIGENCIA	Son las actividades realizadas en favor de la salud del neonato realizadas de forma oportuna y eficiente	Atiende con rapidez a su hijo	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Disposición para la atención		
				Actúa de forma rápida		
				Verifica el estado de salud		
				Responde a requerimientos		
		Anima a ser consultada				
		ORIENTACIÓN	Son las actividades que mejoran la comprensión de la dinámica hospitalaria y aportan discernimiento del estado de salud del neonato	Orienta y explica de manera clara		
				Exige atención óptima de otros		
				Da información sobre la evolución		
				Explica con palabras fáciles		
				Sugiere preguntas para el médico		
		CONFORTAMIENTO	Son las actividades que dan confort físico y emocional al neonato y a su madre	Responde a sus dudas		
				Procura medidas de confort		
				Infunde ánimos destacando lo positivo		
				Es amable aún en situaciones difíciles		
				Es alegre y optimista		
				Compañía un momento		
				Transmite ánimos positivos		
				Hace sentir confianza		
		Asegura la privacidad				
PREVISIÓN	Son las acciones planificadas para atender de manera oportuna al neonato	Es amable con familiares				
		Equipos y materiales preparados				
		Coordina exámenes y procedimientos				
		Realiza trámites pertinentes				
PREDILECCIÓN	Son las actividades que hacen que la madre sienta que merece una atención preferencial y distinguida	Prevé disponibilidad de historia clínica				
		Prevé atención rápida en oficinas				
		Se concentra en la atención				
		Muestra interés				
				Mantiene informada		

				Procura comodidad		
				Inspira confianza.		
				Pide su consentimiento		
				Escucha atentamente		
				Interés por solucionar el problema		
				Anima para expresar dudas		
				Coloca a su hijo en primer lugar		
				Agradable y amistosa		
				Permite expresar sus sentimientos		
				Pregunta preferencias en el trato		
				Tiene proximidad amistosa		
				Brinda trato digno		
				Explica los procedimientos		
		MONITORIZACIÓN	Son las actividades de vigilancia permanentes y específicas sobre el estado de salud del neonato	Usa uniforme y distintivos		
				Vigila estado de salud		
				Tiene todo organizado		
				Conoce el manejo de equipos		
				Rápida y efectiva con el tratamiento		
				Coordina toma de análisis		
				Asegura de que otros den cuidado		
				Coordina trasferencia		

ANEXO 3:
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE CUIDADO CENTRADO EN LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA NEONATOLÓGICA

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
Atención centrada en la familia	APERTURA	Participe de las decisiones	1. La enfermera(o) la hace participe de las decisiones tomadas sobre la atención de su hijo.	Nunca = 0 A veces = 1 De forma regular = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4
		Solicitan su consentimiento	2. La enfermera(o) solicita su consentimiento para efectuar cualquier intervención en su hijo (colocación de catéter, prueba, examen, etc.).	
		Informan resultados de intervenciones	3. La enfermera(o) le informa sobre los resultados de las intervenciones médicas a realizadas a su hijo	
		Informan evolución	4. La enfermera(o) le informa sobre la evolución de la condición de salud de su hijo	
		Sugieren acciones	5. La enfermera(o) le sugiere las acciones que debería de realizar para contribuir a la salud de su hijo	
		Prevalece su opinión y decisión	6. La enfermera(o) hace prevalecer su opinión y decisión en todas las intervenciones que será sometido su hijo	
		Participe de higiene	7. La enfermera(o) la hace participe de las actividades de higiene realizadas a su hijo	
		Participe de alimentación	8. La enfermera(o) la hace participe de las actividades de alimentación de su hijo	
		Presente en evaluación médica	9. La enfermera(o) la hace participe al momento de la evaluación médica de su hijo	
		Participe de procesos terapéuticos	10. La enfermera(o) la hace participe de los procesos terapéuticos aplicados a su hijo	
		Mayor contacto posible con su hijo	11. La enfermera(o) procura que tenga el mayor contacto posible con su hijo	
		Indica materiales y medicamentos	12. La enfermera(o) le indica los materiales y medicamentos que debe de traer para brindar una adecuada asistencia a su hijo	
		Explica procedimientos realizados	13. La enfermera(o) le explica la forma en que los procedimientos realizados favorecerá la salud de su hijo	
		Explica sobre los fármacos	14. La enfermera(o) le explica la forma en que los fármacos ayudarán a la salud de su hijo	
		Explica sobre la enfermedad	15. La enfermera(o) le explica en que consiste la enfermedad que tiene su hijo y la forma en que se dará su recuperación	
	ASISTENCIA	Facilita acceso a instalaciones	16. La enfermera(o) le facilita, el acceso a las instalaciones hospitalarias	
		Da consejería para el cuidado	17. La enfermera(o) le da consejería para el cuidado de su hijo	
		Apoya a la familia	18. La enfermera(o) apoya a otros miembros de la familia para que puedan visitar a su hijo	
		Da mensajes afectuosos	19. La enfermera(o) le da mensajes afectuosos y tranquilizadores cuando se siente triste o preocupada	
		Procura comodidad	20. La enfermera(o) procura que esté cómoda al momento de acompañar a su hijo	
		Facilita equipos de protección	21. La enfermera(o) le facilita los equipos de protección obligatorios para ingresar a determinadas salas hospitalarias	
		Da información sobre horarios	22. La enfermera(o) le da información exacta sobre el horario y lugar en el que podrá dialogar con el médico tratante	
		Da información sobre lugares	23. La enfermera(o) le da información exacta sobre el lugar en el que podrá adquirir determinados materiales o medicamentos para su hijo	
		Indica sobre trámites	24. La enfermera(o) le indica la forma en que realizará los diversos trámites administrativos en el hospital	
		Explica sobre condición de salud	25. La enfermera(o) le explica, a otros miembros de la familia sobre la condición de salud de su hijo	
		Invita a expresar preocupaciones	26. La enfermera(o) le invita a expresar todas sus preocupaciones	
		Da ánimos para afrontar	27. La enfermera(o) le da ánimos para que pueda seguir afrontando la situación por la que está pasando con su hijo	
		Se interesa por su salud	28. La enfermera(o) se interesa por su salud y bienestar	
		Inspira confianza	29. La enfermera(o) le inspira confianza cuando le explica sobre el estado de salud de su hijo	
		Ayuda con trámites	30. La enfermera(o) le ayuda de forma personal con algunos trámites y gestiones en el hospital	
	RESPECTO	Trata con amabilidad y cortesía	31. La enfermera(o) la trata con amabilidad y cortesía	
		Le da la debida importancia	32. Percibe que la enfermera(o) le da la debida importancia	
		Se interesa por la salud de su hijo	33. Percibe que la enfermera(o) se interesa por la salud de su hijo	
		Le comunica de manera clara	34. La enfermera(o) le comunica de manera clara todo lo referente a la salud de su hijo, sin que se lo pida	
		Es tolerante con usted	35. La enfermera(o) es tolerante con usted, cuando: no comprende, incumple en algo, o se retrasa.	
		Cumple con los acuerdos	36. La enfermera(o) cumple con los acuerdos hechos con su persona; referentes a: horarios, plazos establecidos, etc.	

	Dispuesta a escuchar	37. Percibe que la enfermera(o) está dispuesta a escuchar sus requerimientos	
	Toma el tiempo necesario	38. La enfermera(o) se toma el tiempo necesario para atender tus dudas y demandas	
	Evita discriminación	39. La enfermera(o) evita cualquier: gesto, actitud o conducta discriminatoria hacia tu persona	
	Evita hacer sentir culpable	40. La enfermera(o) evita hacerte sentir culpable por el estado de salud de tu hijo	
	Evita ser hiriente u ofensiva	41. La enfermera(o) evita emplear términos o frases hirientes u ofensivas	
	Respeto costumbres	42. La enfermera(o) respeta sus costumbres y tradiciones	
	Respeto privacidad	43. La enfermera(o) respeta la privacidad de su hijo	
	Identifica por nombre o apellidos	44. La enfermera(o) identifica a su hijo por su nombre o por sus apellidos	
	Muestra respeto a la familia	45. La enfermera(o) muestra respeto a los miembros de la familia	

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
Satisfacción parental con el cuidado neonatológico	Diligencia	Atiende con rapidez a su hijo	1. La enfermera(o) atiende con rapidez a su hijo	Nunca = 0 A veces = 1 De forma regular = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4
		Disposición para la atención	2. La enfermera(o) está a disposición para atender cualquier necesidad de su hijo	
		Actúa de forma rápida	3. La enfermera(o) realiza los procedimientos para atender a su hijo de forma rápida	
		Verifica el estado de salud	4. La enfermera(o) verifica el estado de salud de su hijo frecuentemente	
		Responde a requerimientos	5. La enfermera(o) responde rápidamente a sus requerimientos	
		Anima a ser consultada	6. La enfermera(o) la anima a que le consulte cualquier dificultad	
	Orientación	Orienta y explica de manera clara	7. La enfermera(o) te orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención	
		Exige atención óptima de otros	8. La enfermera(o) se empeña en que el médico y otros profesionales de salud, brinden una óptima atención a su hijo	
		Da información sobre la evolución	9. La enfermera(o) le da información clara y precisa sobre la evolución del estado de salud de su hijo	
		Explica con palabras fáciles	10. La enfermera(o) le explica a Ud. y a otros familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán a su hijo	
		Sugiere preguntas para el médico	11. La enfermera(o) le sugiere las preguntas que puede formularle al médico	
		Responde a sus dudas	12. La enfermera(o) le brinda el tiempo necesario para responder a sus dudas sobre el problema de salud de su hijo	
	Confortamiento	Procura medidas de confort	13. La enfermera(o) procura medidas de confort a su hijo, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sábanas adecuadas	
		Infunde ánimos destacando lo positivo	14. La enfermera(o) le infunde ánimos destacando algún elemento positivo	
		Es amable aún en situaciones difíciles	15. La enfermera(o) es amable con usted aún en las situaciones difíciles	
		Es alegre y optimista	16. La enfermera(o) es alegre y optimista	
		Compañía un momento	17. La enfermera(o) la compañía un momento	
		Transmite ánimos positivos	18. La enfermera(o) le transmite ánimos positivos	
		Hace sentir confianza	19. La enfermera(o) le hace sentir que su hijo está en buenas manos	
		Asegura la privacidad	20. La enfermera(o) asegura el respeto a la privacidad durante la atención de su hijo	
		Es amable con familiares	21. La enfermera(o) es amable con los familiares del neonato	
	Previsión	Equipos y materiales preparados	22. La enfermera(o) tiene todos los equipos y materiales preparados para atender a su hijo	
		Coordina exámenes y procedimientos	23. La enfermera(o) coordina la realización de exámenes y procedimientos especiales de forma rápida y efectiva	
		Realiza trámites pertinentes	24. La enfermera(o) realiza los trámites documentarios pertinentes garantizando la atención oportuna de su hijo	
		Prevé disponibilidad de historia clínica	25. La enfermera(o) prevé que la historia clínica del hijo se encuentre disponible para la atención	
		Prevé atención rápida en oficinas	26. La enfermera(o) prevé que la atención en caja o en otras oficinas sea rápida	
	Predilección	Se concentra en la atención	27. La enfermera(o) se concentra en la atención de su hijo, a pesar de haber otros pacientes	
		Muestra interés	28. La enfermera(o) muestra interés por la atención de su hijo	
		Mantiene informada	29. La enfermera(o) le mantiene informada	
		Procura comodidad	30. La enfermera(o) procura que usted esté cómoda	
		Inspira confianza.	31. La enfermera(o) le inspira confianza.	
		Pide su consentimiento	32. La enfermera(o) pide su consentimiento antes de iniciar cualquier intervención en su hijo	
		Escucha atentamente	33. La enfermera(o) le escucha atentamente y la trata con amabilidad, respeto y paciencia	

		Interés por solucionar el problema	34. La enfermera(o) muestra interés por solucionar el problema de salud de su hijo	
		Anima para expresar dudas	35. La enfermera(o) la anima para expresar sus dudas y temores	
		Coloca a su hijo en primer lugar	36. La enfermera(o) coloca a su hijo en primer lugar, sin importar lo que pase	
		Agradable y amistosa	37. La enfermera(o) es agradable y amistosa con usted y otros familiares.	
		Permite expresar sus sentimientos	38. La enfermera(o) le permite expresar sus sentimientos acerca del problema de salud de su hijo	
		Pregunta preferencias en el trato	39. La enfermera(o) le pregunta como prefiere que la llamen	
		Tiene proximidad amistosa	40. La enfermera(o) tiene una proximidad amistosa con usted	
		Brinda trato digno	41. La enfermera(o) brinda un trato digno a su hijo	
		Explica los procedimientos	42. La enfermera(o) le explica los procedimientos que le realizarán a su hijo	
		Usa uniforme y distintivos	43. La enfermera(o) usa su uniforme y distintivos profesionales	
	Monitorización	Vigila estado de salud	44. La enfermera(o) vigila de forma permanente el estado de salud de su hijo	
		Tiene todo organizado	45. La enfermera(o) lo tiene todo organizado	
		Conoce el manejo de equipos	46. La enfermera(o) conoce el manejo de los equipos que hay en el servicio	
		Rápida y efectiva con el tratamiento	47. La enfermera(o) es rápida y efectiva al administrar el tratamiento indicado por el médico para su hijo	
		Coordina toma de análisis	48. La enfermera(o) coordina de forma efectiva la toma de análisis de laboratorio, placas radiográficas y otros exámenes	
		Asegura de que otros den cuidado	49. La enfermera(o) se asegura de que otros sepan cómo cuidar a su hijo	
		Coordina transferencia	50. La enfermera(o) coordina de forma efectiva la transferencia de su hijo a otros servicios	

ANEXO 4:
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO _____

INFORMACIÓN GENERAL

- Edad de la madre _____
- Estado civil de la madre _____
- Ocupación de la madre _____
- Nivel educativo de la madre _____
- Número de hijos de la madre _____
- Procedencia de la madre _____

CUESTIONARIO DE CUIDADO CENTRADO EN LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA NEONATOLÓGICA

Basado en “The family-centered care assessment scale”

Elaborado por: Arslan F, Geckil E, Aldem M, en el 2019 (91)

INSTRUCCIONES; a continuación, se presenta una relación de afirmaciones sobre la forma en que participó del cuidado de su hijo en el hospital; marque la opción que más se aproxima a su experiencia personal, según la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	De forma regular	Casi siempre	Siempre

Marque con toda sinceridad; no existen respuestas correctas o incorrectas, la encuesta es anónima.

APERTURA					
1. La enfermera(o) la hace participe de las decisiones tomadas sobre la atención de su hijo.	0	1	2	3	4
2. La enfermera(o) solicita su consentimiento para efectuar cualquier intervención en su hijo (colocación de catéter, prueba, examen, etc.).	0	1	2	3	4
3. La enfermera(o) le informa sobre los resultados de las intervenciones médicas a realizadas a su hijo	0	1	2	3	4
4. La enfermera(o) le informa sobre la evolución de la condición de salud de su hijo	0	1	2	3	4
5. La enfermera(o) le sugiere las acciones que debería de realizar para contribuir a la salud de su hijo	0	1	2	3	4
6. La enfermera(o) hace prevalecer su opinión y decisión en todas las intervenciones que será sometido su hijo	0	1	2	3	4
7. La enfermera(o) la hace participe de las actividades de higiene realizadas a su hijo	0	1	2	3	4
8. La enfermera(o) la hace participe de las actividades de alimentación de su hijo	0	1	2	3	4
9. La enfermera(o) la hace participe al momento de la evaluación médica de su hijo	0	1	2	3	4
10. La enfermera(o) la hace participe de los procesos terapéuticos aplicados a su hijo	0	1	2	3	4
11. La enfermera(o) procura que tenga el mayor contacto posible con su hijo	0	1	2	3	4
12. La enfermera(o) le indica los materiales y medicamentos que debe de traer para brindar una adecuada asistencia a su hijo	0	1	2	3	4
13. La enfermera(o) le explica la forma en que los procedimientos realizados favorecerá la salud de su hijo	0	1	2	3	4

14. La enfermera(o) le explica la forma en que los fármacos ayudarán a la salud de su hijo	0	1	2	3	4
15. La enfermera(o) le explica en que consiste la enfermedad que tiene su hijo y la forma en que se dará su recuperación	0	1	2	3	4
ASISTENCIA					
16. La enfermera(o) le facilita, el acceso a las instalaciones hospitalarias	0	1	2	3	4
17. La enfermera(o) le da consejería para el cuidado de su hijo	0	1	2	3	4
18. La enfermera(o) apoya a otros miembros de la familia para que puedan visitar a su hijo	0	1	2	3	4
19. La enfermera(o) le da mensajes afectuosos y tranquilizadores cuando se siente triste o preocupada	0	1	2	3	4
20. La enfermera(o) procura que esté cómoda al momento de acompañar a su hijo	0	1	2	3	4
21. La enfermera(o) le facilita los equipos de protección obligatorios para ingresar a determinadas salas hospitalarias	0	1	2	3	4
22. La enfermera(o) le da información exacta sobre el horario y lugar en el que podrá dialogar con el médico tratante	0	1	2	3	4
23. La enfermera(o) le da información exacta sobre el lugar en el que podrá adquirir determinados materiales o medicamentos para su hijo	0	1	2	3	4
24. La enfermera(o) le indica la forma en que realizará los diversos trámites administrativos en el hospital	0	1	2	3	4
25. La enfermera(o) le explica, a otros miembros de la familia sobre la condición de salud de su hijo	0	1	2	3	4
26. La enfermera(o) le invita a expresar todas sus preocupaciones	0	1	2	3	4
27. La enfermera(o) le da ánimos para que pueda seguir afrontando la situación por la que está pasando con su hijo	0	1	2	3	4
28. La enfermera(o) se interesa por su salud y bienestar	0	1	2	3	4
29. La enfermera(o) le inspira confianza cuando le explica sobre el estado de salud de su hijo	0	1	2	3	4
30. La enfermera(o) le ayuda de forma personal con algunos trámites y gestiones en el hospital	0	1	2	3	4
RESPECTO					
31. La enfermera(o) la trata con amabilidad y cortesía	0	1	2	3	4
32. Percibe que la enfermera(o) le da la debida importancia	0	1	2	3	4
33. Percibe que la enfermera(o) se interesa por la salud de su hijo	0	1	2	3	4

34. La enfermera(o) le comunica de manera clara todo lo referente a la salud de su hijo, sin que se lo pida	0	1	2	3	4
35. La enfermera(o) es tolerante con usted, cuando: no comprende, incumple en algo, o se retrasa.	0	1	2	3	4
36. La enfermera(o) cumple con los acuerdos hechos con su persona; referentes a: horarios, plazos establecidos, etc.	0	1	2	3	4
37. Percibe que la enfermera(o) está dispuesta a escuchar sus requerimientos	0	1	2	3	4
38. La enfermera(o) se toma el tiempo necesario para atender tus dudas y demandas	0	1	2	3	4
39. La enfermera(o) evita cualquier: gesto, actitud o conducta discriminatoria hacia tu persona	0	1	2	3	4
40. La enfermera(o) evita hacerte sentir culpable por el estado de salud de tu hijo	0	1	2	3	4
41. La enfermera(o) evita emplear términos o frases hirientes u ofensivas	0	1	2	3	4
42. La enfermera(o) respeta sus costumbres y tradiciones	0	1	2	3	4
43. La enfermera(o) respeta la privacidad de su hijo	0	1	2	3	4
44. La enfermera(o) identifica a su hijo por su nombre o por sus apellidos	0	1	2	3	4
45. La enfermera(o) muestra respeto a los miembros de la familia	0	1	2	3	4

.....Gracias

BAREMOS

De 0 a 36	Muy bajo cuidado centrado en la familia
De 36.1 a 72	Bajo cuidado centrado en la familia
De 72.1 a 108	Mediano cuidado centrado en la familia
De 108.1 a 144	Alto cuidado centrado en la familia
De 144.1 a 180	Muy alto cuidado centrado en la familia

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO

Basado en el “Patients Satisfaction with Nurses Caring during Hospitalization CARE Q”

Elaborado por: Larson P, Ferketich S, Wleczorek R, Molzahn A, en 1993 (92)

INSTRUCCIONES; a continuación, se presenta una relación de afirmaciones sobre la forma en que es atendido su neonato en el hospital por el personal de enfermería; marque la opción que más se aproxima a su experiencia personal, según la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	De forma regular	Casi siempre	Siempre

Marque con toda sinceridad; no existen respuestas correctas o incorrectas, la encuesta es anónima.

DILIGENCIA					
1. La enfermera(o) atiende con rapidez a su hijo	0	1	2	3	4
2. La enfermera(o) está a disposición para atender cualquier necesidad de su hijo	0	1	2	3	4
3. La enfermera(o) realiza los procedimientos para atender a su hijo de forma rápida	0	1	2	3	4
4. La enfermera(o) verifica el estado de salud de su hijo frecuentemente	0	1	2	3	4
5. La enfermera(o) responde rápidamente a sus requerimientos	0	1	2	3	4
6. La enfermera(o) la anima a que le consulte cualquier dificultad	0	1	2	3	4
ORIENTACIÓN					
7. La enfermera(o) te orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención	0	1	2	3	4
8. La enfermera(o) se empeña en que el médico y otros profesionales de salud, brinden una óptima atención a su hijo	0	1	2	3	4
9. La enfermera(o) le da información clara y precisa sobre la evolución del estado de salud de su hijo	0	1	2	3	4
10. La enfermera(o) le explica a Ud. y a otros familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaran a su hijo	0	1	2	3	4
11. La enfermera(o) le sugiere las preguntas que puede formularle al médico	0	1	2	3	4
12. La enfermera(o) le brinda el tiempo necesario para responder a sus dudas sobre el problema de salud de su hijo	0	1	2	3	4
CONFORTAMIENTO					
13. La enfermera(o) procura medidas de confort a su hijo, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sábanas adecuadas	0	1	2	3	4
14. La enfermera(o) le infunde ánimos destacando algún elemento positivo	0	1	2	3	4
15. La enfermera(o) es amable con usted aún en las situaciones difíciles	0	1	2	3	4
16. La enfermera(o) es alegre y optimista	0	1	2	3	4
17. La enfermera(o) la compañía un momento	0	1	2	3	4
18. La enfermera(o) le transmite ánimos positivos	0	1	2	3	4
19. La enfermera(o) le hace sentir que su hijo está en buenas manos	0	1	2	3	4
20. La enfermera(o) asegura el respeto a la privacidad durante la atención de su hijo	0	1	2	3	4
21. La enfermera(o) es amable con los familiares del neonato	0	1	2	3	4
PREVISIÓN					
22. La enfermera(o) tiene todos los equipos y materiales preparados para atender a su hijo	0	1	2	3	4
23. La enfermera(o) coordina la realización de exámenes y procedimientos especiales de forma rápida y efectiva	0	1	2	3	4
24. La enfermera(o) realiza los trámites documentarios pertinentes garantizando la atención oportuna de su hijo	0	1	2	3	4

25. La enfermera(o) prevé que la historia clínica del hijo se encuentre disponible para la atención	0	1	2	3	4
26. La enfermera(o) prevé que la atención en caja o en otras oficinas sea rápida	0	1	2	3	4
PREDILECCIÓN					
27. La enfermera(o) se concentra en la atención de su hijo, a pesar de haber otros pacientes	0	1	2	3	4
28. La enfermera(o) muestra interés por la atención de su hijo	0	1	2	3	4
29. La enfermera(o) le mantiene informada	0	1	2	3	4
30. La enfermera(o) procura que usted esté cómoda	0	1	2	3	4
31. La enfermera(o) le inspira confianza.	0	1	2	3	4
32. La enfermera(o) pide su consentimiento antes de iniciar cualquier intervención en su hijo	0	1	2	3	4
33. La enfermera(o) le escucha atentamente y la trata con amabilidad, respeto y paciencia	0	1	2	3	4
34. La enfermera(o) muestra interés por solucionar el problema de salud de su hijo	0	1	2	3	4
35. La enfermera(o) la anima para expresar sus dudas y temores	0	1	2	3	4
36. La enfermera(o) coloca a su hijo en primer lugar, sin importar lo que pase	0	1	2	3	4
37. La enfermera(o) es agradable y amistosa con usted y otros familiares.	0	1	2	3	4
38. La enfermera(o) le permite expresar sus sentimientos acerca del problema de salud de su hijo	0	1	2	3	4
39. La enfermera(o) le pregunta como prefiere que la llamen	0	1	2	3	4
40. La enfermera(o) tiene una proximidad amistosa con usted	0	1	2	3	4
41. La enfermera(o) brinda un trato digno a su hijo	0	1	2	3	4
42. La enfermera(o) le explica los procedimientos que le realizarán a su hijo	0	1	2	3	4
MONITORIZACIÓN					
43. La enfermera(o) usa su uniforme y distintivos profesionales	0	1	2	3	4
44. La enfermera(o) vigila de forma permanente el estado de salud de su hijo	0	1	2	3	4
45. La enfermera(o) lo tiene todo organizado	0	1	2	3	4
46. La enfermera(o) conoce el manejo de los equipos que hay en el servicio	0	1	2	3	4
47. La enfermera(o) es rápida y efectiva al administrar el tratamiento indicado por el médico para su hijo	0	1	2	3	4
48. La enfermera(o) coordina de forma efectiva la toma de análisis de laboratorio, placas radiográficas y otros exámenes	0	1	2	3	4
49. La enfermera(o) se asegura de que otros sepan cómo cuidar a su hijo	0	1	2	3	4
50. La enfermera(o) coordina de forma efectiva la transferencia de su hijo a otros servicios	0	1	2	3	4

.....Gracias

BAREMOS

De 0 a 40	Muy baja satisfacción con la atención
De 40.1 a 80	Baja satisfacción con la atención
De 80.1 a 120	Mediana satisfacción con la atención
De 120.1 a 160	Alta satisfacción con la atención
De 160.1 a 200	Muy alta satisfacción con la atención

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE CUIDADO CENTRADO EN LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA NEONATOLÓGICA”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.851
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8525.347
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a			
	Componente		
	1	2	3
1. La enfermera(o) la hace participe de las decisiones tomadas sobre la atención de su hijo.	0,448		
2. La enfermera(o) solicita su consentimiento para efectuar cualquier intervención en su hijo (colocación de catéter, prueba, examen, etc.).	0,474		
3. La enfermera(o) le informa sobre los resultados de las intervenciones médicas a realizadas a su hijo	0,469		
4. La enfermera(o) le informa sobre la evolución de la condición de salud de su hijo	0,416		
5. La enfermera(o) le sugiere las acciones que debería de realizar para contribuir a la salud de su hijo	0,590		
6. La enfermera(o) hace prevalecer su opinión y decisión en todas las intervenciones que será sometido su hijo	0,469		
7. La enfermera(o) la hace participe de las actividades de higiene realizadas a su hijo	0,449		
8. La enfermera(o) la hace participe de las actividades de alimentación de su hijo	0,609		
9. La enfermera(o) la hace participe al momento de la evaluación médica de su hijo	0,496		
10. La enfermera(o) la hace participe de los procesos terapéuticos aplicados a su hijo	0,414		
11. La enfermera(o) procura que tenga el mayor contacto posible con su hijo	0,541		
12. La enfermera(o) le indica los materiales y medicamentos que debe de traer para brindar una adecuada asistencia a su hijo	0,466		
13. La enfermera(o) le explica la forma en que los procedimientos realizados favorecerá la salud de su hijo	0,605		
14. La enfermera(o) le explica la forma en que los fármacos ayudarán a la salud de su hijo	0,485		
15. La enfermera(o) le explica en que consiste la enfermedad que tiene su hijo y la forma en que se dará su recuperación	0,572		
16. La enfermera(o) le facilita, el acceso a las instalaciones hospitalarias		0,475	
17. La enfermera(o) le da consejería para el cuidado de su hijo		0,457	
18. La enfermera(o) apoya a otros miembros de la familia para que puedan visitar a su hijo		0,583	
19. La enfermera(o) le da mensajes afectuosos y tranquilizadores cuando se siente triste o preocupada		0,597	
20. La enfermera(o) procura que esté cómoda al momento de acompañar a su hijo		0,508	
21. La enfermera(o) le facilita los equipos de protección obligatorios para ingresar a determinadas salas hospitalarias		0,629	
22. La enfermera(o) le da información exacta sobre el horario y lugar en el que podrá dialogar con el médico tratante		0,611	

23. La enfermera(o) le da información exacta sobre el lugar en el que podrá adquirir determinados materiales o medicamentos para su hijo		0,535	
24. La enfermera(o) le indica la forma en que realizará los diversos trámites administrativos en el hospital		0,550	
25. La enfermera(o) le explica, a otros miembros de la familia sobre la condición de salud de su hijo		0,557	
26. La enfermera(o) le invita a expresar todas sus preocupaciones		0,526	
27. La enfermera(o) le da ánimos para que pueda seguir afrontando la situación por la que está pasando con su hijo		0,413	
28. La enfermera(o) se interesa por su salud y bienestar		0,627	
29. La enfermera(o) le inspira confianza cuando le explica sobre el estado de salud de su hijo		0,553	
30. La enfermera(o) le ayuda de forma personal con algunos trámites y gestiones en el hospital		0,598	
31. La enfermera(o) la trata con amabilidad y cortesía			0,430
32. Percibe que la enfermera(o) le da la debida importancia			0,627
33. Percibe que la enfermera(o) se interesa por la salud de su hijo			0,600
34. La enfermera(o) le comunica de manera clara todo lo referente a la salud de su hijo, sin que se lo pida			0,473
35. La enfermera(o) es tolerante con usted, cuando: no comprende, incumple en algo, o se retrasa.			0,481
36. La enfermera(o) cumple con los acuerdos hechos con su persona; referentes a: horarios, plazos establecidos, etc.			0,435
37. Percibe que la enfermera(o) está dispuesta a escuchar sus requerimientos			0,561
38. La enfermera(o) se toma el tiempo necesario para atender tus dudas y demandas			0,431
39. La enfermera(o) evita cualquier: gesto, actitud o conducta discriminatoria hacia tu persona			0,625
40. La enfermera(o) evita hacerte sentir culpable por el estado de salud de tu hijo			0,517
41. La enfermera(o) evita emplear términos o frases hirientes u ofensivas			0,614
42. La enfermera(o) respeta sus costumbres y tradiciones			0,571
43. La enfermera(o) respeta la privacidad de su hijo			0,575
44. La enfermera(o) identifica a su hijo por su nombre o por sus apellidos			0,626
45. La enfermera(o) muestra respeto a los miembros de la familia			0,571
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>			
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>			

Fuente: Prueba piloto efectuada en 30 madres de neonatos internados en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja en el 2022.

Elaboración: Propia.

CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO DE CUIDADO CENTRADO EN LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA NEONATOLÓGICA”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,834	45

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. La enfermera(o) la hace participe de las decisiones tomadas sobre la atención de su hijo.	0,677
2. La enfermera(o) solicita su consentimiento para efectuar cualquier intervención en su hijo (colocación de catéter, prueba, examen, etc.).	0,697
3. La enfermera(o) le informa sobre los resultados de las intervenciones médicas a realizadas a su hijo	0,654
4. La enfermera(o) le informa sobre la evolución de la condición de salud de su hijo	0,703
5. La enfermera(o) le sugiere las acciones que debería de realizar para contribuir a la salud de su hijo	0,662
6. La enfermera(o) hace prevalecer su opinión y decisión en todas las intervenciones que será sometido su hijo	0,746
7. La enfermera(o) la hace participe de las actividades de higiene realizadas a su hijo	0,772
8. La enfermera(o) la hace participe de las actividades de alimentación de su hijo	0,656
9. La enfermera(o) la hace participe al momento de la evaluación médica de su hijo	0,781
10. La enfermera(o) la hace participe de los procesos terapéuticos aplicados a su hijo	0,789
11. La enfermera(o) procura que tenga el mayor contacto posible con su hijo	0,750
12. La enfermera(o) le indica los materiales y medicamentos que debe de traer para brindar una adecuada asistencia a su hijo	0,787
13. La enfermera(o) le explica la forma en que los procedimientos realizados favorecerá la salud de su hijo	0,729
14. La enfermera(o) le explica la forma en que los fármacos ayudarán a la salud de su hijo	0,815
15. La enfermera(o) le explica en que consiste la enfermedad que tiene su hijo y la forma en que se dará su recuperación	0,763
16. La enfermera(o) le facilita, el acceso a las instalaciones hospitalarias	0,729
17. La enfermera(o) le da consejería para el cuidado de su hijo	0,807
18. La enfermera(o) apoya a otros miembros de la familia para que puedan visitar a su hijo	0,653
19. La enfermera(o) le da mensajes afectuosos y tranquilizadores cuando se siente triste o preocupada	0,771
20. La enfermera(o) procura que esté cómoda al momento de acompañar a su hijo	0,680
21. La enfermera(o) le facilita los equipos de protección obligatorios para ingresar a determinadas salas hospitalarias	0,804
22. La enfermera(o) le da información exacta sobre el horario y lugar en el que podrá dialogar con el médico tratante	0,773
23. La enfermera(o) le da información exacta sobre el lugar en el que podrá adquirir determinados materiales o medicamentos para su hijo	0,740
24. La enfermera(o) le indica la forma en que realizará los diversos trámites administrativos en el hospital	0,651

25. La enfermera(o) le explica, a otros miembros de la familia sobre la condición de salud de su hijo	0,823
26. La enfermera(o) le invita a expresar todas sus preocupaciones	0,757
27. La enfermera(o) le da ánimos para que pueda seguir afrontando la situación por la que está pasando con su hijo	0,650
28. La enfermera(o) se interesa por su salud y bienestar	0,675
29. La enfermera(o) le inspira confianza cuando le explica sobre el estado de salud de su hijo	0,728
30. La enfermera(o) le ayuda de forma personal con algunos trámites y gestiones en el hospital	0,785
31. La enfermera(o) la trata con amabilidad y cortesía	0,698
32. Percibe que la enfermera(o) le da la debida importancia	0,688
33. Percibe que la enfermera(o) se interesa por la salud de su hijo	0,660
34. La enfermera(o) le comunica de manera clara todo lo referente a la salud de su hijo, sin que se lo pida	0,808
35. La enfermera(o) es tolerante con usted, cuando: no comprende, incumple en algo, o se retrasa.	0,720
36. La enfermera(o) cumple con los acuerdos hechos con su persona; referentes a: horarios, plazos establecidos, etc.	0,713
37. Percibe que la enfermera(o) está dispuesta a escuchar sus requerimientos	0,726
38. La enfermera(o) se toma el tiempo necesario para atender tus dudas y demandas	0,663
39. La enfermera(o) evita cualquier: gesto, actitud o conducta discriminatoria hacia tu persona	0,726
40. La enfermera(o) evita hacerte sentir culpable por el estado de salud de tu hijo	0,673
41. La enfermera(o) evita emplear términos o frases hirientes u ofensivas	0,807
42. La enfermera(o) respeta sus costumbres y tradiciones	0,681
43. La enfermera(o) respeta la privacidad de su hijo	0,774
44. La enfermera(o) identifica a su hijo por su nombre o por sus apellidos	0,671
45. La enfermera(o) muestra respeto a los miembros de la familia	0,678

Fuente: Prueba piloto efectuada en 30 madres de neonatos internados en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja en el 2022.

Elaboración: Propia.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.837
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8827.562
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado ^a						
	Componente					
	1	2	3	4	5	6
1. La enfermera(o) atiende con rapidez a su hijo	0,436					
2. La enfermera(o) está a disposición para atender cualquier necesidad de su hijo	0,597					
3. La enfermera(o) realiza los procedimientos para atender a su hijo de forma rápida	0,617					
4. La enfermera(o) verifica el estado de salud de su hijo frecuentemente	0,627					
5. La enfermera(o) responde rápidamente a sus requerimientos	0,625					
6. La enfermera(o) la anima a que le consulte cualquier dificultad	0,602					
7. La enfermera(o) te orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención		0,532				
8. La enfermera(o) se empeña en que el médico y otros profesionales de salud, brinden una óptima atención a su hijo		0,470				
9. La enfermera(o) le da información clara y precisa sobre la evolución del estado de salud de su hijo		0,498				
10. La enfermera(o) le explica a Ud. y a otros familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaran a su hijo		0,441				
11. La enfermera(o) le sugiere las preguntas que puede formularle al médico		0,597				
12. La enfermera(o) le brinda el tiempo necesario para responder a sus dudas sobre el problema de salud de su hijo		0,495				
13. La enfermera(o) procura medidas de confort a su hijo, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sábanas adecuadas			0,468			
14. La enfermera(o) le infunde ánimos destacando algún elemento positivo			0,622			
15. La enfermera(o) es amable con usted aún en las situaciones difíciles			0,566			
16. La enfermera(o) es alegre y optimista			0,520			
17. La enfermera(o) la compañía un momento			0,548			
18. La enfermera(o) le transmite ánimos positivos			0,533			
19. La enfermera(o) le hace sentir que su hijo está en buenas manos			0,577			
20. La enfermera(o) asegura el respeto a la privacidad durante la atención de su hijo			0,597			
21. La enfermera(o) es amable con los familiares del neonato			0,581			
22. La enfermera(o) tiene todos los equipos y materiales preparados para atender a su hijo				0,482		
23. La enfermera(o) coordina la realización de exámenes y procedimientos especiales de forma rápida y efectiva				0,487		
24. La enfermera(o) realiza los trámites documentarios pertinentes garantizando la atención oportuna de su hijo				0,556		

25. La enfermera(o) prevé que la historia clínica del hijo se encuentre disponible para la atención				0,632		
26. La enfermera(o) prevé que la atención en caja o en otras oficinas sea rápida				0,512		
27. La enfermera(o) se concentra en la atención de su hijo, a pesar de haber otros pacientes					0,523	
28. La enfermera(o) muestra interés por la atención de su hijo					0,516	
29. La enfermera(o) le mantiene informada					0,527	
30. La enfermera(o) procura que usted esté cómoda					0,533	
31. La enfermera(o) le inspira confianza.					0,497	
32. La enfermera(o) pide su consentimiento antes de iniciar cualquier intervención en su hijo					0,583	
33. La enfermera(o) le escucha atentamente y la trata con amabilidad, respeto y paciencia					0,591	
34. La enfermera(o) muestra interés por solucionar el problema de salud de su hijo					0,420	
35. La enfermera(o) la anima para expresar sus dudas y temores					0,452	
36. La enfermera(o) coloca a su hijo en primer lugar, sin importar lo que pase					0,569	
37. La enfermera(o) es agradable y amistosa con usted y otros familiares.					0,523	
38. La enfermera(o) le permite expresar sus sentimientos acerca del problema de salud de su hijo					0,517	
39. La enfermera(o) le pregunta como prefiere que la llamen					0,624	
40. La enfermera(o) tiene una proximidad amistosa con usted					0,429	
41. La enfermera(o) brinda un trato digno a su hijo					0,614	
42. La enfermera(o) le explica los procedimientos que le realizarán a su hijo					0,566	
43. La enfermera(o) usa su uniforme y distintivos profesionales						0,604
44. La enfermera(o) vigila de forma permanente el estado de salud de su hijo						0,450
45. La enfermera(o) lo tiene todo organizado						0,505
46. La enfermera(o) conoce el manejo de los equipos que hay en el servicio						0,544
47. La enfermera(o) es rápida y efectiva al administrar el tratamiento indicado por el médico para su hijo						0,455
48. La enfermera(o) coordina de forma efectiva la toma de análisis de laboratorio, placas radiográficas y otros exámenes						0,527
49. La enfermera(o) se asegura de que otros sepan cómo cuidar a su hijo						0,478
50. La enfermera(o) coordina de forma efectiva la transferencia de su hijo a otros servicios						0,607
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.</i>						
<i>a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.</i>						

Fuente: Prueba piloto efectuada en 30 madres de neonatos internados en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja en el 2022.
Elaboración: Propia.

**CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN
PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO”**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,842	50

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. La enfermera(o) atiende con rapidez a su hijo	0,825
2. La enfermera(o) está a disposición para atender cualquier necesidad de su hijo	0,775
3. La enfermera(o) realiza los procedimientos para atender a su hijo de forma rápida	0,683
4. La enfermera(o) verifica el estado de salud de su hijo frecuentemente	0,754
5. La enfermera(o) responde rápidamente a sus requerimientos	0,795
6. La enfermera(o) la anima a que le consulte cualquier dificultad	0,827
7. La enfermera(o) te orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención	0,731
8. La enfermera(o) se empeña en que el médico y otros profesionales de salud, brinden una óptima atención a su hijo	0,804
9. La enfermera(o) le da información clara y precisa sobre la evolución del estado de salud de su hijo	0,797
10. La enfermera(o) le explica a Ud. y a otros familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaran a su hijo	0,796
11. La enfermera(o) le sugiere las preguntas que puede formularle al médico	0,653
12. La enfermera(o) le brinda el tiempo necesario para responder a sus dudas sobre el problema de salud de su hijo	0,815
13. La enfermera(o) procura medidas de confort a su hijo, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sábanas adecuadas	0,813
14. La enfermera(o) le infunde ánimos destacando algún elemento positivo	0,654
15. La enfermera(o) es amable con usted aún en las situaciones difíciles	0,699
16. La enfermera(o) es alegre y optimista	0,782
17. La enfermera(o) la compañía un momento	0,792
18. La enfermera(o) le transmite ánimos positivos	0,744
19. La enfermera(o) le hace sentir que su hijo está en buenas manos	0,645
20. La enfermera(o) asegura el respeto a la privacidad durante la atención de su hijo	0,829
21. La enfermera(o) es amable con los familiares del neonato	0,669
22. La enfermera(o) tiene todos los equipos y materiales preparados para atender a su hijo	0,781
23. La enfermera(o) coordina la realización de exámenes y procedimientos especiales de forma rápida y efectiva	0,729
24. La enfermera(o) realiza los trámites documentarios pertinentes garantizando la atención oportuna de su hijo	0,798
25. La enfermera(o) prevé que la historia clínica del hijo se encuentre disponible para la atención	0,727
26. La enfermera(o) prevé que la atención en caja o en otras oficinas sea rápida	0,654
27. La enfermera(o) se concentra en la atención de su hijo, a pesar de haber otros pacientes	0,656

28. La enfermera(o) muestra interés por la atención de su hijo	0,800
29. La enfermera(o) le mantiene informada	0,806
30. La enfermera(o) procura que usted esté cómoda	0,678
31. La enfermera(o) le inspira confianza.	0,752
32. La enfermera(o) pide su consentimiento antes de iniciar cualquier intervención en su hijo	0,715
33. La enfermera(o) le escucha atentamente y la trata con amabilidad, respeto y paciencia	0,719
34. La enfermera(o) muestra interés por solucionar el problema de salud de su hijo	0,807
35. La enfermera(o) la anima para expresar sus dudas y temores	0,743
36. La enfermera(o) coloca a su hijo en primer lugar, sin importar lo que pase	0,669
37. La enfermera(o) es agradable y amistosa con usted y otros familiares.	0,721
38. La enfermera(o) le permite expresar sus sentimientos acerca del problema de salud de su hijo	0,731
39. La enfermera(o) le pregunta como prefiere que la llamen	0,825
40. La enfermera(o) tiene una proximidad amistosa con usted	0,775
41. La enfermera(o) brinda un trato digno a su hijo	0,683
42. La enfermera(o) le explica los procedimientos que le realizarán a su hijo	0,754
43. La enfermera(o) usa su uniforme y distintivos profesionales	0,795
44. La enfermera(o) vigila de forma permanente el estado de salud de su hijo	0,827
45. La enfermera(o) lo tiene todo organizado	0,731
46. La enfermera(o) conoce el manejo de los equipos que hay en el servicio	0,804
47. La enfermera(o) es rápida y efectiva al administrar el tratamiento indicado por el médico para su hijo	0,797
48. La enfermera(o) coordina de forma efectiva la toma de análisis de laboratorio, placas radiográficas y otros exámenes	0,796
49. La enfermera(o) se asegura de que otros sepan cómo cuidar a su hijo	0,653
50. La enfermera(o) coordina de forma efectiva la transferencia de su hijo a otros servicios	0,815

Fuente: Prueba piloto efectuada en 30 madres de neonatos internados en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja en el 2022.

Elaboración: Propia.

ANEXO 06: DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DEL HOSPITAL “EL CARMEN”

PROVEIDO N° 5-2023-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-OADI

A : Jefe del Servicio de Neonatología
DE : Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
ASUNTO : Autorización para realizar trabajo de investigación
FECHA : Huancayo, 25 de enero de 2023

Vista la nota de aprobación del Dr. Arturo Paucarchuco Tapara, quien da su visto bueno para que los bachilleres DAVILA FLORES Noelia Estefanny y TITO LISONDE Lino de la Universidad Peruana Los Andes, realicen recolección de datos (encuestas) a los familiares de los pacientes de los neonatos atendidos por el servicio de neonatología para el trabajo de investigación titulado “Atención centrada en la familia y satisfacción parental con el cuidado neonatológico en el Hospital El Carmen-Huancayo, 2022” desde el 30 de enero al 10 de febrero del año en curso. Esta Jefatura autoriza la accesibilidad de los bachilleres en mención para la realización de recolección de datos.

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATERNO INFANTIL “EL CARMEN”
Lic. Adm. Carmen Ana C. Castro Ruiz
Jefe de Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

CACR/cacr

Cc. Archivo

ANEXO 07: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 5:
CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO "C"

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL "EL CARMEN"- HUANCAYO; 2022", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: Davila Flores, Noelia Estefany y Tito Lisonde, Lino.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo, 02 de 06 2022.



(PARTICIPANTE)

Apellidos y nombres: Cerrón Angulo Edith R.
N° DNI: 76.113.975

1. Responsable de investigación
Apellidos y nombres: Davila Flores Noelia
D.N.I. N° 7.172.6163
N° de teléfono/celular:
Email:
Firma:
2. Responsable de investigación
Apellidos y nombres: Tito Lisonde Lino
D.N.I. N° 44533837
N° de teléfono/celular:
Email:
Firma: lito
3. Asesor(a) de investigación
Apellidos y nombres: Mendez Gave Elia
D.N.I. N° 19451793
N° de teléfono/celular:
Email: Elia.mendezgave@gmail.com
Firma:

LIC. ELIA MENDEZ GAVE
CIP 23440 AVE 15341

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

ANEXO 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Davila Flores Noelia Esteruys identificado (a) con DNI 71786157 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Atención Centrada en la familia y Satisfacción Parental con el cuidado Neonatológico en el Hospital "El Gamma" Huancayo 2022", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.



Huancayo, 14 de 10 del 2022.

Nombre y Apellidos Davila Flores Noelia
Responsable de investigación

196

ANEXO 6:
DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, Tito Lisande Lino, identificado (a) con DNI 44533837 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Atención Centrada en la familia y Satisfacción Parental con el cuidado Neonatológico en el Hospital "El Gamma" Huancayo 2022", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 14 de 10 del 2022.



Nombre y Apellidos Lino Tito Lisande
Responsable de investigación

ANEXO10: REGISTRO FOTOGRAFICO

FOTO: 1



FOTO: 2



FOTO: 3



FOTO: 4



ANEXO 11:
COMPROMISO DE AUTORÍA

ANEXO 11:
COMPROMISO DE AUTORÍA

COMPROMISO DE AUTORÍA

En la fecha, yo TITO LISONDE LINO, identificada con DNI N° 44533827 Domiciliada en AV/ CALMIL DEL SOLAR N° 1870, estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada "ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL "EL CARMEN"- HUANCAYO; 2022"; se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que el trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 24 de AGOSTO 2023

DNI 44533827

ANEXO 11:
COMPROMISO DE AUTORÍA

COMPROMISO DE AUTORÍA

En la fecha, yo Davila Flores Noelia Estefanos, identificada con DNI N° 71726167 Domiciliada en Av. Avipasción N° 395, estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada "ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA Y SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN EL HOSPITAL "EL CARMEN"- HUANCAYO; 2022"; se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que el trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 24 de agosto 2023

DNI 71726167

**ANEXO 12:
BASE DE DATOS**

	EDAD DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS	ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS	OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS	NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS	NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS	PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS
1	De 26 a 35 años	CONVIVIENTE	AMA DE CASA	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAYO
2	De 26 a 35 años	MADRE SOLTERA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	SUPERIOR TÉCNICO	DE 2 A 3 HIJOS	JAUJA
3	Menor de 18 años	CONVIVIENTE	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	SUPERIOR PROFESIONAL	DE 2 A 3 HIJOS	CHUPACA
4	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	COMERCIANTE	SUPERIOR TÉCNICO	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAYO
5	De 18 a 25 años	DIVORCIADA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	SECUNDARIA	DE 4 A 5 HIJOS	JAUJA
6	Menor de 18 años	CASADA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAYO
7	Menor de 18 años	CONVIVIENTE	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	SUPERIOR TÉCNICO	DE 2 A 3 HIJOS	CHUPACA
8	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	SUPERIOR PROFESIONAL	1 HIJO	HUANCAYO
9	De 18 a 25 años	CONVIVIENTE	COMERCIANTE	SECUNDARIA	1 HIJO	JAUJA
10	De 26 a 35 años	MADRE SOLTERA	AMA DE CASA	PRIMARIA	1 HIJO	CHUPACA
11	De 26 a 35 años	DIVORCIADA	COMERCIANTE	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAYO
12	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	TRABAJADORA ESTATAL	SUPERIOR PROFESIONAL	1 HIJO	CHUPACA
13	Menor de 18 años	MADRE SOLTERA	COMERCIANTE	PRIMARIA	1 HIJO	OTROS
14	De 26 a 35 años	MADRE SOLTERA	TRABAJADORA ESTATAL	SUPERIOR PROFESIONAL	1 HIJO	JAUJA
15	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	PRIMARIA	1 HIJO	CHUPACA
16	Menor de 18 años	MADRE SOLTERA	COMERCIANTE	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAYO
17	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	TRABAJADORA ESTATAL	SUPERIOR PROFESIONAL	1 HIJO	CHUPACA
18	Menor de 18 años	MADRE SOLTERA	AMA DE CASA	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAYO
19	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	COMERCIANTE	PRIMARIA	1 HIJO	CHUPACA
20	Menor de 18 años	MADRE SOLTERA	AMA DE CASA	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAYO
21	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	COMERCIANTE	PRIMARIA	1 HIJO	JAUJA
22	Menor de 18 años	CONVIVIENTE	AMA DE CASA	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAYO
23	De 18 a 25 años	CONVIVIENTE	AMA DE CASA	PRIMARIA	1 HIJO	JAUJA
137	Menor de 18 años	CASADA	EMPRESA PRIVADA	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	JAUJA
138	De 18 a 25 años	CASADA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAYO
139	De 18 a 25 años	CASADA	TRABAJADORA DE EMPRESA PRIVADA	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	JAUJA
140	De 18 a 25 años	CASADA	COMERCIANTE	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAYO
141	De 18 a 25 años	CASADA	TRABAJADORA ESTATAL	SUPERIOR PROFESIONAL	1 HIJO	OTROS
142	De 26 a 35 años	CASADA	COMERCIANTE	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAYO
143	De 26 a 35 años	CASADA	TRABAJADORA ESTATAL	SUPERIOR PROFESIONAL	1 HIJO	OTROS
144	De 26 a 35 años	CASADA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAYO
145	De 26 a 35 años	DIVORCIADA	COMERCIANTE	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAVELICA
146	De 26 a 35 años	MADRE SOLTERA	TRABAJADORA ESTATAL	PRIMARIA	1 HIJO	HUANCAVELICA
147	De 26 a 35 años	MADRE SOLTERA	AMA DE CASA	PRIMARIA	1 HIJO	OTROS
148	De 36 a 45 años	DIVORCIADA	COMERCIANTE	PRIMARIA	1 HIJO	CONCEPCIÓN
149	De 36 a 45 años	CASADA	AMA DE CASA	PRIMARIA	1 HIJO	OTROS
150	De 36 a 45 años	CASADA	COMERCIANTE	SECUNDARIA	DE 4 A 5 HIJOS	OTROS
151	De 18 a 25 años	CASADA	COMERCIANTE	SUPERIOR PROFESIONAL	DE 4 A 5 HIJOS	CONCEPCIÓN
152	De 26 a 35 años	CASADA	COMERCIANTE	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	CONCEPCIÓN
153	De 18 a 25 años	CASADA	COMERCIANTE	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	OTROS
154	De 26 a 35 años	CASADA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	SECUNDARIA	DE 4 A 5 HIJOS	CONCEPCIÓN
155	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	PRODUCTORA INDEPENDIENTE	SUPERIOR PROFESIONAL	DE 4 A 5 HIJOS	CONCEPCIÓN
156	De 26 a 35 años	MADRE SOLTERA	AMA DE CASA	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	OTROS
157	De 18 a 25 años	VIUDA	AMA DE CASA	SECUNDARIA	DE 4 A 5 HIJOS	HUANCAYO
158	De 26 a 35 años	CONVIVIENTE	TRABAJADORA ESTATAL	SUPERIOR PROFESIONAL	DE 4 A 5 HIJOS	HUANCAYO
159	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	AMA DE CASA	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAVELICA
160	De 26 a 35 años	DIVORCIADA	AMA DE CASA	SUPERIOR PROFESIONAL	DE 4 A 5 HIJOS	HUANCAVELICA
161	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	TRABAJADORA ESTATAL	SUPERIOR PROFESIONAL	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAVELICA
162	De 26 a 35 años	MADRE SOLTERA	AMA DE CASA	SECUNDARIA	DE 4 A 5 HIJOS	HUANCAVELICA
163	De 18 a 25 años	MADRE SOLTERA	TRABAJADORA ESTATAL	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAVELICA
164	Menor de 18 años	MADRE SOLTERA	TRABAJADORA DE EMPRESA PRIVADA	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAVELICA
165	De 26 a 35 años	MADRE SOLTERA	TRABAJADORA DE EMPRESA PRIVADA	SECUNDARIA	DE 2 A 3 HIJOS	HUANCAVELICA

	ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA APERTURA	ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ASISTENCIA	ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL RESPETO	ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL CUIDADO NEONATOLÓGICO	SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA DILIGENCIA	SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA ORIENTACIÓN	SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA AL CONFORTAMIENTO	SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA PREVISIÓN	SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA PREDILECCIÓN	SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO EN REFERENCIA A LA MONITORIZACIÓN	SATISFACCIÓN PARENTAL CON EL CUIDADO NEONATOLÓGICO
1	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
3	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0
4	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
5	3	3	3	3	0	0	0	0	0	1	0
6	1	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3
7	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
8	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0
9	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
10	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0
11	1	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3
12	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
13	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0
14	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
15	2	2	2	0	3	2	3	3	3	3	3
16	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	3	2	3	3	3	3	3
18	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	3	2	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0
21	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0
22	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
23	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
144	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2
145	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
146	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2
147	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
148	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
149	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
150	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2
151	1	2	2	1	4	4	4	4	4	4	4
152	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3
153	1	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4
154	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
155	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
156	1	2	2	0	2	2	2	3	3	2	3
157	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
158	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3
159	1	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3
160	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
161	1	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4
162	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
163	1	2	2	0	2	2	3	3	3	2	3
164	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
165	3	3	3	4	1	1	1	1	1	1	1