



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la
satisfacción parental en un servicio de Neonatología de
Chiclayo

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de Servicios de la Salud

AUTOR:

Espinoza Ríos, Jorge Eduardo (orcid.org/0009-0005-8175-5433)

ASESORES:

Dr. Santisteban Salazar, Nelson César (orcid.org/0000-0003-0092-5495)

Mgtr. Ñique Carbajal, Cesar Armando (orcid.org/0000-0002-9287-9387)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

CHICLAYO — PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios, a quien nunca terminaré de agradecer por el regalo de la vida y la salud para transitarla con humildad.

Dedicado a mi hermosa familia cuya luz brillante llena de alegría y esperanza a mi corazón.

AGRADECIMIENTO

A mi esposa, por su amor inmenso y su enorme paciencia sin los cuales nunca lo hubiera logrado.

A mis hijos por sufrir valientemente las ausencias de un padre que trabaja y estudia.

A mis padres, quienes desde el infinito guía mis actos y a quienes les debo el ADN de la perseverancia y el sacrificio.

A mis docentes, por esa inagotable vocación y entrega por sacar lo mejor de nosotros.



Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, SANTISTEBAN SALAZAR NELSON CESAR, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, asesor de Tesis titulada: "Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo", cuyo autor es ESPINOZA RIOS JORGE EDUARDO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

CHICLAYO, 03 de Agosto del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
SANTISTEBAN SALAZAR NELSON CESAR DNI: 16681155 ORCID: 0000-0003-0092-5495	Firmado electrónicamente por: NSANTISTEBANS el 04-08-2023 18:45:05

Código documento Trilce: TRI - 0638811



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, ESPINOZA RIOS JORGE EDUARDO estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ESPINOZA RIOS JORGE EDUARDO DNI: 06789238 ORCID: 0009-0005-8175-5433	Firmado electrónicamente por: JESPINOZAR1 el 29- 08-2023 04:29:24

Código documento Trilce: INV - 1267185

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratorio de Autenticidad del asesor	iv
Declaratoria de Originalidad del autor	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos y figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	1
II. Marco teórico	4
III. Metodología	17
3.1. Tipo y diseño	17
3.2. Variables y operacionalización.	18
3.3. Población, muestra y muestreo.	18
3.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	20
3.5. Procedimiento de recolección de datos	21
3.6. Metodología para el análisis de datos	22
3.7. Aspectos éticos	23
IV. Resultados	24
V. Discusión	30
VI. Conclusiones	36
VII. Recomendaciones	37
Referencias	38
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Perfil sociodemográfico de los profesionales del equipo de salud del servicio de neonatología de un hospital de nivel II-2 Chiclayo.	24
Tabla 2.	Medidas de tendencia centra de los Indicadores de la variable Atención neonatal según el modelo de ACF.	26
Tabla 3.	Perfil sociodemográfico de los padres de neonatos de alta del servicio de neonatología durante el segundo trimestre 2023.	27
Tabla 4.	Medidas de tendencia centra de los Indicadores de la variable Satisfacción parental en el servicio de Neonatología de un hospital nivel II-2. Segundo trimestre 2023	28
Tabla 5.	Relación entre la atención en el servicio neonatología y la satisfacción parental de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo.	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Atención en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo según el modelo de ACF y sus dimensiones	31
Figura 2.	Niveles de satisfacción parental en el servicio de neonatología de un Hospital Nivel II-2 de Chiclayo, durante el segundo trimestre 2023.	35

RESUMEN

El objetivo del estudio fue diseñar un plan de atención basado en el modelo de atención centrada en la familia (ACF) para mejorar la satisfacción parental en el servicio de neonatología de un hospital II-2 de Chiclayo.

Se realizó un estudio no experimental, descriptivo-propositivo, trasversal y prospectivo, aplicando un cuestionario a 39 trabajadores del servicio para calificar la atención neonatal según los principios de ACF, y otro cuestionario a 106 padres para determinar su nivel de satisfacción. El 43.6% de los trabajadores percibieron la atención neonatal como regular según los principios de la ACF, el 25.64% la percibió como inadecuada. Las dimensiones “respeto” y “apoyo” se consideraron adecuadas por 25.64% y la dimensión “colaboración” por 33.33% de los trabajadores. Por otro lado, el 49% de los padres tenía niveles medios de satisfacción, el 26% niveles bajos y el 25% niveles altos. El coeficiente de correlación Rho de Spearman = 0.757* con una significancia bilateral <0.05 demostró una relación significativa y positiva considerable entre ambas variables.

Se concluyó que atención según el modelo de ACF se relacionó positivamente con la satisfacción parental en el servicio de neonatología y por consiguiente un plan validado puede mejorar esta satisfacción.

Palabras Clave: Atención centrada en la familia, satisfacción parental, Unidad de cuidados intensivos neonatales, Neonatología.

ABSTRACT

The aim of the study was to design a care plan based on the family-centered care model (ACF) to improve parental satisfaction in the neonatology service of a II-2 hospital in Chiclayo.

A non-experimental, descriptive-propositive, cross-sectional and prospective study was carried out, applying a questionnaire to 39 service workers to qualify neonatal care according to the ACF principles, and another questionnaire to 106 parents to determine their level of satisfaction. 43.6% of the workers perceived neonatal care as regular according to the principles of the ACF, 25.64% perceived it as inadequate. The dimensions "respect" and "support" were considered adequate by 25.64% and the dimension "collaboration" by 33.33% of the workers. On the other hand, 49% of the parents had medium levels of satisfaction, 26% low levels and 25% high levels. Spearman's Rho correlation coefficient = 0.757* with a bilateral significance <0.05 demonstrated a considerable significant and positive relationship between both variables.

It was concluded that care according to the ACF model was positively related to parental satisfaction in the neonatology service and therefore a validated plan can improve this satisfaction.

Keywords: Family Centered Care, Parental Satisfaction, NICU, Neonatology.

I. Introducción

La Humanidad se encuentra comprometida con el reto de “*Cruzar el abismo de la Calidad Global*” en la atención sanitaria con la finalidad de lograr la *cobertura sanitaria universal*, expresada en la agenda 2030 de las naciones unidas, que no debería ser privilegio exclusivo de los países de altos recursos, con las políticas adecuadas las naciones de ingresos medios y bajos tienen la obligación de proporcionar atención sanitaria de alta calidad a sus ciudadanos. Un pilar fundamental de la calidad es el compromiso y empoderamiento de los individuos, las familias y las comunidades en la atención de salud (OMS et al., 2020).

En las unidades neonatales del mundo, las experiencias que buscan involucran a los padres o cuidadores en la atención son cada vez más aceptadas por los profesionales de la salud, emergiendo como un nuevo estándar de calidad de atención neonatal denominado: *Atención Centrada en la Familia (ACF)*, en reconocimiento del rol protagónico del vínculo familiar en la recuperación del recién nacido; sin embargo, su implementación requiere de un cambio del paradigma organizacional, a través de políticas más flexibles, nuevos procedimientos, soporte educativo, infraestructura adecuada, una estrecha colaboración entre la familia y los proveedores de la atención (Larocque et al., 2021).

Por otro lado, a pesar que la aplicación práctica de los principios de la ACF neonatal solo puede ser medida por instrumentos que valoren adecuadamente las experiencias y la *satisfacción de los padres*, en la literatura solo existe una evidencia moderada de su impacto positivo en la satisfacción de los padres, los expertos asumen que este hecho está más relacionado con la escasa investigación de calidad disponible y recomiendan ampliar los ensayos aleatorios sobre el tema en diferentes entornos (Segers et al., 2019). En Latinoamérica el desarrollo de las intervenciones de ACF se encuentra aún en un proceso incipiente. Un ejemplo puntual es el libre acceso de las familias a las unidades neonatales considerado como uno de los ejes básicos de la ACF: solo 36% de las unidades neonatales de Iberoamérica permiten el acceso irrestricto para los padres y es mucho más restringido para abuelos y hermanos; también se limita la participación de los padres en el cuidado del neonato, y se bloquea su presencia durante los procedimientos. Si bien existe una conocida limitante de recursos e infraestructura

en la región, la mayor barrera para la ACF es la cultura restrictiva en los profesionales de la salud respecto a la presencia de la familia, que requiere de un cambio (Montes et al., 2016).

En nuestro país, el Ministerio de salud cuenta con una guía y cuestionarios para evaluar la satisfacción del usuario externo de hospitalización basadas en modelo SERVQUAL (Lazo & Santivañez, 2018) sin embargo, esta herramienta no es un instrumento específico e integral para examinar las reales necesidades de los padres en las unidades neonatales desde la perspectiva de la ACF. Los trabajos nacionales publicados, están más enfocados en la correlación de la satisfacción parental con la calidad del servicio ofrecido sin proponer cambios en favor de la ACF (Gómez, 2017; Quijada & Nario, 2018; Aguirre & Bocanegra, 2022).

La reciente pandemia del COVID-19 contribuyó a limitar aún más el acceso y participación de los padres en los ambientes de hospitalización neonatal, lo que se reflejó en la percepción de los padres respecto a la atención recibida en alguno de los hospitales de nuestra región (Santoyo, 2022). En este sentido, el hospital nivel II de la ciudad de Chiclayo en el que se desarrolló el presente estudio, no contaba con información confiable de las experiencias y la satisfacción parental en Neonatología. Entonces, se planteó el problema de investigación de la siguiente manera:

¿Cómo diseñar un plan de atención neonatal según en el modelo de atención centrada en la familia para mejorar la satisfacción de los padres o cuidadores en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 en Chiclayo, el 2023?

Esta investigación se desarrolló para beneficio directo de las familias de los neonatos hospitalizados en el mencionado servicio, para conocer las expectativas y percepciones de las familias respecto a la calidad de atención, conocimiento que debe contribuir en la mejora de la atención neonatal en el marco del modelo de ACF. Así mismo, esta investigación se alinea con la necesidad de impulsar la investigación y las intervenciones en los temas relacionados con la gestión de la calidad en los servicios de salud, como parte de las acciones que fortalecen y promueven el desarrollo sostenible de nuestro país, que es miembro de las Naciones Unidas (CEPAL, 2021).

Los resultados de este trabajo proporcionan un primer diagnóstico del nivel de satisfacción parental en el servicio de neonatología para los órganos decisores de la institución involucrada, y una propuesta de plan de intervenciones necesarias para la mejora de este indicador en el servicio. Finalmente, la ejecución de este trabajo permitió la aplicación en nuestra realidad de un instrumento validado internacionalmente para medir la satisfacción de los padres en los servicios de neonatología, y que se ajusta los criterios y estándares de la atención centrada en las familias (Dall'Oglio et al., 2018).

El objetivo general de esta investigación fue: Diseñar un plan de atención neonatal según en el modelo de Atención Centrada en la familia para mejorar la satisfacción de los padres en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo. Los objetivos específicos fueron: i) Evaluar y describir la atención neonatal según el modelo de Atención Centrada en la Familia; b) Evaluar y describir el nivel de satisfacción de los padres/Cuidadores de los recién nacidos; c) Establecer la relación entre la atención en el servicio neonatología y la satisfacción parental; y finalmente, d) Diseñar y validar un plan de atención neonatal basado en el modelo de ACF para mejorar la satisfacción de los padres, y adaptado a las características y recursos del servicio mencionado.

Para el logro del objetivo general se propuso como hipótesis alternativa e hipótesis nula, los siguientes:

H₁: Un plan de atención neonatal según en el modelo de atención centrada en la familia mejora la satisfacción de los padres en el servicio de Neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo.

H₀: Un plan de atención neonatal según en el modelo de atención centrada en la familia no mejora la satisfacción de los padres en el servicio de Neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo.

II. Marco teórico

El abordaje se inició con una revisión general y específica de la literatura científica internacional y nacional disponibles buscando antecedentes del problema de investigación, como recomienda Hadi et al. (2023); Esta búsqueda nos proporcionó algunas evidencias del estado actual de la implementación de acciones basadas en la ACF y su correlación positiva con la percepción o la satisfacción de los padres.

Gomez-Cantarino et al. (2020) presentaron una revisión sistemática de la literatura sobre el desarrollo de la ACF en las unidades neonatales, abordando temas como la participación de los padres, capacitación a los padres y beneficios del empoderamiento familiar, concluyendo que las intervenciones de ACF promovieron la integración de los equipos sanitarios con la familia del neonato, además contribuyeron a reducir la estancia hospitalaria. Los autores recomiendan que se requiere un cambio en la gestión sanitaria para adaptar los servicios a las necesidades de las familias.

Albayrak & Büyükgönenç (2022) realizaron un estudio sobre *“El impacto de las intervenciones de atención centrada en la familia en los resultados neonatales y parentales en un hospital de Turquía”*, mediante un diseño de investigación cuasi experimental post prueba, no equivalente, aplicando capacitaciones al personal de enfermería para mejorar sus actitudes hacia la ACF. Concluyeron que las intervenciones centradas en la familia en base a las necesidades de la unidad y con apoyo de los gerentes, tuvieron un impacto positivo en la satisfacción de los padres, el apego de padres e hijos y en la ganancia de peso del neonato.

Cetintas et al. (2021) realizaron un estudio en servicios de hospitalización pediátrica y neonatal de Turquía, respecto a la percepción que tuvieron los padres del nivel de cumplimiento de la ACF y la relación de esta con su nivel de satisfacción; el estudio tuvo un diseño descriptivo transversal, y encontraron que un mayor grado de cumplimiento de la ACF incrementó el nivel de satisfacción parental con la atención del servicio especialmente con la información que recibían del tratamiento de sus hijos.

Labrie et al. (2021) en Holanda, estudiaron los “*Efectos de la comunicación entre los padres y proveedores durante la hospitalización infantil en la UCI Neonata*”, realizando una revisión sistemática con meta síntesis y síntesis narrativa, concluyendo que la comunicación es un determinante crucial tanto para el bienestar, como para la satisfacción de los padres durante y después de la hospitalización neonatal, siendo la forma más frecuente de comunicación la interacción diaria en el servicio entre los padres y los proveedores de la atención.

Jannes et al. (2020) realizaron un estudio del “*Incremento de la satisfacción de los padres mediante horas de visita sin restricciones y soporte del desarrollo en las Unidades neonatales: resultados de un estudio multicéntrico alemán*”, con un diseño descriptivo transversal multicéntrico en 66 Unidades neonatales, y encontraron que tanto el soporte para el desarrollo neonatal como las visitas sin horario restringido tuvieron una asociación positiva con respecto a la satisfacción de los padres. Los autores concluyen que fomentar la interacción entre los padres y sus recién nacidos hospitalizados aumenta la satisfacción parental.

En Holanda, Segers et al. (2019) publicaron una revisión sistemática respecto al impacto de las intervenciones de ACF en las unidades neonatales o pediátricas, respecto a la satisfacción de los padres y la duración de la estancia, y concluyeron que la colaboración de los padres en los cuidados de los neonatos se asoció significativamente con la reducción de la estancia hospitalaria de los neonatos y mejoró la satisfacción de los progenitores en el servicio.

Skene et al. (2019) publicaron un estudio de la implementación, desarrollo y evaluación de la ACF en una unidad de cuidados intensivos neonatales en Reino Unido, con un diseño de investigación – acción, evidenciando la mejora de la ACF a través del cambio cultural en los proveedores de la salud.

Balbino et al. (2016) publicaron un estudio cuasi experimental realizado en la unidad de neonatología de un hospital universitario en Sao Paulo – Brasil sobre la valoración de la percepción de los trabajadores y padres respecto al cuidado centrado en la familia y los niveles de estrés parental, concluyendo que las acciones que mejoran la apreciación de los padres y los profesionales de la salud en la ACF, ayudan a disminuir el estrés parental.

Lázaro A. (2022) estudió la relación entre la calidad del cuidado de las enfermeras del servicio de neonatología de un Hospital Nacional en Lima y la satisfacción de los familiares, una investigación cuantitativa de diseño descriptivo correlacional con un corte transversal, encontrando un nivel de satisfacción media de los familiares, concluyendo que la satisfacción de los familiares se relacionó directamente con la calidad de atención de enfermería del servicio.

Moreno (2020) realizó un estudio prospectivo, analítico, de diseño correlacional no experimental y transversal, que encontró una correlación estadísticamente significativa entre la calidad del servicio de neonatología y el nivel de satisfacción de los padres en un hospital de Chimbote.

López (2016) encontró una relación positiva entre la calidad de atención humanizada de las enfermeras neonatales de un hospital en Cuzco con mejores niveles de satisfacción de los padres, a través de un estudio de investigación no experimental y de diseño descriptivo explicativo.

En la construcción del sustento teórico se utilizó el *modelo Integrativo* de marco teórico descrito por Arias et al. (2022) enfocando el problema de investigación mediante el uso de la información disponible a través de la epistemología, etimología y los modelos de sustento teórico, para luego concluir con los aspectos más específicos como la conceptualización caracterización y clasificación de las variables y su dimensionamiento.

Para contextualizar nuestra investigación que se tipifica como una investigación *descriptivo-propositiva*, recurriremos a la *Teoría epistemológica evolucionista de Karl Popper* que plantea que el conocimiento se adquiere por un proceso interactivo entre las cuatro operaciones cognitivas que marcan el desarrollo del individuo: las *operaciones de descripción* que llevan a identificar los atributos de los objetos o sucesos del contexto circundante y el propio; las *operaciones de explicación* que sistematizan en términos lógicos la correlación entre éstos objetos y el por qué ocurren el estado de las cosas; las *operaciones contrastivas* (evaluativas) que surgen por la necesidad de comprobar que el conocimiento logrado sea válido y confiable; y finalmente, las *operaciones Aplicativas* (tecnológicas) construyen conocimiento en base a utilidad práctica de las

explicaciones contrastadas. La producción científica se encuentra agrupada en estas cuatro fases conocidas como la visión o estructura diacrónica del proceso investigativo, que es interdependiente del enfoque epistemológico de la teoría de la investigación en la que encontramos los tres grandes estilos de pensamiento: el enfoque *empirista-inductivista*, el enfoque *racionalista-deductivista* y el enfoque *vivencialista-experencialista*; La expresión cruzada de estos dos grandes sistemas: las 4 fases diacríticas y los 3 enfoques epistemológicos, da origen a doce patrones de investigación científica con sus respectivas tecnologías de la investigación, entre los que podemos situar nuestro problema de investigación (Casanova R. et al., 2020).

En consecuencia, podemos afirmar que los estudios descriptivo-propositivos, pueden ser definidos como procesos de investigación que constan de dos fases bien definidas: a) La *fase diagnóstica*, en la que se realiza un diagnóstico y evaluación del contexto o realidad problemática, utilizando los patrones o elementos que corresponden a las fases diacríticas descriptiva o explicativa y al enfoque empírico, a través de métodos de estadística descriptiva e inductiva; b) La *fase propositiva*, en la que se realiza un análisis de las teorías empíricas relacionadas y concluye con la formulación de una propuesta de solución (Estela, 2020). Esta alternativa de solución debe ser propuesta más no ejecutada, aunque debe ser factible, con fundamentos, objetivos, acciones e indicadores, y se basa en patrones correspondiente a la fase diacrítica aplicativa (Carhuancho et al., 2019).

Para argumentar la fase diagnóstica de la investigación, debemos conceptualizar las dos variables de esta: *la atención centrada en la familia* y *la satisfacción parental*. Finalmente, se dará marco teórico a la segunda fase del estudio que es *el diseño de un plan de atención neonatal* basado en el modelo de atención centrada en la familia. Los fundamentos epistemológicos de la ACF son los enunciados de la "*Teoría general de los ecosistemas*" y la "*Teoría de los sistemas familiares*", que sostienen que los individuos se desarrollan e interaccionan en entornos concéntricos que se organizan en capas o sistemas, cada una incluida en otra más amplia y alejada. Como ejemplo citaremos la atención sanitaria: en la capa más inmediata encontramos los microsistemas que influyen directamente en el desarrollo humano como *la familia* que cuenta con su

red interna de interrelaciones, de tal forma que cualquier evento que afecta a un miembro, también afecta al resto; por fuera de esta primera capa se encuentran los elementos que tiene conexión directa con ella, aquí se ubican los profesionales asistenciales; en la tercera capa se ubican elementos que tienen influencia indirecta sobre el individuo, como el sistema de salud. La última capa corresponde a los elementos más externos como el contexto social, cultural e históricos, como las políticas y leyes sanitarias. Todos los sistemas son interdependientes y están entrelazados en una red, por lo que las intervenciones o modificaciones en un sistema afectan a los otros (Angelhoff, 2017; Eppler, 2018).

Otra teoría involucrada en la ACF es la del “*Déficit del autocuidado*”, que sostiene que los neonatos son dependientes de la atención de sus padres para satisfacer las demandas de autocuidado para una vida sana y un desarrollo normal, en particular cuando están enfermos. Son principalmente los padres los que conocen y satisfacen las demandas de autocuidado del niño esto les otorga una doble función condicionante como agente de autocuidado y agente de cuidado de dependientes debiendo satisfacer sus propias necesidades y también las de sus hijos. Si los padres conocen y satisfacen sus propios requerimientos de autocuidado, les será más fácil satisfacer las demandas de autocuidado del niño y viceversa; lo que genera un reto educativo para los proveedores de salud (Priyadarsini, 2020).

Una característica fundamental de la ACF neonatal es su contribución al neurodesarrollo del recién nacido. Para incorporar este concepto a la definición de ACF debemos recurrir a los postulados de la *Teoría Sinactiva o interactiva*, que propone que la regulación del desarrollo neurológico del neonato se produce activamente por su interacción continua con su entorno y cuidadores, a través de 5 subsistemas: autonómico/ fisiológico, motor, estado de vigilia sueño, atención-interacción y autorregulación. Los estímulos adaptativos del entorno generan una reacción interactiva organizada, mientras que los estímulos inadecuados generan reacciones de estrés y desorganización de los subsistemas (Barra et al., 2021).

Desde el enfoque de la Gestión sanitaria, la ACF es un concepto muy ligado al desarrollo de la era de la *Calidad orientada al servicio*, que surge a partir de la evolución y maduración del pensamiento de “*los grandes maestros*” como *William*

Edward Deming, quien señala que la calidad debe estar definida en términos de satisfacción del cliente, y es juzgada por las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio (Puche et al., 2021). La OMS y la Comisión Europea consideran a los *servicios de salud* de alta calidad si cumplen con ser eficaces (basados en la evidencia) seguros y centrados en las personas, es decir, responder a las necesidades y preferencias de los pacientes (Busse et al., 2019). Algunos autores e instituciones de carácter global amplían este concepto incluyendo seis características o dimensiones la calidad en la atención sanitaria (conocidos con el acrónimo STEEEP por sus iniciales en inglés), que son las siguientes: *Seguridad, Oportunidad, Eficacia, Eficiencia, Equidad y Centrada en el paciente y la familia* (National Academies et al., 2018; Nash, 2019; OMS et al., 2020).

La noción de ACF es un concepto más profundo y amplio que la *Atención Centrada en el Paciente*, que emerge como resultado de la comprensión que en el escenario de la hospitalización neonatal no es posible atender al recién nacido como un individuo aislado, sino como parte de un entorno familiar, ya que se considera a la familia como la *unidad de atención*. Aunque no existe una definición universal, se puede afirmar que la ACF es un enfoque o modelo de la atención médica que respeta y responde a las necesidades y valores de las familias individuales en su rol central en la vida y el bienestar del niño; entendiéndose que, en el contexto neonatal, la familia es el conjunto de personas que le brinda el apoyo y tiene una relación significativa con el recién nacido pudiendo ser incluso sustitutos de sus consanguíneos (Davidson et al., 2017).

A pesar de la falta de consenso, los *principios generales de la ACF* se pueden resumir en los siguientes: a) *Respeto y Dignidad*: Lograr la equidad en la atención de salud, reconociendo cada familia individualmente; b) *Información compartida*: La comunicación efectiva beneficia al niño, disminuye los niveles de estrés y ansiedad parental; c) *Coordinación de la atención*: para lograr la transición de la UCI Neonatal al domicilio u otra unidad de referencia; d) *Soporte del entorno*: manejo de la comodidad (instalaciones familiares, entorno seguro, apropiado, reducción de luces y ruidos), y el manejo de dolor; e) *Apoyo social y emocional*: mediante el apoyo financiero a través de seguros, el soporte emocional y la preparación para la transición al hogar, promover el apoyo de padres a padres; f)

Participación y colaboración de la familia: Una parte crucial de la atención neonatal de alta calidad es involucrar a los padres, las familias o cuidadores en la toma de decisiones (Latour, 2011; Dall'Oglio et al., 2018; Reid et al., 2021): .

Estos principios interactúan constantemente y comparten atributos en la práctica. Por ejemplo: El manejo de la información es parte de la actitud profesional, y la participación parental está muy asociada a la carga emocional, condicionada por la actitud profesional y depende de la coordinación que se haya realizado entre padres y el personal sanitario. Por esta razón, a pesar de que varios de estos elementos fundamentales están plenamente identificados, y se conocen las barreras de la ACF neonatal, en la actualidad la implementación de este concepto es inestable y desigual en las unidades neonatales del mundo (Reid et al., 2021).

Desde la perspectiva administrativa, una forma práctica y operativa de evaluar y detectar las áreas de mejora de la ACF desde los puntos de vista tanto de los padres como del personal, es la integración conceptual de los elementos fundamentales, mencionados anteriormente, en tres *dominios o dimensiones de la ACF*: a) *El respeto*, que implica el reconocimiento de las necesidades individuales de la familia (*por ejemplo*, necesidades espirituales, culturales, morales, etc.) así como el reconocimiento a su dignidad y su contribución en la atención; b) *La colaboración*, apunta al reconocimiento e identificación de verdaderas asociaciones en la planificación y provisión de atención (incluye acciones de participación y colaboración parental, coordinación de la atención, información compartida y acuerdos de atención); y c) *El apoyo*, que se centra en identificar y dar la asistencia holística de las necesidades familiares (*por ejemplo*, ayuda, empatía, soporte emocional, social, físico, etc.) (Vetcho et al., 2022).

Aunque no existe una taxonomía oficial de las prácticas e intervenciones de ACF, Franck & O'Brien (2019) describieron las intervenciones enfocadas hacia los padres en las unidades neonatales clasificándolas en 3 niveles: en el primer nivel tenemos las "*Intervenciones en apoyo a los padres*"; en el segundo nivel las "*Intervenciones realizadas por los padres*" y en el tercer nivel encontramos los "*modelos de atención neonatal*".

En cuanto a las “*intervenciones en apoyo a los padres*”, están destinadas a brindar un soporte psicoeducativo, de comunicación y ambiental a los padres durante su experiencia en la unidad neonatal y después del alta apoyo emocional, cognitivo y físico para la crianza del bebé. Entre estas intervenciones encontramos: a) Intervenciones psicoeducativas: creación oportunidades para el empoderamiento de los padres, Terapia de conducta cognitiva, Diario y soporte entre pares; b) intervenciones de Comunicación entre Padres – profesionales clínicos: Participación de los padres en visitas médicas y comunicación verbal o escrita con los padres; c) Intervenciones ambientales: Unidades neonatales con habitaciones unifamiliares, salas de madre canguro, Alojamiento nocturno para padres, ambientes exclusivos para padres en el hospital (Franck & O’Brien, 2019).

Las “*intervenciones realizadas por los padres*” en el cuidado de sus niños, también requieren educación y comunicación con el equipo asistencial, y pueden proporcionar beneficios psicológicos y físicos a los padres, aunque el real objetivo son los bebés. Algunas intervenciones son: Atención básica del recién nacido (cambio de pañales, baño, ropa), amamantamiento o alimentación del neonato, Contacto piel con piel, Masajes, apoyo en el manejo no farmacológico del dolor (Hablar/leer/cantar), Cuidados que apoyan el desarrollo estimulación positiva apropiada, Cuidado de dispositivos médicos en el hogar (sondas de alimentación, cuidado de la traqueotomía, oxígeno y monitoreo) (Franck & O’Brien, 2019)..

Los “*modelos de la ACF*” son enfoques que integran a los padres como socios de la atención por lo que requieren que se trabaje y se involucre a todos los niveles de la atención hospitalaria: padres, trabajadores, profesionales y los líderes institucionales. Los principales modelos de ACF son los siguientes: cuidados de madre canguro (CMK), el modelo del cuidado por los padres, la atención neonatal integrada a la familia (FiCare), las unidades de cuidado transicional y los programas de alta temprana.

El *Cuidado de Madre Canguro* (CMK), es un modelo de atención desarrollado para bebés prematuro y de bajo peso al nacer, convirtiendo a las madres en el “lugar de atención neonatal”, se basa en el contacto piel con piel el mayor tiempo posible (>18 horas/día) y la lactancia materna. El objetivo es transferir gradualmente a la madre las habilidades y responsabilidad de atención del neonato.

Ha demostrado reducir mortalidad, sepsis intrahospitalaria e hipotermia, mejorando el crecimiento, neurodesarrollo, el apego infantil y la lactancia materna. Implantado en todo el mundo, aun presenta barreras en todos los niveles de atención (Franck & O'Brien, 2019).

El modelo del Cuidado por los padres implica que los padres pasen el mayor tiempo posible desde el ingreso en una habitación individual para la familia, que proporciona privacidad y facilita en contacto piel a piel. La mayoría de estos programas están dirigidos a neonatos estables prematuros o con bajo peso. Los resultados de este modelo son una reducción de la estancia hospitalaria y disminución de la enfermedad pulmonar crónica; sin embargo, está limitado por los recursos, la disponibilidad de los padres y el apoyo de políticas sanitarias (Reid et al., 2021).

El modelo de *Cuidado Integrado Familiar (FICare)*, tiene por objetivo integrar a las familias en la atención neonatal desde la UCI Neonatal (Nivel III), mediante soporte físico, psíquico y educativo para garantizar confianza para que se conviertan en parte central del equipo de atención, incluido el monitoreo, preparación y administración de alimentos. Se enfoca en fortalecer la asociación entre los padres y el equipo clínico. Los estudios clínicos demuestran beneficios para los padres y los bebés. Sin embargo, no suele introducirse desde el ingreso del neonato, debido a la inestabilidad fisiológica y la necesidad de atención crítica (Soni & Tscherning, 2021).

Otros modelos de ACF incluyen: a) *Las unidades de cuidados de transición*: Permiten a los padres cuidar a su bebé bajo la supervisión de enfermeras neonatales y están destinadas a neonatos que requieren cuidados mínimos (alimentación intragástrica, terapia antibiótica profiláctica, monitoreo de glucosa o fototerapia); b) *Los programas de alta temprana*: Optimizan la transición de la unidad neonatal a la atención familiar en el hogar lo antes posible, se basa en los principios de igualdad, responsabilidad compartida, información y colaboración entre la familia y las enfermeras de alta temprana (Franck & O'Brien, 2019).

Ahora se revisarán los conceptos relacionados con la segunda variable la Satisfacción parental. La calidad de la ACF se miden en base a las experiencias de

los padres del recién nacido, a través de cuestionarios de *satisfacción*; aunque no existe un criterio unificado y se suele medir diversos indicadores, el objetivo es diseñar instrumentos que superen los problemas conceptuales, a fin de medir lo que realmente es importante para las familias, y que además proporcionen datos estadísticamente válidos para su análisis (Vetcho et al., 2020). Epistemológicamente, el concepto de satisfacción en la calidad de atención está ligado a las nociones de percepciones y expectativas. La teoría dominante en la investigación actual es el “*Modelo de la disconformidad de las expectativas*”, la cual propone que la satisfacción de los usuarios o consumidores es el resultado de la combinación entre las expectativas previas al consumo o uso de un producto o servicio y las percepciones de conformidad o disconformidad resultantes de observar el desempeño real del producto o servicio (Zhang et al., 2022).

La *Satisfacción* es la valoración que otorga un individuo de los servicios recibidos, así como a los proveedores de dicho servicio, es decir, representa la conjunción de las experiencias personales del usuario, así como sus expectativas y la atención real obtenida. Algunos autores incluyen otras características del usuario como su valoración cognitiva y su reacción emocional, y otras características del servicio como el entorno y el proceso de la atención. Se trata de una noción compleja multidimensional, cuyos componentes serán diferentes dependiendo del tipo de atención recibida, y por lo tanto, el tipo de servicio que se mide determinará sus atributos y dimensiones para valorar su calidad (Boza & Solano, 2017).

La *satisfacción de los padres o cuidadores* es el indicador primordial de la calidad de atención neonatal, definida como la apreciación del cumplimiento de sus expectativas y requerimientos estando inversamente relacionada a su nivel de estrés. La cuantificación de la experiencia de los padres en las unidades neonatales permite el diseño de estrategias e intervenciones basadas en la filosofía del ACF que pretenden impactar en el estrés de los padres, mejoran el vínculo de padres y neonatos, y mejoran los resultados de la salud del recién nacido (Sakonidou et al., 2020).

No existe un consenso respecto a los dominios o *dimensiones de la satisfacción parental* en las unidades neonatales y los atributos que tienen cada

una de estas dimensiones. Desde el modelo de la ACF las dimensiones de la satisfacción parental son las siguientes: a) *La Información*, es la transferencia de datos de valor útil para los proveedores y usuarios. Es importante para lograr una comunicación abierta y efectiva, cumpliendo las siguientes características: *objetividad, oportunidad, modo, frecuencia y valor*; b) *El Cuidado y tratamiento*, se refiere al grado de esmero con que realiza una atención sanitaria y la terapia médica para obtener el mejor resultado en el paciente. Tiene los siguientes atributos: *Centrado en el paciente, competencia, empatía, interacción, integralidad y coordinación*; c) *Organización* es el esfuerzo conjunto y coordinado de los proveedores por proporcionar una atención dentro de las normas de calidad. Sus atributos son: *accesibilidad, flexibilidad, validez y ambiente*; d) *La Participación Parental*, que es el empoderamiento de los padres en la atención neonatal mediante su presencia, interacción, compromiso y participación en la toma de decisiones; requiere respeto mutuo, educación e información. Sus atributos son: *seguridad, inclusión y humanización*; finalmente e) *La Actitud profesional*, es el desempeño del proveedor de la salud dentro de los estándares de competencia, destreza y capacidad. Esta dimensión tiene los siguientes atributos: *autenticidad, sensibilidad y prudencia* (Boza & Solano, 2017; Dall'Oglio et al., 2018).

Tampoco existe un consenso respecto al mejor instrumento para poder cuantificar la satisfacción parental. Una revisión sistemática reciente concluyó que de once instrumentos validados que fueron analizados, solo dos de ellos incluían los principios de la ACF: el cuestionario de empoderamiento de los padres en las unidades de neonatología (EMPATHIC-N) y la encuesta de satisfacción neonatal 13 (NSS13). Concluye además que por el rigor de validez y el número de ítems, el EMPATHIC-N parece ser el más preferido, aunque se requiere más investigación para ser utilizado en contextos culturales distintos al europeo (Dall'Oglio et al., 2018).

En la parte final se argumentará los fundamentos para el diseño de un plan de atención neonatal basado en el modelo de la ACF. Considerando que dicho plan implica un cambio organizacional, es importante anotar que existen tres teorías que proporcionan un marco al cambio organizacional: "*La teoría del cambio planificado de Lewin*" que se usará de referencia, el "*modelo de investigación - acción*" y el

“*modelo positivo*”. La “*Teoría del cambio planificado*” propone que existen 2 fuerzas que mantienen el equilibrio de los sistemas: las fuerzas positivas de cambio y las fuerzas negativas de oposición a este. La forma más efectiva de implementar el cambio es reduciendo las fuerzas negativas, de tal forma que se produce menor tensión y resistencia al cambio, a través de un proceso de 3 pasos: *descongelamiento, movimiento y recongelación* (Waddell et al., 2019).

La primera fase conocida como “fase de descongelamiento” consiste en reducir las fuerzas opositoras o negativas que mantienen el comportamiento organizacional actual a través de un proceso de “desconfirmación psicológica”, mostrando a los miembros de la organización evidencia que prueba la necesidad de cambiar las rutinas actuales y motivarlos a participar en actividades de cambio. Sivanandan et al. (2021) iniciaron esta fase con un diagnóstico de la situación actual seguido de la planificación de las acciones o intervenciones a realizar para lograr el cambio utilizando la combinación de dos herramientas como de diagrama de espina de pescado y el análisis de key drivers o diagrama del árbol.

La segunda fase denominada “*movimiento*”, se produce el cambio del comportamiento de la organización a un nuevo nivel o modelo. Implica el desarrollo y adaptación a nuevos comportamientos, valores y metas a través de cambios en las estructuras y procesos organizacionales. Finalmente, la tercera fase o “fase de recongelación” o de mantenimiento, estabiliza la organización en un nuevo estado de equilibrio mediante el uso de mecanismos de apoyo que refuerzan el nuevo estado organizacional, como la cultura organizacional, las normas, las políticas y las estructuras. En esta fase se logran los compromisos a largo plazo de los diferentes actores. Tiene 2 momentos: la internalización de lo aprendido y la evaluación periódica (Balbino et al., 2016).

III. Metodología

3.1. Tipo y diseño.

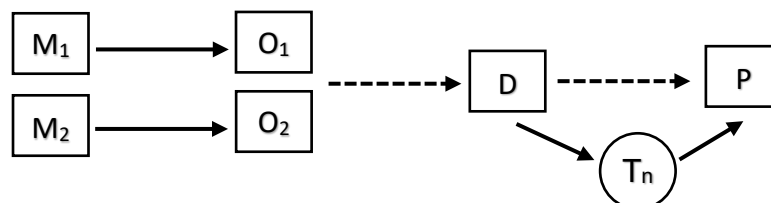
A continuación, se sustenta el tipo y diseño de esta investigación.

3.1.1. Tipo de Investigación:

Se realizó un diagnóstico del estado de la atención en un servicio de neonatología según el modelo de ACF, y el nivel de satisfacción parental, diseñando un plan de atenciones sin llegar a ejecutar dicha solución, por lo que de acuerdo a Hadi et al. (2023) se trata de una investigación de tipo Básica, pura o fundamental.

3.1.8. Diseño de Investigación:

Se planteó un Diseño no experimental, ya que las variables fueron observadas pero no se manipularon; transversal, debido a que el muestreo se realizó en un solo punto (Hernández-Sampieri, 2018); Descriptivo – Propositivo ya que en primer término se obtuvo un diagnóstico o descripción de la situación problemática a través de la determinación de la relación entre las variables, formulándose posteriormente una solución a través de un plan de acción que no fue aplicado (Estela, 2020). El diseño del estudio puede graficarse como sigue:



Dónde:

M₁: Muestra 1 del estudio

M₂: Muestra 2 del estudio

O₁: Atención neonatal según las dimensiones de la ACF.

O₂: Satisfacción parental.

D: Diagnóstico de la evaluación

T_n: Teoría del Modelo de ACF

P: Plan de mejora de la satisfacción basado en modelo de ACF.

3.2. Variables y operacionalización.

Se consideró dos variables:

3.2.1. Variable 1: Atención neonatal según el modelo de ACF.

La ACF neonatal se define conceptualmente como el conjunto de estrategias, intervenciones específicas que se implementarán para mejorar la participación, el respeto y el apoyo proporcionados a las familias durante la hospitalización. Operativamente se define como el cumplimiento (bueno, regular o malo) de las prácticas del modelo de ACF incluidas en sus 3 dimensiones Respeto y dignidad, colaboración y apoyo a las familias.

3.2.2. Variable 2: Satisfacción parental.

Conceptualmente se define como la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas de los padres de los neonatos hospitalizados, y está inversamente relacionada a su nivel de estrés, y es el principal indicador de la calidad de atención neonatal. Operacionalmente se define como el nivel de satisfacción de los padres evaluado mediante la puntuación obtenida de la sumatoria de puntajes en sus 5 dimensiones: Información, cuidados y tratamiento, organización, participación y actitud de los profesionales.

3.3. Población, muestra y muestreo.

El estudio se realizó en poblaciones distintas para cada variable.

3.3.1. Población para la variable 1:

Se consideró a todos los 41 trabajadores asistenciales del servicio de neonatología del hospital en estudio según sus informes internos (Ver Anexo 8, Tabla 8-1). La muestra se obtuvo utilizando la calculadora muestral “*Sample Size Determination*” del Software libre STATS® Versión 2.0.0.2 de la empresa Decisión Analyst™, con un Máximo de error aceptable de 3% y un nivel de confidencialidad del 95%, resultando en 39 trabajadores asistenciales del servicio de neonatología. El muestreo se obtuvo por el método de muestreo por conveniencia (Hernández-Sampieri, 2018).

a. Criterios de Inclusión: Se incluyó a todos los trabajadores asistenciales.

- Tanto profesionales médicos, no médicos, como técnicos.
- Nombrados o contratados por cualquier modalidad de trabajo.

b. Criterios de exclusión: Se excluirán a los trabajadores con los siguientes:

- Tengan menos de 3 meses de permanencia en el servicio.

- Que estén involucrados como investigadores en el estudio.
- Sean administrativos o de mantenimiento, practicantes, residentes o internos.

3.3.2. Población para la variable 2:

las unidades *de muestreo* fueron cada uno de los padres de los neonatos dados de alta del servicio de neonatología, durante el segundo trimestre del 2023, considerando como “*padres de los recién nacidos*” al padre, la madre (o ambos), el cuidador legal o familiar responsable del neonato. Se tomó como referencia el dato estadístico de neonatos que egresaron del servicio de neonatología del hospital bajo estudio al estudio en los tres últimos años previos, que fue 1752, con un promedio anual de 584 y una media trimestral de 146 (Ver Anexo 8, Tabla 8-2). En conclusión, la población correspondió a 146 padres. Se estimó el tamaño muestral, utilizando la calculadora muestral “*Sample Size Determination*” del Software libre STATS® Versión 2.0.0.2, considerando un máximo de error aceptable de 5% y un nivel de confidencialidad del 95%, obteniéndose una muestra de 106 padres o cuidadores de recién nacidos dados de alta. La estrategia de muestreo utilizado fue probabilístico aleatorio simple (Hernández-Sampieri, 2018).

a. Criterios de Inclusión: Todos los padres o cuidadores.

- Mayores de 18 años y comprenden, hablan y escriben en castellano.
- Si sus neonatos fueron dados de alta en el segundo trimestre 2023.

b. Criterios de exclusión. Se excluyeron a los padres o cuidadores si:

- Presentaban algún grado de discapacidad intelectual diagnosticada.
- Sus neonatos fallecieron durante la atención en el servicio.

3.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.

Los instrumentos utilizados en el fueron los siguientes:

3.4.1. Instrumento para la variable 1:

Se utilizó el “Cuestionario de Percepción de la ACF – Equipo” un instrumento es útil para la detección de áreas de mejora en la administración de la ACF que permite medir la atención administrada a los pacientes. Es un cuestionario autoadministrado, dirigido para Personal Sanitario. Consta de 3 dimensiones: Respeto (6 ítems), Colaboración (9 ítems) y Apoyo (6 ítems), con un total de 21

ítems, empleando una escala tipo Likert con 4 niveles de respuesta, desde 1 = “nunca”, hasta 4 = “siempre”. El ítem 16 al estar redactado de forma negativa se codifica de forma inversa. El puntaje mínimo del instrumento será 21 puntos y el máximo 84. El instrumento fue sometido a validación por juicio de 3 expertos (01 neonatólogo y 02 pediatras con experiencia en Neonatología). Para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto del 30% de la muestra (12 cuestionarios) a trabajadores de un servicio de hospitalización de pediatría, y se obtuvo el Coeficiente α de Cronbach global de 0.809 considerado como consistencia interna “*muy buena*” según la escala de Determinación de la Fuerza de Asociación (Nawi et al., 2020).

3.4.2. Instrumento para la variable 2:

Se utilizó el “Cuestionario de Empoderamiento de padres en el cuidado neonatal de 30 ítems” (EMPATHIC – 30, por sus siglas en inglés). Es un cuestionario autoadministrado dirigido a padres o cuidadores de los neonatos hospitalizados, cuenta con 5 dimensiones y 30 ítems: Información (5 ítems), Cuidados y tratamiento (8 ítems), Organización (5 ítems), Participación de los padres (6 ítems) y Actitud de los profesionales (6 ítems), utiliza una escala tipo Likert con 6 niveles, desde 1 = “Muy en desacuerdo”, hasta 6 = “Muy de acuerdo”; además existe una opción de “no aplicable”. El puntaje mínimo del instrumento es 30 puntos y el máximo 180 puntos. Este instrumento fue sometido a validación por juicio de 3 expertos (1 neonatólogo y 2 pediatras con experiencia en Neonatología). Para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto de 20% de la muestra (25 cuestionarios) a los progenitores de neonatos de alta de neonatología, en un periodo anterior al del muestreo, y se obtuvo el Coeficiente α de Cronbach mayor de 0.898 considerado como consistencia interna “*muy buena*” (Nawi et al., 2020).

3.5. Procedimiento de recolección de datos.

Para la recopilación de la información se siguió el siguiente procedimiento:

- a. Se capacitó a 04 internos de medicina rotantes en el servicio de neonatología para contar con su apoyo como personal encuestador.
- b. Los padres de neonatos dados de alta durante el tercer trimestre 2023 fueron invitados al azar vía telefónica o directa a participar en el estudio. citándolos al

- servicio entre lunes a sábado, durante el horario de ingreso de los padres al establecimiento.
- c. Los padres fueron abordados por los encuestadores, identificados con su fotocheck institucional, luego de dar lectura al consentimiento informado fueron consultados si deseaban participar en el estudio voluntariamente (Anexo N° 7): Si los padres daban su aprobación firmaban el consentimiento y se les entregaba el cuestionario para su llenado, permaneciendo el encuestador cerca para responder a sus dudas. De lo contrario, no fueron considerados en el estudio y se procedió a reemplazarlos hasta cubrir la muestra calculada.
 - d. Los cuestionarios y los consentimientos informados fueron codificados y archivados por separado para conservar el anonimato de los participantes. Se excluyeron los cuestionarios que no estaban completos o aquellas que no cumplían con los criterios de ingreso al estudio.
 - e. Por otro lado, el investigador principal se contactó directamente con los trabajadores asistenciales del servicio para invitarlos a participar a través de un cuestionario autoadministrado anónimo por vía virtual, a través del aplicativo *Google Forms*[®], de la empresa *Google*[™], el mismo que tuvo un módulo de consentimiento informado (Anexo 06) previo al llenado, que requería el registro de correo electrónico en señal de aceptación.
 - f. Se crearon dos bases de datos en la aplicación de hoja de cálculo Excel 365 de la empresa *Microsoft*[®], e ingresó la información de los instrumentos de ambas variables por separado.

3.6. Metodología para el análisis de datos.

Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial para la caracterización de las variables incluidas en el estudio. Los datos fueron analizados mediante el software "*Statistical Package for the Social Services*[®] (SPSS)" versión 26.0 para el sistema Operativo Windows[®]. Se realizó un proceso de limpieza de las bases de datos, y se aplicaron las pruebas de normalidad para determinar si se utilizaría estadística paramétrica o no paramétrica.

Para el primer objetivo específico, se determinó el grado atención neonatal según el modelo de ACF utilizando una escala de valoración o baremo tomando

como referencia los Cuartiles primero y tercero, conformándose 3 grados de atención: adecuada, regular e inadecuada tanto para la variable como para sus 3 dimensiones. Se describió el perfil sociodemográfico de la muestra y se describieron los indicadores de la variable expresados como media, \pm desviación estándar, máxima y mínima.

Para el segundo objetivo específico, se obtuvo el nivel de satisfacción parental en el servicio de neonatología utilizando una escala de valoración o baremo tomando como referencia los Cuartiles primero y tercero, resultando 3 niveles: satisfacción alta, media y baja, no se analizaron las dimensiones. Se describió el perfil sociodemográfico de la muestra y se describieron los indicadores de la variable expresados en medidas de tendencia central.

Para el tercer objetivo específico se analizó la correlación entre ambas variables: se homogenizaron las muestras extrayendo una submuestra de la variable "Satisfacción parental" ($n = 39$) mediante un muestreo aleatorio simple, realizándose nuevamente las pruebas de fiabilidad por Alfa de Cronbach y normalización (Ver Anexo 11), y posteriormente se utilizó el análisis de correlación mediante el coeficiente de asociación *Rho de Spearman*, una prueba no paramétrica que se emplea generalmente para medir la fuerza de asociación entre dos variables ordinales y su dirección (positiva o negativa).

3.7. Aspectos éticos.

Por tratarse de una investigación no experimental aplicada a seres humanos, se obtuvo autorización del Comité de Ética de la Investigación, según el artículo 4 del Código de Ética de la Universidad (UCV), y se alinea con los principios éticos fundamentales señalados en las declaraciones nacionales e internacionales. El estudio cumplió el principio de beneficencia, así como la protección del bienestar físico y mental, porque su diseño no contempló la posibilidad de causar daño físico o psicológico a ninguno de los participantes, cuidado de proporcionar la información necesaria sobre la naturaleza de la investigación, permitiendo una decisión libre e informada. Además, los participantes tuvieron la posibilidad de no responder aquellas preguntas que les resultaron incómodas.

En cuanto al Respeto a la dignidad, la investigación garantizó la autodeterminación, con la participación libre y voluntaria de los aceptantes,

considerando que los participantes son entidades autónomas, respetándose también la reserva de su información personal. Los cuestionarios conservaron un lenguaje comprensible, respetuoso y cordial, sin discriminación y sin perjuicios, en cumplimiento de lo acordado en el consentimiento informado. Se garantizó la *Confidencialidad* de los datos de los participantes, ya que se mantuvo el anonimato de los cuestionarios, mediante el uso de archivos separados para almacenar los consentimientos informados y los cuestionarios a través de una codificación Alfanumérica. Así mismo se hizo una entrega de los resultados a la dirección y la unidad de docencia del Hospital en estudio, como señala el capítulo 3 del código de ética en investigación de la UCV.

IV. Resultados

En cuanto a la variable “Atención neonatal según el modelo de atención centrada en la familia”, se aplicó el instrumento “Cuestionario percepción de ACF - Equipo” a 39 de los 41 trabajadores del servicio de neonatología de un hospital de Chiclayo, como se planificó en la estrategia de muestreo. El cuestionario fue respondido por 6 médicos, 19 enfermeras y 14 técnicos de enfermería, que tuvieron un rango de experiencia laboral muy amplio desde 1 hasta 35 años de servicio, con una mediana de 7 años. La mayor parte del personal del servicio es de sexo femenino y el promedio de edad fue de 45.95 años (con una desviación estándar de ± 11.33 años). El 64.1% (25/39) del personal encuestado no contaba con formación previa sobre cuidados centrados en la familia. Un resumen de todas las características sociodemográficas del cuestionario se puede apreciar en la **Tabla 1**.

Tabla 1.

Perfil sociodemográfico de los profesionales del equipo de salud del servicio de neonatología de un hospital de nivel II-2 Chiclayo

Características		n	%
Genero	Femenino	35	89.74
	Masculino	4	10.26
Edad	Promedio (\pm SD)	45,95	(\pm 11,33)
	Mediana (Mínimo – Máximo)	47	(26 – 67)
Nivel académico	Superior técnico	14	35,90
	Superior Universitario	25	64,10
Puesto de trabajo	Médicos	6	15,38
	Lic. Enfermería	19	48,72
	Técnicos	14	35,90
Tiempo de servicio	Mediana (Mínimo – Máximo)	7	(1 – 35)
Formación en ACF	Si	14	35,90
	No	25	64,10

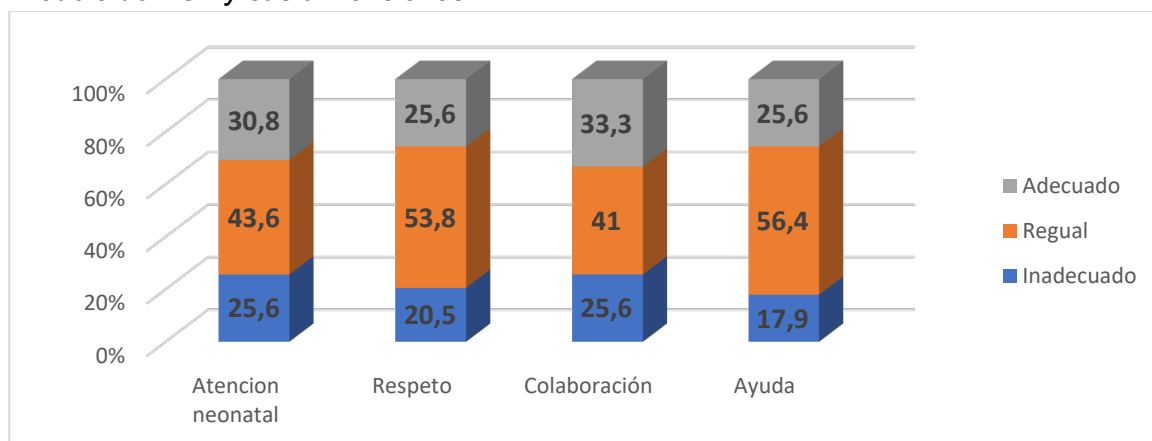
NOTA: Datos obtenidos de Cuestionario de Percepción de la ACF – Equipo.

En la **Figura 1** se sintetiza la atención neonatal respecto a las prácticas de la atención centrada en la familia en general y según sus tres dimensiones. En esta figura evidenciamos que 17 de los 39 trabajadores de salud (43.6%) percibieron que el grado de la atención neonatal era regular según el modelo de atención centrada en la familia, 10 trabajadores (25.6%) percibieron la atención como inadecuada y solo 12 trabajadores (30.8%) percibieron la atención neonatal como adecuada según el modelo de ACF. En cuanto al análisis por dimensiones de la ACF: se observa que en la dimensión respeto un 53.8% consideró que el respeto a la familia era regular y otro 20.5% que era inadecuado; en la dimensión colaboración un 41% percibió una colaboración media y otro 25.6% percibió una

inadecuada colaboración con las familias de los neonatos; en la dimensión ayuda un 56.4% percibió que la ayuda fue regular y otro 17.9% consideró que la ayuda a las familias fue inadecuada.

Figura 1

Atención en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo según el modelo de ACF y sus dimensiones



Nota: Datos obtenidos de Cuestionario de Percepción de la ACF – Equipo.

La **Tabla 2** muestra las medidas de tendencia central de cada uno de los indicadores de la variable Atención neonatal según el modelo de ACF y se puede apreciar que los indicadores con puntaje más bajo fueron “*Los padres pueden estar presentes durante los procedimientos*” (1.85 ± 1.08), “*Se informa del nombre de las enfermeras responsables*” (2.03 ± 0.08) y “*Otros miembros de la familia también pueden visitar al niño*” (2.05 ± 0.99); Los indicadores mejor puntuados fueron: “*Cuando los padres acuden al hospital se intenta que se sientan acogidos*” (3.54 ± 0.55), “*Los padres reciben información clara y fiable sobre el tratamiento y cuidados que va a recibir el niño/a*” (3.54 ± 0.63) y “*Los padres son tratados como padres (más que como visitas) cuando están con su hijo en el hospital*” (3.51 ± 0.67).

Tabla 2

Indicadores de la variable Atención neonatal según el modelo de ACF.

Ítem	Indicadores	Media	SD	Max	Min
Mejor puntuados					
1	Se intenta que los padres se sientan acogidos.	3,54	0,55	4	2
8	Los padres reciben información clara sobre cuidados.	3,54	0,63	4	2
5	Los padres son tratados como padres más que como visitas.	3,51	0,67	4	2
Peor Puntuados					
3	Los padres pueden estar presentes durante los procedimientos.	1,85	1,08	4	1
13	Se informa del nombre de las enfermeras responsables.	2,03	0,95	4	1
2	Otros miembros de la familia también pueden visitar al niño.	2,05	0,99	4	1

Nota: *Media* = Promedio, *SD* = Desviación Estándar; *Máx* = Valor máximo; *Min* = Valor Mínimo.

Respecto a la variable “*satisfacción parental*”, el Cuestionario de “*Empoderamiento de padres en el servicio de neonatología*” (EMPATHIC-30) fue autoadministrado a 106 del total de 146 padres o cuidadores de neonatos dados de alta en el segundo trimestre del 2023. La gran mayoría de los cuestionarios fueron respondidos por la madre (83,96%) y con mucho menor frecuencia por el padre (10,38%) o ambos (5,66%). La edad promedio de los encuestados fue de 27,21 años (con una Desviación estándar de $\pm 6,1$ años). El estado civil de la gran mayoría de los padres encuestados eran convivientes (90,48%), solo algunos eran casados (6,6%) y pocos solteros (3,77%). El nivel educativo de los entrevistados fue principalmente secundario (88,57%), algunos solo alcanzaron nivel primario (5,71%) y muy pocos con nivel superior (3,81%). En su mayoría se dedicaban a labores domésticas (81,9%), algunos trabajadores independientes (5,71%) y pocos dependientes (3,81%). Respecto al número de hijos, la mayoría de encuestados eran padres por primera vez (62,86%). El promedio de estancia hospitalaria fue 11,08 días, con una mediana de 9 días, un mínimo de 3 días y un máximo de 46 días. Solo el 9,52% tuvieron a su recién nacido conectado a ventilación mecánica. Todas las características generales de los padres entrevistados se pueden visualizar en la **Tabla 3**.

Tabla 3.
Perfil sociodemográfico de los padres de neonatos de alta del servicio de neonatología durante el segundo trimestre 2023.

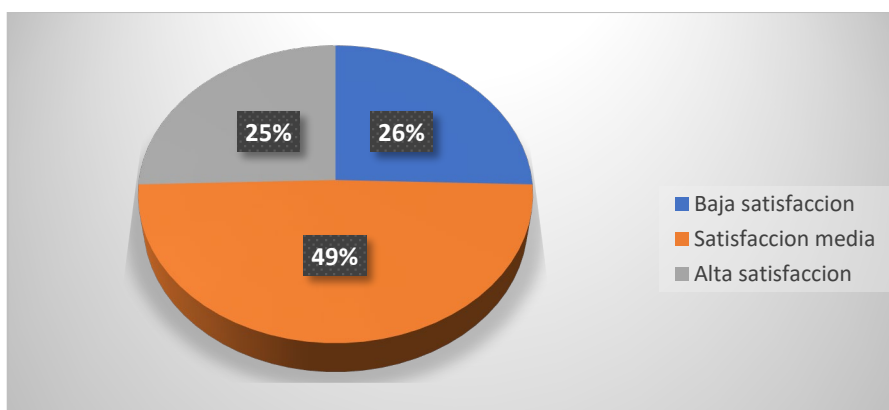
	Características	n	%
Completó el cuestionario	Madre	89	89,96
	Padre	6	5,66
	Ambos	11	10,38
Edad	Promedio (\pm SD)	27,21 años	($\pm 6,1$)
	Mediana (Mínimo – Máximo)	26 años	(18 – 41)
Estado civil	Soltero/a	4	3,77
	Conviviente	95	89,52
	Casado/a	7	6,50
Nivel de estudios	Primaria	11	10,48
	Secundaria	85	80,95
	Superior Técnica	6	5,71
	Superior Universitaria	4	3,81
Situación laboral	Sin empleo	1	0,95
	Estudiante	2	1,9
	Labores domesticas	86	81,9
	Activo Independiente	13	12,38
Número de hijos	Activo Dependiente	4	3,81
	1	66	62,86
	2 o más	40	37,15
Estancia hospitalaria	Promedio (\pm SD)	11,09 días	($\pm 7,69$)
Ventilación mecánica	Si	10	9,52
	No	96	91,43

NOTA: Datos obtenidos del Cuestionario EMPATHIC-30.

La **Figura 2** presenta los resultados de los niveles de satisfacción parental en el servicio de neonatología en estudio. De los 106 padres encuestados, 52 (49,06%) tuvieron niveles de satisfacción medio, 27 tuvieron satisfacción bajo (25,47%) y otros 27 padres (25.47%) tuvieron una satisfacción alta.

Figura 2

Niveles de satisfacción parental en el servicio de neonatología de un Hospital Nivel II-2 de Chiclayo, en el 2do. trimestre 2023.



Nota: Los datos son representados de forma porcentual.

La **Tabla 4** muestra las medidas de tendencia central de los indicadores mayor y menor puntuados de la variable Satisfacción parental. En esta tabla podemos describir que los indicadores con puntuación promedio más baja fueron: *“El servicio era fácilmente accesible por teléfono”* (3,04 ±1,21 puntos), *“participamos activamente en la toma de decisiones sobre el cuidado de nuestro hijo”* (3,20 ±0,98 puntos) y *“Pudimos estar cerca de nuestro hijo/a incluso durante los procedimientos invasivos”* (3,52 ±1,18 puntos). Los indicadores que tuvieron mejor puntaje fueron los siguientes: *“El equipo mostró respeto por nuestro hijo/a y por nosotros”* (5,08 ±1,00 puntos), *“El equipo trabajó cumpliendo las normas de higiene”* (5,00 ±1,17 puntos) y *“Las enfermeras han sido comprensivas con nosotros”* (4,97 ±0,99 puntos).

Tabla 4

Indicadores de la variable Satisfacción parental en el servicio de Neonatología de un hospital nivel II-2. Segundo trimestre 2023

ITEMS	Indicadores	Media	SD	Max	Min
Mejor puntuados					
17.	El equipo mostró respeto por nuestro hijo/a y por nosotros.	5,08	1,00	6	2
10.	El equipo trabajó cumpliendo las normas de higiene.	5,00	1,17	6	2
27.	Los/as pediatras han sido comprensivos con nosotros:	4,91	0,97	6	2
Peor puntuados					
13.	El servicio de neonatología era fácilmente accesible por teléfono.	3,04	1,21	6	1
7.	Participamos activamente en la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a.	3,20	0,98	6	1
9.	Pudimos estar cerca de nuestro hijo/a incluso durante los procedimientos invasivos (vías venosas, aspiración, etc.)	3,52	1,18	5	1

NOTA: Datos obtenidos del Cuestionario EMPATHIC-30.

Finalmente, se realizó la correlación de las dos variables del estudio para determinar si existía relación significativa entre ambas utilizando la prueba de *Rho de Spearman*, planteándose de la siguiente manera la Hipótesis específica 3:

- Ho ($Rho = 0$): No existe relación entre la atención neonatal y la satisfacción parental en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo.
- Ha ($Rho \neq 0$): Existe relación entre la atención neonatal y la satisfacción parental en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo.

Tabla 5.

Relación entre la atención neonatal y la satisfacción parental en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo.

		EMPATHIC 30	Percepción de la ACF
<i>Rho de Spearman</i>	EMPATHIC 30	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,757*
		N	39
	Percepción de la ACF	Coefficiente de correlación	,757*
		Sig. (bilateral)	,020
		N	39

Como se observa en la **Tabla 5**, la significancia bilateral es menor a 0.05, en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna, es decir, a un nivel de significancia del 95% se afirma que existe relación significativa entre la atención en el servicio neonatología y la satisfacción parental de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo. Ahora, analizando la magnitud y la dirección de coeficiente Rho de Spearman, $Rho = 0.757^*$, esta relación es positiva considerable.

V. Discusión

La singularidad de este estudio es que se trata de un estudio descriptivo – propositivo, un modelo de investigación poco usual en la literatura, que consta de dos momentos: una primera fase que trata de diagnosticar el estado actual de las prácticas de la atención centrada en la familia desde la perspectiva de los trabajadores de salud, y determinar su relación con el nivel de satisfacción de los padres de los neonatos en un hospital de segundo nivel en la ciudad de Chiclayo. En la segunda fase, la información recogida en el diagnóstico permitió formular un plan de atención basado en el modelo de ACF para conseguir la mejora de la satisfacción de los padres y/ o cuidadores.

Respecto a la variable percepción de la atención neonatal encontramos que gran parte de los trabajadores percibieron en un nivel regular (43,6%) e inadecuado (25,6%) la atención que se brinda respecto a los principios de la ACF incluidos en los ítems del cuestionario de percepción de la ACF para el personal sanitario. Esta percepción inadecuada fue mayor en las dimensiones respeto y apoyo, que en la dimensión colaboración. Aunque la comparativa es difícil, considerando que cada estudio utilizó diferentes metodologías de valoración de la percepción de los trabajadores sanitarios, esta percepción relativamente baja se correlaciona con los hallazgos en la fase de pre-intervención del estudio de Balbino et al. (2016) que también encontró una baja percepción en ambas dimensiones en el grupo de trabajadores encuestados: 2.4 puntos para respeto y 1.95 para apoyo (de 4 puntos posibles). Sampaoli et al. (2017) también encontraron que 60% (36/60) de los trabajadores percibieron que la ACF se practicaba solo algunas veces versus el 40% (24/60) que percibieron que se practicaban usualmente. Sin embargo, en este último estudio el promedio de las 3 dimensiones fue similar. Más recientemente Collasso et al. (2021) encontraron que los trabajadores percibieron que la ACF era practicada solo algunas veces en su servicio, en este estudio la dimensión “*respeto*” fue valorada como usualmente practicada, en tanto, las dimensiones “*colaboración*” y “*ayuda*” fueron percibidas como practicadas solo algunas veces.

Aunque no es un objetivo del estudio definir las causas de esta baja puntuación en la percepción de la atención, Collasso et al. (2021) la atribuyeron a un punto de vista más crítico de los trabajadores de salud respecto al trabajo que

realizaban en función de los principios de la atención centrada en la familia, sin embargo, debemos comprender que ellos se encontraban en el escenario de la implementación del modelo de ACF en su servicio de neonatología. Nosotros podemos ensayar como causas 2 hechos: en primer lugar, que el modelo no ha sido implementado aun en el servicio, y en segundo lugar que la mayoría de los trabajadores de salud no contaban con formación en ACF (64.1%) y por lo tanto los trabajadores de salud no han sido sensibilizados ni capacitados en muchos aspectos de este modelo de atención, por lo que consideran “normal” que muchas de estas prácticas no se realicen en el servicio.

También se encuentra información relevante en la descripción de los indicadores de forma individual. Podemos analizar que los peores puntuados, el ítem 3: “Los padres pueden estar presentes durante los procedimientos que se realicen” y el ítem 2: “*Otros miembros de la familia también pueden acompañar al niño*”, tienen relación directa con la presencia y participación de la familia en la atención neonatal. Esto está muy relacionado con los datos publicados por Montes Bueno et al (2016) quienes encontraron en 52 unidades neonatales de Iberoamérica, que solo un 36% permite el acceso irrestricto de los padres, solo el 18% permitía su presencia en los procedimientos y el 36% permitía el acceso (con restricciones) de abuelos y hermanos del neonato. Las conclusiones de dicho trabajo también son relevantes, ya que ellos atribuyen la baja implementación de este pilar de la ACF a la necesidad de un “*cambio cultural*” de los trabajadores de la salud que debe iniciarse lo más pronto posible.

Un aspecto distinto ocurre con el indicador 13: “*Se informa a los padres y/o familiares del nombre de las enfermeras responsables*”, este indicador está relacionado con la identificación e interacción entre padres y profesionales. En este punto el personal de salud reconoce que es importante construir y mantener relaciones para establecer una comunicación adecuada, y para lograr esto es indispensable que los padres sepan quienes son responsables de la atención de sus hijos. La interacción padres y proveedores contribuye a mejorar el afrontamiento, el conocimiento, la participación la crianza y la satisfacción (Labrie et al., 2021).

De otro lado, al enfocar los indicadores mejor puntuados encontramos que los profesionales consideran que frecuentemente brindan un buen trato a los padres, tanto al ingreso (ítem 1) como en las visitas diarias (ítem 5). Este hecho nos permite identificar como fortalezas del personal la sensibilidad y capacidad de brindar un buen trato como parte de la dimensión “respeto” a los padres; Efectivamente, en el estudio de Collaso et al. (2021) al analizar el dominio “respeto” que tuvo una mejor evaluación por los profesionales de la salud, los ítems mejor puntuados también fueron el ítem 6, el ítem 4, el ítem 5 y el ítem 1.

Los trabajadores de la salud reconocen también como fortaleza del servicio la información que proporcionan a los padres sobre el tratamiento del menor (Indicador 8). En una revisión integrativa sobre barreras y facilitadores para la implementación de la ACF se llegó a la conclusión que la información compartida con los padres es uno de los aspectos más relevantes para facilitar la implementación de la ACF, ya que conlleva a una adecuada comunicación entre los padres y los profesionales de la salud, lo que mejora la confianza y las asociaciones entre ellos (Phiri et al., 2020).

En cuanto a la segunda variable del estudio, “*el nivel de satisfacción parental en el servicio de neonatología*”, nuestros resultados mostraron que el 49.06% de los padres de los recién nacidos que estuvieron hospitalizados tienen un nivel de satisfacción regular, mientras que los extremos alto y bajo comparte un porcentaje muy similar (25.47% cada uno). Estos resultados son congruentes con los encontrados en otros países en vías de desarrollo, como el estudio de Shrestha et al (2022) en Nepal que describe un nivel de satisfacción parental moderada, con una puntuación de 3.40 (3.1 – 3.8) de 6 posibles; o el estudio de Alle et al. (2022) en Etiopía que encuentra una insatisfacción del 52.2% vs una satisfacción del 47,8%; Contrastando con los resultados en países desarrollados, donde los niveles de satisfacción son elevados como los encontrado por Weis et al. (2023) de Dinamarca, que encuentran puntuaciones promedio entre 4.98 a 5.29 de 6 posibles. Otro detalle que debemos anotar fue que en nuestro estudio no fue posible valorar por separado las dimensiones de la satisfacción parental debido a que no se realizaron pruebas de confiabilidad de dimensiones por separado, y tampoco formaba parte del espíritu del estudio.

También es importante que se discutan los aspectos generales de la muestra de la variable satisfacción parental. El perfil predominante se caracterizó por madres (Prácticamente el 90%), jóvenes (edad promedio de 27.21 años), convivientes y dedicadas a las labores domésticas (81.9%). Esto es similar a otros países de ingresos medios y bajos, Por ejemplo en Etiopia, Gulo et al. (2021) en un estudio multicéntrico sobre la experiencia y satisfacción de los padres en UCI Neonatal presentaron una muestra de 386 cuestionarios, de los cuales casi la totalidad (98.7%) fueron respondidos por las madres, con una edad promedio de 25.5 años y la mayoría eran amas de casa (64%), aunque la a diferencia de nuestro estudio la gran mayoría estaban casadas (97.7%); Si bien en otros estudios siempre hay mayoría materna, esta no suele ser tan marcada como en nuestro estudio. En Italia, Dall'Oglio et al. (2018) en un estudio de Satisfacción parental en UCI neonatal, presentó una muestra de 162 cuestionarios con participación del 43.2% de madres, 13.8% de padres y 48.8% de ambos.

El análisis descriptivo individual de los indicadores puede llevarnos a comprender características muy particulares del servicio en estudio. El indicador 13 es el peor puntuado, y hace referencia a la accesibilidad del servicio, siendo la vía telefónica la forma más rápida de acceder o contactar con un servicio en otras realidades. Sin embargo, en el servicio estudiado, se carece de dicho medio desde hace varios años. La comunicación con los padres se hace directamente en un horario limitado. Otras puntuaciones negativas en la satisfacción parental están relacionadas con la participación de los padres en la atención neonatal, el indicador 7 que se refiere a la participación de los padres en las decisiones de la atención de su recién nacido, y el indicador 9 que se refiere a su presencia durante los procedimientos, traducen el interés de los padres por participar en la atención de sus neonatos. Al respecto la revisión sistemática de Gomez-Cantarino (2020) señaló la importancia del papel de los padres en el cuidado de sus niños en los servicios neonatales donde se practica la ACF: más del 50% de los padres alimentaba al recién nacido, 81% participaba en los procedimientos sosteniendo al bebe, 100% les tomaba la temperatura y hasta un 70% les bañaba. Todas estas actividades hacían sentir a los progenitores como "*padres genuinos*" en lugar de "*visitantes*" durante la estancia hospitalaria.

En el lado contrario del espectro, las mejores puntuaciones en la satisfacción de los padres están relacionados con los principios fundamentales de la ACF. Los padres valoran el respeto que perciben, otorgando mejor puntuación al ítem 17: *“El equipo mostró respeto por nuestro hijo y por nosotros”* y la sensibilidad que les demuestra el personal en el ítem 28: *“Las enfermeras han sido comprensivas con nosotros”*, especialmente del personal que está más cerca de ellos como es el personal de enfermería. Al respecto Reid et al. (2021) en su revisión sistemática sobre la evolución de la ACF neonatal, señala que un aspecto clave en la satisfacción de los padres es la relación con las enfermeras que se basa en el respeto de las enfermeras por los puntos de vista, necesidades y valores individuales de los padres. El indicador 10, demuestra que los padres también valoran la higiene que practica el personal en su trabajo diario.

El tercer objetivo del estudio fue demostrar que existe una la relación estadísticamente significativa y positiva entre ambas variables del estudio, podemos inferir que la adopción de un modelo de ACF en el servicio de neonatología del hospital del estudio puede influir positivamente en la mejora de la satisfacción de los padres y/o cuidadores de los neonatos hospitalizados. Nuestros hallazgos son congruentes con otros similares, aunque obtenidos con metodologías diferentes. Cetintas et al (2021) utilizaron la prueba de Mann Whitney y Spearman para correlacional la percepción de los padres respecto a la atención centrada en la familia y su nivel de satisfacción. Sin embargo, es importante anotar que la mejor forma de demostrar la relación entre la ACF y la satisfacción parental en las unidades neonatales es a través de la implementación de las intervenciones de ACF, esto requiere de diseños de investigación distintos como estudios experimentales o cuasiexperimentales. Albayrak & Büyükgönenç (2022) luego de aplicar un proceso de intervención de enfermería basadas en ACF que consistió en la instalación de un comité y la implementación de la ACF en 3 fases, dio como resultado puntuaciones de satisfacción parental en el cuestionario de EMPATHIC-N significativamente más altas que en el grupo control.

Finalmente mencionaremos las limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar, el tamaño de muestra para la satisfacción parental se obtuvo de la población de un único trimestre; idealmente, la muestra debería ser representativa de todo el

año, lo cual mejoraría las conclusiones que pudieran derivarse de los datos obtenidos. También debemos mencionar que, a pesar de ser un cuestionario validado en diferentes realidades internacionales, el número de preguntas parece sobrepasar la atención de los padres de nuestro servicio, con un nivel educativo y social bajo. El personal encuestador entrenado, reportó que en algunas ocasiones fue necesario explicar dos o tres veces el uso de la escala Likert al familiar, y que luego de algunas preguntas los padres parecían “cansados” o “inquietos” por concluir el cuestionario. El hecho que los padres no utilizaran la opción “No aplica”, puede significar que no llegaron a comprender su real utilidad en el cuestionario. Sería importante revisar otras opciones de instrumentos con menor número de ítems para valorar la perspectiva de los padres.

VI. Conclusiones

1. Respecto al primer objetivo específico de nuestra investigación, se determinó que la atención neonatal en el hospital bajo estudio cumplió parcialmente con las prácticas de la ACF ya que el 43.6% de los trabajadores percibieron como regular la atención neonatal; Solo un 33.33% percibieron la dimensión “*colaboración*” como adecuada, mientras el 25.64% percibió las dimensiones “*respeto*” y “*Ayuda*” como adecuadas en la atención que brindaban. El análisis individual de los indicadores de esta variable mostró que los trabajadores percibieron como debilidades de la atención: la baja participación de los padres y familiares en el cuidado de los neonatos y la necesidad de una mayor identificación e interacción entre padres y profesionales. De otro lado, percibieron como fortalezas el respeto y buen trato que brindan a los padres, así como su capacidad para brindar la información sobre el estado de salud y tratamiento de los recién nacidos.
2. Respecto al segundo objetivo específico de nuestra investigación, se concluyó que el nivel de satisfacción parental era regular para el 49% de padres, baja para el 26% y solo un 25% de satisfacción alta. El análisis individual de los indicadores de esta variable evidenció la dificultad de acceso al servicio de neonatología, principalmente por la falta de atención telefónica. Así mismo, los padres también concluyen, al igual que los profesionales que es necesario mejorar su presencia en el servicio y su participación en la atención neonatal. De otro lado, reconocieron como fortalezas el respeto de los trabajadores por la vida de sus bebés, así como la sensibilidad y el buen trato del personal de enfermería. También percibieron positivamente el respeto de los profesionales por las normas de bioseguridad.
3. Finalmente, respecto al tercer objetivo específico de nuestro estudio, se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre “*la atención neonatal según el modelo de atención centrada en la familia*” y “*la satisfacción parental*” en el servicio de neonatología en estudio.

VII. Recomendaciones

1. Se debe sensibilizar y capacitar al personal asistencial para cambiar el paradigma de la atención neonatal, comprendiendo los efectos negativos de la separación de los neonatos de sus familias, y las consecuencias que pueden tener en la insatisfacción, ansiedad y temor en sus padres, así como la demora que genera en su reinserción familiar, sin considerar las posibles secuelas que este tipo de situaciones pudieran dejar en el desarrollo social y neurológico de ese menor. Es necesario incrementar la participación y colaboración de los padres en el cuidado neonatal, favoreciendo su compromiso progresivo y empoderamiento, considerando que ellos continuaran con los cuidados en casa luego del alta. Debe aprovecharse las fortalezas del personal en cuanto al respeto y la sensibilidad por la humanización de la atención neonatal, utilizando estas fortalezas en la elaboración de intervenciones y estrategias en favor de la familia.
2. El nivel de satisfacción parental observado en nuestro estudio proporciona una oportunidad de mejora para el servicio de neonatología a través de un plan de atenciones que se adjunta en el Anexo 15. De otro lado, es importante mejorar aspectos específicos como el acceso telefónico, también iniciar el trabajo educativo con los padres a fin de que sean capaces de participar de forma progresiva y útil en la atención neonatal, sin comprometer la bioseguridad ni afectar la calidad del servicio. Es necesario canalizar el respeto y la sensibilidad del personal del servicio en beneficio de la atención neonatal centrada en la familia.
3. Al haberse comprobado la correlación entre las variables de nuestro estudio, es relevante presentar el plan de mejora de la satisfacción parental siguiendo el modelo de atención centrada en la familia que ha sido validado por expertos (Anexo 16), el mismo que debe ser socializado ante los gestores y administradores del hospital, con la finalidad de buscar apoyo para su implementación en beneficio de los neonatos hospitalizados y sus familias.

Referencias

- Aguirre Paz, Y. del P., & Bocanegra Vega, Y. N. (2022). *Satisfacción de la madre sobre el cuidado enfermero en el servicio de neonatología – Hospital II-I Moyobamba, San Martín 2019* [UNPRG]. <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/10559>
- Albayrak, S., & Büyükgönenç, L. A. (2022). The impact of family-centered care interventions on neonatal and parental outcomes in a Turkish hospital. *Collegian*, 29(5), 738-747. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.05.004>
- Alle, Y. F., Akenaw, B., Seid, S., & Bayable, S. D. (2022). Parental satisfaction and its associated factors towards neonatal intensive care unit service: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 22(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08645-4>
- Angelhoff, C. (2017). *What about the parents?: Sleep quality, mood, saliva cortisol response and sense of coherence in parents with a child admitted to pediatric care* [PhD Thesis]. Linköping University Electronic Press.
- Arias, J., Holgado, J., Tafur, T., & Vasquez, M. (2022). *Metodología de la investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis* (1.^a ed.). Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.016>
- Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2016). Evaluación de la percepción del cuidado centrado en la familia y del estrés parental en una unidad neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24.
- Barra, L., Marín, A., & Coo, S. (2021). Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: Fundamentos y características principales. *Andes pediátrica*, 92(1), 131-137.

- Boza, R., & Solano, E. (2017). *Percepción de la calidad que tienen los usuarios sobre la atención que brinda la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, durante febrero y marzo del año 2016* [Universidad Estatal de Costa Rica]. <https://repositorio.uned.ac.cr/handle/120809/1659>
- Busse, R., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). An introduction to healthcare quality: Defining and explaining its role in health systems. En *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549277/>
- Carhuancho Mendoza, I. M., Sicheri Monteverde, L., Nolzco Labajos, F. A., Guerrero Bejarano, M. A., & Casana Jara, K. M. (2019). *Metodología de la investigación holística*. GUAYAQUIL/UIDE/2019. <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/3893>
- Casanova Romero, I., Paredes Chacín, Í., Naranjo Toro, M. E., Padrón Guillen, J., Basantes Andrade, A. V., Artigas Morales, W., Mariela, F. D., Santana Pérez, Y., Navas Perozo, R., Linares Terán, R., Villalobos Antúnez, J., Annia González, M., Ramírez Molina, R., & Ramos Martínez, Y. (2020). *Formación de Investigadores en el Contexto Universitario* (1º edición). Editorial UTN. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12813>
- CEPAL, N. (2021). *Construir un futuro mejor: Acciones para fortalecer la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Cuarto informe sobre el progreso y los desafíos regionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*. CEPAL.

- Cetintas, I., Kostak, M. A., Semerci, R., & Kocaaslan, E. N. (2021). The Relationship Between Parents' Perceptions of Family-Centered Care and Their Health Care Satisfaction. *Eurasian Journal of Family Medicine*, *10*(3), 125-134.
- Collaço, B. Z., Mandetta, M. A., & Balieiro, M. M. F. G. (2021). Parent and Staff Perception about the Family-Centered Care in Private Service. *Journal of Health Sciences*, *23*(4), 339-344.
- Dall'Oglio, I., Fiori, M., Tiozzo, E., Mascolo, R., Portanova, A., Gawronski, O., Ragni, A., Amadio, P., Cocchieri, A., Fida, R., Alvaro, R., Rocco, G., Latour, J. M., Di Sarra, L., Ancora, G., Lazzari, S., Galeazzo, M., Lolli, E., Frongia, M., ... Italian Empathic-N Study Group. (2018). Neonatal intensive care parent satisfaction: A multicenter study translating and validating the Italian EMPATHIC-N questionnaire. *Italian Journal of Pediatrics*, *44*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0439-8>
- Dall'Oglio, I., Mascolo, R., Gawronski, O., Tiozzo, E., Portanova, A., Ragni, A., Alvaro, R., Rocco, G., & Latour, J. M. (2018). A systematic review of instruments for assessing parent satisfaction with family-centred care in neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, *107*(3), 391-402. <https://doi.org/10.1111/apa.14186>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*, *45*(1), 103-128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

- Eppler, C. (2018). Ecosystem in Family Systems Theory. En J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-5). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_260-1
- Estela Paredes, Rafael. (2020). *2 Modulo 1 Investig Propositiva*. Investigación aplicada IV. <https://www.calameo.com/read/006239239f8a941bec906>
- Franck, L. S., & O'Brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*, *111*(15), 1044-1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1521>
- Gómez-Cantarino, S., García-Valdivieso, I., Moncunill-Martínez, E., Yáñez-Araque, B., & Ugarte Gurrutxaga, M. I. (2020). Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7197. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197197>
- Gómez-Sangama, I. (2017). Nivel de satisfacción del familiar responsable de neonatos hospitalizados, sobre el cuidado de enfermería brindado en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Instituto Nacional Materno Perinatal—2016. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, *6*(2), 22-26. <https://doi.org/10.33421/inmp.201793>
- Gulo, B., Migliarina, L., Tognon, F., Panunzi, S., Tsegaye, A., Asnake, T., Manenti, F., & Dall'Oglio, I. (2021). 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*, *9*. Scopus. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.738863>

- Hadi, M., Martel, C., Huayta, F., Rojas, R., & Arias, J. (2023). *Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis* (1.^a ed.). Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.073>
- Hernández-Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (Primera edición). McGraw Hill México.
- Ida Sweetlin Priyadarsini. (2020). Model-Based on Trust in Delivering Family-Centered Care to neonates admitted in NICU. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 9(1), 17-19.
- Jannes, C., Miedaner, F., Langhammer, K., Enke, C., Göpel, W., Kribs, A., Nitzsche, A., Riedel, R., Woopen, C., Kuntz, L., & Roth, B. (2020). 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*, 33(11), 1874-1880. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1532499>
- Labrie, N. H. M., van Veenendaal, N. R., Ludolph, R. A., Ket, J. C. F., van der Schoor, S. R. D., & van Kempen, A. A. M. W. (2021). Effects of parent-provider communication during infant hospitalization in the NICU on parents: A systematic review with meta-synthesis and narrative synthesis. *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1526-1552. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.023>
- Larocque, C., Peterson, W. E., Squires, J. E., Mason-Ward, M., Mayhew, K., & Harrison, D. (2021). Family-centred care in the Neonatal Intensive Care Unit: A concept analysis and literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(6), 402-411. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.06.014>

- Latour, J. (2011). *Empowerment of Parents in the Intensive Care: A journey discovering parental experiences and satisfaction with care*. Erasmus University Rotterdam. hdl.handle.net/1765/22535
- Lazaro Astocondor, C. M. (2022). *Calidad de atención de enfermería y la satisfacción del familiar, del servicio de neonatología y UCI neonatal de un hospital nacional, Lima 2022*. [Tesis]. Universidad Privada Norvert Wiener.
- Lazo-Gonzales, O., & Santivañez-Pimentel, A. (2018). *Atención de salud con calidad. Desafíos*. <https://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Libro-Atencion-salud-calidad.pdf>
- Lopez Varela, E. M. (2016). *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-2016*.
- Montes Bueno, M. T., Quiroga, A., Rodríguez, S., Sola, A., & miembros del Capítulo de Enfermería de SIBEN. (2016). [Family access to Neonatal Intensive Care Units in Latin America: A reality to improve]. *Anales De Pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 85(2), 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.030>
- Moreno Medina, S. V. (2020). *Calidad de servicio y satisfacción de los padres en el área crítica de neonatología, Hospital Eleazar Guzmán Barrón 2019*. *Repositorio Institucional - UCV*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/47339>
- Nash, D. (2019). *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools* (Fourth edition). Health Administration Press.
- National Academies, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Global Health, & Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. (2018). *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health*

Care Worldwide. National Academies Press (US).

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535653/>

Nawi, F. A. M., Tambi, A. M. A., Samat, M. F., & Mustapha, W. M. W. (2020). A review on the internal consistency of a scale: The empirical example of the influence of human capital investment on Malcom Baldrige quality principles in TEVT institutions. *Asian People Journal (APJ)*, 3(1), 19-29.

<https://doi.org/10.37231/apj.2020.3.1.121>

OMS, OCDE, & Banco Mundial. (2020). *Prestación de servicios de salud de calidad: Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal.*

<http://apps.who.int/iris>.

Phiri, P. G., Chan, C. W., & Wong, C. L. (2020). The scope of family-centred care practices, and the facilitators and barriers to implementation of family-centred care for hospitalised children and their families in developing countries: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 10-28.

Puche, N., Velásquez, M., Núñez, Y., & Rangel, H. (2021). Sistemas de Gestión de la Calidad: Una visión general desde sus inicios hasta la actualidad. *Tekhné*, 24(1).

Quijada Rau, E. M., & Nario Vasquez, J. Y. (2018). *Calidad de atención del profesional de enfermería y la satisfacción de las madres en recién nacidos en el servicio de neonatología del hospital de apoyo San José, Callao 2017* [Tesis, UNAC]. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3996>

Reid, S., Bredemeyer, S., & Chiarella, M. (2021). The evolution of neonatal family centred care. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(5), 327-333. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.03.002>

- Sakonidou, S., Andrzejewska, I., Webbe, J., Modi, N., Bell, D., & Gale, C. (2020). Interventions to improve quantitative measures of parent satisfaction in neonatal care: A systematic review. *BMJ Paediatrics Open*, 4(1), e000613-e000613. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2019-000613>
- Sampaio, A. de A. S., Zonta, J. B., Ferreira, F. Y., & Okido, A. C. C. (2017). *Family-centered care in a pediatric intensive care unit: Professionals' perceptions*.
- Santoyo Bustamante, M. del P. (2022). *Calidad del cuidado de enfermería desde la percepción de padres de recién nacidos hospitalizados en un hospital público—Lambayeque* [Tesis, Universidad Cesar Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/78417>
- Segers, E., Ockhuijsen, H., Baarendse, P., van Eerden, I., & van den Hoogen, A. (2019). 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 and Critical Care Nursing*, 50, 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.008>
- Shrestha, T., Bista, A. P., & Shrestha, S. (2022). Parental Satisfaction with Care and Support in Neonatal Care Units of Public Hospitals of Nepal. *Journal of Nepal Paediatric Society*, 42(1).
- Sivanandan, S., Bethou, A., Ramanujam, S. S., Kumar, C., Chinnasamy, K., Natarajan, P., & Ravichandran, M. (2021). Implementing Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit—A Quality Improvement Initiative. *Indian Journal of Pediatrics*, 88(9), 872-878. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03566-8>

- Skene, C., Gerrish, K., Price, F., Pilling, E., Bayliss, P., & Gillespie, S. (2019). Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: An action research study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *50*, 54-62.
- Soni, R., & Tscherning, C. (2021). Family-centred and developmental care on the neonatal unit. *Paediatrics and Child Health*, *31*(1), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.10.003>
- Vetcho, S., Cooke, M., Petsky, H., Saito, A., & Ullman, A. J. (2022). Family-centred care change during COVID-19. *Nursing in Critical Care*, *27*(3), 460-468. <https://doi.org/10.1111/nicc.12766>
- Vetcho, S., Cooke, M., & Ullman, A. J. (2020). Family-Centred Care in Dedicated Neonatal Units: An Integrative Review of International Perspectives. *Journal of Neonatal Nursing*, *26*(2), 73-92. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.09.004>
- Waddell, D., Creed, A., Cummings, T. G., & Worley, C. G. (2019). *Organisational Change: Development and Transformation* (11 th Edition). Cengage AU.
- Weis, J., Beck, S. A., Jensen, A., Brødsgaard, A., Latour, J. M., & Greisen, G. (2023). Psychometric testing of a Danish version of the empowerment of parents in the intensive care – Neonatology questionnaire has confirmed validity. *Acta Paediatrica*, *112*(4), 708-718. <https://doi.org/10.1111/apa.16661>
- Zhang, J., Chen, W., Petrovsky, N., & Walker, R. M. (2022). The Expectancy-Disconfirmation Model and Citizen Satisfaction with Public Services: A Meta-analysis and an Agenda for Best Practice. *Public Administration Review*, *82*(1), 147-159. <https://doi.org/10.1111/puar.13368>

Anexos

- Anexo 01: Matriz de consistencias.
- Anexo 02: Operacionalización de variables
- Anexo 03. Instrumento de Variable Independiente.
- Anexo 04: Capturas de pantalla de instrumento de Variable independiente.
- Anexo 05: Instrumento para Variable dependiente
- Anexo 06: Consentimiento Informado Cuestionario PCCF-Personal Sanitario.
- Anexo 07: Consentimiento Informado Cuestionario de Satisfacción con la atención de usuario.
- Anexo 08: Datos muestrales de referencia.
- Anexo 09: Estadística de fiabilidad de instrumentos
- Anexo 10: Constancias de Registro de Grados y títulos en SUNEDU de los expertos y Matrices de Evaluación por juicio de expertos.
- Anexo 11: Autorización de establecimiento en el que se realizó el estudio.
- Anexo 12: Resultado de similitud del programa Turnitin
- Anexo 13: Estadística descriptiva de indicadores de ambas variables
- Anexo 14: Tablas de confiabilidad y normalidad de muestras para análisis de correlación
- Anexo 15: Propuesta
- Anexo 16: Validación de propuesta por juicio de expertos.

Anexo 01: Matriz de consistencias.

Tabla 6.

Matriz de consistencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Metodología
¿Cómo diseñar un plan de atención neonatal según el modelo de atención centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 en Chiclayo, durante el segundo trimestre del año 2023?	Diseñar un plan de atención neonatal según el modelo de Atención Centrada en la familia para mejorar la satisfacción de los padres de neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo, durante el segundo trimestre del año 2023.	H ₁ : Un plan de atención neonatal según en el modelo de Atención centrada en la familia mejora la satisfacción de los padres de neonatos hospitalizados en un servicio de Neonatología de Chiclayo.	<p>Variable 1 (Independiente): Atención neonatal según el modelo de atención centrada en la familia. Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeto (6) - Colaboración (9) - Apoyo (6) <p>Variable 2 (Dependiente): Satisfacción Parental. Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información. - Cuidado y tratamiento. - Organización. - Participación Parental. - Actitud profesional. 	<p>Tipo: Básica.</p> <p>Enfoque: Cuantitativo.</p> <p>Diseño: No experimental, transversal, descriptivo propositivo.</p> <p>Población: P1: 41 trabajadores asistenciales del Servicio de neonatología P2: 142 padres o cuidadores de los Recién nacidos dados de alta del servicio de neonatología en el 2do trimestre del año.</p> <p>Muestreo: Muestreo probabilístico aleatorio simple.</p> <p>Muestra: M1: 39 trabajadores asistenciales M2: 104 padres o cuidadores de los Recién nacidos dados de alta del servicio de neonatología.</p> <p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Herramienta: I1: Cuestionario de percepción de la ACF - Equipo. I2: Cuestionarios de Satisfacción de los padres.</p>
	Objetivos Específicos	<p>a. Evaluar la Atención neonatal en un hospital nivel II-2 según el modelo de ACF.</p> <p>b. Evaluar el nivel de satisfacción parental en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo.</p> <p>c. Establecer la relación entre la atención neonatal y el nivel de satisfacción parental del servicio de neonatología de un hospital nivel II-2 de Chiclayo.</p> <p>d. Diseñar y validar un plan de atención neonatal basado en el modelo de ACF para mejorar la satisfacción parental en el servicio de neonatología de Chiclayo.</p>	Hipótesis Nula H ₀ : Un plan de atención neonatal según en el modelo de atención centrada en la familia no mejora la satisfacción de los padres de neonatos hospitalizados en un servicio de Neonatología de Chiclayo.	

Nota: ACF = Atención centrada en la familia

Anexo 02: Operacionalización de variables

Tabla 7.
Operacionalización de variables

Variables	Definiciones	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Escala
Variable 1 (Independiente): <i>“Atención neonatal según el modelo de atención centrada en la familia”.</i>	Definición conceptual: La ACF neonatal se define como el conjunto de estrategias, intervenciones específicas que se implementarán para mejorar la participación, el respeto y el apoyo proporcionados a las familias durante la hospitalización de su recién nacido.	Respeto	Padres se sientan acogidos Acompañamiento de otros miembros de la familia Presencia de padres en procedimientos Padres resuelven dudas sobre el tratamiento Trato adecuado a los padres Procedimientos con confidencialidad y privacidad	1 -6	Cuestionario autoadministrado virtual	Ordinal Rango 1 – 4 1 = Nunca 2 = A veces 3 = Usualmente 4 = Siempre
		Colaboración	Se prepara a padres para el alta o referencia Información clara y fiable Padres saben a quién contactar después del alta Padres participan en toma de decisiones. Educación a los padres sobre tratamiento y cuidados Se informa identificación de Médico Se informa identificación de las enfermeras Se entrega información escrita comprensible. Incluir a familia en cuidados de recién nacido	7-15		
		Apoyo	Padres o familiares abrumados por información Profesionales familiarizados con necesidades del niño Profesionales atienden las preocupaciones de los padres. Siempre que sea posible los padres y/o familiares ven a los mismos profesionales durante el ingreso y/o visitas. Los profesionales conocen a las personas de apoyo de los padres. Los profesionales se hacen cargo de por lo que están pasando los padres y/o familiares del niño.	16 - 21		

Tabla 8. (continuación...)
Operacionalización de variables

Variables	Definiciones	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Escala
Variable 2 (dependiente): "Satisfacción parental".	Definición Conceptual: Es la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas de los padres de los neonatos hospitalizados, y por lo tanto está inversamente relacionada a su nivel de estrés, y se constituye en el principal indicador de la calidad de atención neonatal. Definición Operativa: Nivel de satisfacción alcanzado en las dimensiones que lo componen: Información, cuidados y tratamiento, organización, participación de los padres y actitud de los profesionales.	Información	Consecuencias de los tratamientos Información clara de las pruebas. Consecuencias de los medicamentos Hablar diariamente de los cuidados con los pediatras Hablar diariamente de los cuidados con los pediatras	2. 3. 4. 19. 20.	Cuestionario autoadministrado	Ordinal Rango 1 – 6 1 = Muy desacuerdo 6 = Muy de acuerdo Además, opción de "No aplica"
		Cuidado y tratamiento	Trabajo conjunto entre los pediatras y enfermeras Prevención y tratamiento del dolor Preocupación por el bienestar, los pediatras Preocupación por el bienestar, las enfermeras Identificación de los pediatras Identificación de las enfermeras Información del alta por los pediatras Información del alta por las enfermeras	5. 6. 21. 22. 23. 24. 29. 30.		
		Organización	Limpieza del servicio Accesible por teléfono. Atenuación de ruidos Suficiente espacio alrededor de la cuna Trabajo de manera eficaz	12. 13. 14. 15. 16.		
		Participación parental	Participación en toma de decisiones Permanecieron cerca de su hijo Permanecieron cerca durante los procedimientos Preocupación por las experiencias de los padres Confiamos en los médicos Confiamos en las enfermeras	7. 8. 9. 18. 25. 26.		
		Actitud Profesional	Al ingreso se sintieron bien recibidos El equipo trabajó cumpliendo las normas de higiene Respetó la privacidad Respeto por paciente y sus padres Han sido comprensivos los pediatras Han sido comprensivos las enfermeras	1. 10. 11. 17. 27. 28.		

Anexo 03. Instrumento de Variable Independiente.

Cuestionario de percepción de la Atención Centrada en la Familia – Equipo

El siguiente cuestionario es anónimo y está dirigido a los profesionales de la salud.

Apartado 1: Datos sociodemográficos. Por favor, marque la opción que mejor describa su situación para cada pregunta.

1. En su ocupación principal ¿En qué área o servicio trabaja?

- Emergencias
- Quirófano
- UCIN Neonatal/Intermedios
- Hospitalización de pediatría
- Consulta externa de pediatría

2. Indique su sexo: Masculino Femenino

3. Por favor Indique su edad: años

4. ¿Cuál es su nivel de estudios?

- Estudios Primarios
- Estudios Secundarios
- Superior Técnico
- Superior Universitario (Titulado, magister o doctor)

5. Su puesto de trabajo es:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medico | <input type="checkbox"/> Pediatra |
| | <input type="checkbox"/> Residente |
| | <input type="checkbox"/> Otros; |
| <input type="checkbox"/> Enfermera | <input type="checkbox"/> Especialista en UCI |
| | <input type="checkbox"/> En estudio de especialidad |
| | <input type="checkbox"/> Otra especialidad |
| <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermería | |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

6. ¿Durante Cuantos años ha trabajado en atención neonatal? años

7. ¿Ha realizado formación específica sobre atención familiar o cuidados centrados en la Familia?

- Si
- No

Apartado 2: Preguntas sobre cuidados centrados en la familia

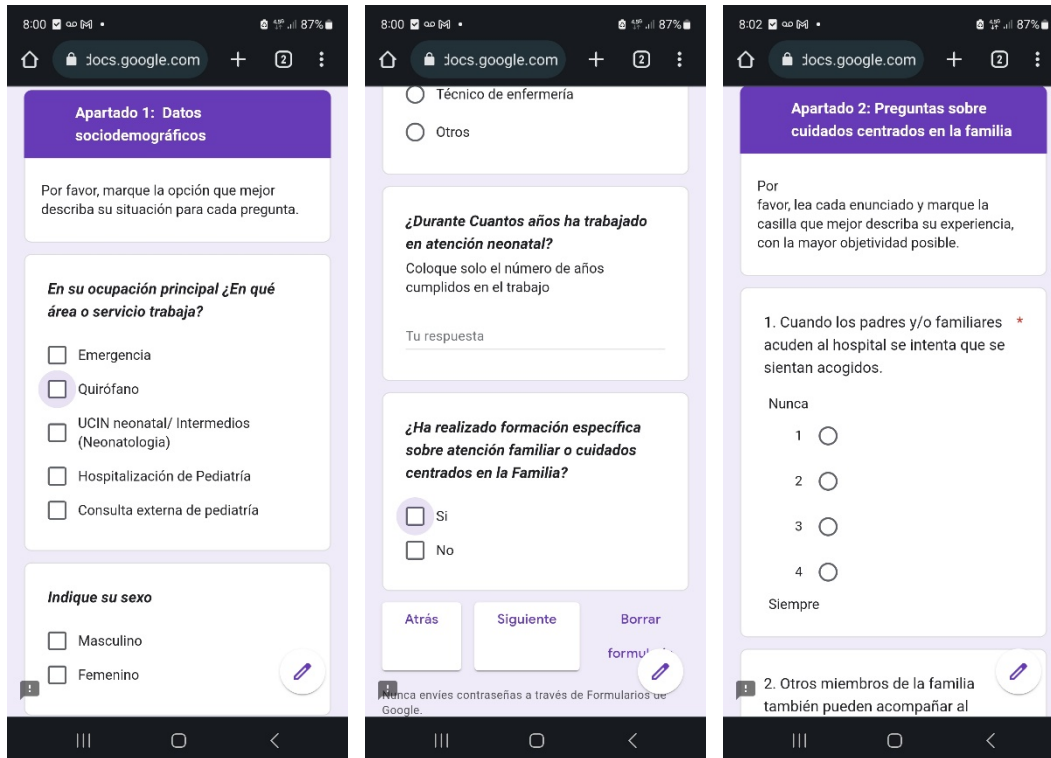
Por favor, lea cada enunciado y marque la casilla que mejor describa su experiencia

	Nunca	A veces	Habitualmente	Siempre
1. Cuando los padres y/o familiares acuden al hospital se intenta que se sientan acogidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otros miembros de la familia también pueden acompañar al niño/a durante las visitas al hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los padres/familiares pueden estar presentes durante los procedimientos o pruebas que se realicen al niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los padres y/o familiares pueden preguntar y resolver sus dudas sobre el tratamiento del niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los padres son tratados como padres (más que como visitas) cuando están con su hijo en el hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Los procedimientos realizados al niño/a se llevan a cabo con la debida confidencialidad y privacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se prepara a los padres y/o familiares para el alta del niño/a y/o para ser remitidos a otro servicio sanitario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Los padres y/o familiares reciben información clara y fiable sobre el tratamiento y cuidados que va a recibir el niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los padres y/o familiares saben a quién llamar o a quién dirigirse si necesitan ayuda o consejo al llegar a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se tiene en cuenta la opinión de los padres en la toma de decisiones sobre el tratamiento y cuidados de su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se enseña a los padres y/ familiares todo lo que deben saber acerca del tratamiento y cuidados del niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se informa a los padres y/o familiares del nombre del médico responsable del niño/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se informa a los padres y/o familiares del nombre de las enfermeras responsables del niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La información escrita entregada a los padres y/o familiares, es fácilmente comprensible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se incluye a la familia en los cuidados del niño/a durante el ingreso y/o visita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Los padres y/o familiares se sienten sobrepasados por la información que reciben sobre el niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Los profesionales están familiarizados con las necesidades particulares del niño/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Los profesionales atienden las preocupaciones de los padres y/o familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Siempre que sea posible los padres y/o familiares ven a los mismos profesionales durante el ingreso y/o visitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Los profesionales conocen quienes son las personas de apoyo de los padres en el cuidado del niño durante el ingreso y/o visita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Los profesionales se hacen cargo de por lo que están pasando los padres y/o familiares del niño.



Anexo 04: Capturas de pantalla de versión virtual del instrumento de la variable independiente (Google Forms ®)



Anexo 05: Instrumento para Variable dependiente

Cuestionario de satisfacción con la atención brindada en el servicio de Neonatología del Hospital Las Mercedes de Chiclayo

Estimado Padre de Familia o responsable del recién nacido:

El siguiente cuestionario pretende evaluar la atención que los pacientes y sus familias reciben en el servicio de neonatología. Es anónimo y permitirá realizar mejoras en el servicio que se brinda.

Agradecemos su participación. Se le solicita que lea las preguntas y responda según su experiencia en el servicio de neonatología.

Muchas gracias

PRIMERA PARTE: GENERAL

Persona que completa el cuestionario: Madre
 Padre
 Ambos
 Cuidador legal
 Otro:

Su edad: Años

Estado Civil

Soltero/a
 Conviviente
 Casado/a
 Separado/a - Divorciado
 Viudo/a

Nivel de estudios:

Sin estudios
 Primaria Completa/ incompleta
 Secundaria Completa/ incompleta
 Superior Técnica Completa/ incomp.
 Superior Universitaria Completa/ incomp.

Situación Laboral:

Sin empleo
 Estudiante
 Labores domesticas
 Activo Independiente
 Activo Dependiente
 Jubilado/ Pensionista

¿Cuántos hijos tiene incluyendo a su bebé hospitalizado? Hijos

¿Cuántos días estuvo hospitalizado su bebe? Días

¿Estuvo su hijo/a conectado a un ventilador mecánico o respirador? Si
 No

SEGUNDA PARTE: SU EXPERIENCIA

En esta parte le invitamos a valorar sus experiencias relacionadas con el cuidado prestado en el servicio de Neonatología.

En cada afirmación marque una casilla entre el 1 al 6, considerando 1 si está muy en desacuerdo o 6 si está muy de acuerdo con la afirmación.

Es posible que algunas afirmaciones no sean aplicables a su situación. Si así fuera, elegir la casilla "no aplicable".

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica
1. Al ingreso nos sentimos bien recibidos.	1	2	3	4	5	6	NA
2. El/la pediatra nos informó claramente de las consecuencias del tratamiento de nuestro hijo/a.	1	2	3	4	5	6	NA
3. Recibimos información clara de las pruebas y exámenes realizados.	1	2	3	4	5	6	NA
4. Recibimos información comprensible de las consecuencias de los medicamentos.	1	2	3	4	5	6	NA
5. Los/as pediatras y las enfermeras trabajaron de manera conjunta.	1	2	3	4	5	6	NA
6. El equipo estuvo alerta para prevenir y tratar el dolor de nuestro hijo/a.	1	2	3	4	5	6	NA
7. Participamos activamente en la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a.	1	2	3	4	5	6	NA
8. Fuimos animados a estar cerca de nuestro hijo/a.	1	2	3	4	5	6	NA
9. Pudimos estar cerca de nuestro hijo/a incluso durante los procedimientos invasivos (vías venosas, aspiración, etc.)	1	2	3	4	5	6	NA
10. El equipo trabajó cumpliendo las normas de higiene.	1	2	3	4	5	6	NA
11. El equipo respetó la privacidad de nuestro hijo/a y la nuestra.	1	2	3	4	5	6	NA

12. El servicio de neonatología estaba limpio. 1 2 3 4 5 6 NA
13. El servicio de neonatología era fácilmente accesible por teléfono. 1 2 3 4 5 6 NA
14. El ruido en el servicio de Neonatología estuvo atenuado en la medida de lo posible. 1 2 3 4 5 6 NA
15. Había suficiente espacio alrededor de la cuna de nuestro hijo/a. 1 2 3 4 5 6 NA
16. El equipo trabajó de manera eficaz. 1 2 3 4 5 6 NA
17. El equipo mostró respeto por nuestro hijo/a y por nosotros. 1 2 3 4 5 6 NA
18. Durante nuestra estancia el equipo nos preguntó sobre nuestras experiencias, sentimientos y temores. 1 2 3 4 5 6 NA
19. Hablamos diariamente sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a con las/os pediatras. 1 2 3 4 5 6 NA
20. Hablamos diariamente sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a con las enfermeras. 1 2 3 4 5 6 NA
21. Las/os pediatras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a. 1 2 3 4 5 6 NA
22. Las enfermeras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a. 1 2 3 4 5 6 NA
23. Supimos todos los días que pediatra era el responsable de nuestro hijo/a. 1 2 3 4 5 6 NA
24. Supimos todos los días que enfermera era la responsable de nuestro hijo/a. 1 2 3 4 5 6 NA
25. Confiamos en los/as pediatras. 1 2 3 4 5 6 NA
26. Confiamos en las enfermeras. 1 2 3 4 5 6 NA

27. Los/as pediatras han sido comprensivos con nosotros: 1 2 3 4 5 6 NA

28. Las enfermeras han sido comprensivas con nosotros: 1 2 3 4 5 6 NA

29. Los/as pediatras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a. 1 2 3 4 5 6 NA

30. Las enfermaras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a. 1 2 3 4 5 6 NA

Si desea puede escribir libremente detalles sobre su experiencia durante el momento del INGRESO, la ESTANCIA y/o el ALTA del Servicio de Neonatología

Si desea también puede escribir detalles sobre su experiencia en GENERAL.

Anexo 06. Consentimiento Informado Cuestionario PCCF-Personal Sanitario.

Consentimiento Informado

Título de la investigación: “Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo”.

Investigador: Jorge Eduardo Espinoza Ríos.

Propósito del estudio: Le invitamos a participar en la presente investigación, cuyo objetivo es diseñar un plan de intervenciones con la finalidad de mejorar la satisfacción de los padres o cuidadores en el servicio de neonatología. Esta investigación es desarrollada por un estudiante de posgrado del programa de Maestría en Gestión de los servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo del campus Chiclayo, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso del Hospital Las Mercedes de Chiclayo.

Este proyecto tiene la intención de generar un impacto positivo en la salud de los neonatos mediante la mejora de atención neonatal.

Procedimiento: Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se le hará llegar un Cuestionario Virtual que recogerá algunos datos personales y las preguntas sobre la investigación que hemos explicado.
2. Este Cuestionario le tomará solo 20 minutos y se realizará por vía virtual. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Su participación es voluntaria: Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgos: El investigador garantiza que NO EXISTE RIESGO O DAÑO al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios: Los resultados de esta investigación (más no sus datos individuales) se alcanzarán a la institución al término de la investigación. No recibirá algún beneficio económico ni de ninguna otra índole. Si bien el estudio no va a aportar a la salud individual de alguno de los recién nacidos, los resultados podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad: Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas: Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador JORGE ESPINOZA RIOS al email: jorgespinozarios@gmail.com y Docente asesor: Dr. Nelson César Santisteban Salazar, email: nsantistebans@ucvvirtual.edu.pe.

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Firma:

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

Anexo 07. Consentimiento Informado Cuestionario de Satisfacción con la atención de usuario.

Consentimiento Informado

Título de la investigación: “Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo”.

Investigador: Jorge Eduardo Espinoza Ríos.

Propósito del estudio: Le invitamos a participar en la presente investigación, cuyo objetivo es diseñar un plan de intervenciones con la finalidad de mejorar la satisfacción de los padres o cuidadores en el servicio de neonatología. Esta investigación es desarrollada por un estudiante de posgrado del programa de Maestría en Gestión de los servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo del campus Chiclayo, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso del Hospital Las Mercedes de Chiclayo.

Este proyecto tiene la intención de generar un impacto positivo en la salud de los neonatos mediante la mejora de atención neonatal.

Procedimiento: Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

3. Se le entregará un Cuestionario que recogerá algunos datos personales y algunas preguntas sobre la investigación que hemos explicado.
4. Este Cuestionario le tomará solo 30 minutos y se realizará en el ambiente de Neonatología del Hospital Las Mercedes. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Su participación es voluntaria: Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgos: El investigador garantiza que NO EXISTE RIESGO O DAÑO al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios: Los resultados de esta investigación (más no sus datos individuales) se alcanzarán a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. Si bien el estudio no va a aportar a la salud individual de alguno de los recién nacidos, los resultados podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad: Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas: Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador JORGE ESPINOZA RIOS al email: jorgespinozarios@gmail.com y Docente asesor: Dr. Nelson César Santisteban Salazar, email: nsantistebans@ucvvirtual.edu.pe.

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Firma:

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

Anexo 08. Datos muestrales de referencia

Tabla 8-1.

Trabajadores asistenciales del servicio de neonatología del hospital Las Mercedes de Chiclayo, 2023

Grupo ocupacional	N° de trabajadores
Médicos Pediatras	07
Enfermeras	20
Técnicas y auxiliares de enfermería	14
<i>Total de trabajadores del servicio</i>	41

Nota: Datos obtenidos de los documentos internos del servicio de neonatología del hospital Las Mercedes de Chiclayo.

Tabla 8-2:

Egresados del Servicio de Neonatología del Hospital Las Mercedes de 2020 - 2022

2020	2021	2022	Promedio Anual
675	534	497	568

Nota: Datos obtenidos de la estadística del Servicio de Neonatología del Hospital Las Mercedes de Chiclayo.

Anexo 09. Estadística de fiabilidad de instrumentos

Tabla 9-1

Resumen de procesamiento de casos y estadística de fiabilidad

		N	%
Casos	Válido	12	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	12	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,809	21

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Nota: El procesamiento se realizó a través del software "Statistical Package for the Social Services® (SPSS)" versión 26.0 para el sistema Operativo Windows®.

Tabla 9-2

Resumen de procesamiento de casos y estadística de fiabilidad

		N	%
Casos	Válido	25	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	25	100,0


Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,898	32

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Nota: El procesamiento se realizó a través del software "Statistical Package for the Social Services® (SPSS)" versión 26.0 para el sistema Operativo Windows®.

Anexo 10. Matriz de Evaluación por juicio de expertos y registro de Grados y títulos en SUNEDU

 PERÚ		Ministerio de Educación	Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria	Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos
REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES				
Graduado	Grado o Título	Institución		
ZEGARRA HINOSTROZA, CARMEN EVA DNI 16719392	SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PEDIATRIA Fecha de diploma: 20/03/01 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS <i>PERU</i>		
ZEGARRA HINOSTROZA, CARMEN EVA DNI 16719392	MEDICO CIRUJANO Fecha de diploma: 23/12/82 Modalidad de estudios: PRESENCIAL	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS <i>PERU</i>		
ZEGARRA HINOSTROZA, CARMEN EVA DNI 16719392	BACHILLER EN MEDICINA Fecha de diploma: 22/12/82 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS <i>PERU</i>		
ZEGARRA HINOSTROZA, CARMEN EVA DNI 16719392	DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD Fecha de diploma: 08/11/2013 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO <i>PERU</i>		
ZEGARRA HINOSTROZA, CARMEN EVA DNI 16719392	MAESTRO EN CIENCIAS SALUD PUBLICA Fecha de diploma: 05/02/2001 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO <i>PERU</i>		



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **ZEGARRA HINOSTROZA**
Nombres **CARMEN EVA**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **16719392**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**
Rector **MARIANO AGUSTIN RAMOS GARCIA**
Secretario General **MIGUEL ANGEL JIMENEZ GAMARRA**
Director **JUAN EDUARDO AGUINAGA MORENO**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **DOCTOR**
Denominación **DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**
Fecha de Expedición **08/11/2013**
Resolución/Acta **321-2013-CU**
Diploma **A1597199**
Fecha Matrícula **Sin información (****)**
Fecha Egreso **Sin información (****)**

Fecha de emisión de la constancia:
01 de Agosto de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001388273



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
Motivo: Servidor de Agente automatizado.
Fecha: 01/08/2023 01:52:08-0500

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

(*****) La falta de información de este campo, no involucra por sí misma un error o la invalidez de la inscripción del grado y/o título, puesto que, a la fecha de su registro, no era obligatorio declarar dicha información. Sin perjuicio de lo señalado, de requerir mayor detalle, puede contactarnos a nuestra central telefónica: 01 500 3930, de lunes a viernes, de 08:30 a.m. a 4:30 p.m.

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
Cuestionario de Percepción de la atención Centrada en la Familia – Personal Sanitario

PRIMERA DIMENSION: DIMENSION RESPETO

OBJETIVO: Mide el reconocimiento de las necesidades de las familias de participación, buen trato, privacidad y confidencialidad.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Cuando los padres y/o familiares acuden al hospital se intenta que se sientan acogidos.	1.	4	4	4	
Otros miembros de la familia también pueden acompañar al niño/a durante las visitas al hospital.	2.	4	4	4	
Los padres/familiares pueden estar presentes durante los procedimientos o pruebas que se realicen al niño/a.	3.	4	4	4	
Los padres y/o familiares pueden preguntar y resolver sus dudas sobre el tratamiento del niño/a.	4.	4	4	4	
Los padres son tratados como padres (más que como visitas) cuando están con su hijo en el hospital.	5.	4	4	4	
Los procedimientos realizados al niño/a se llevan a cabo con la debida confidencialidad y privacidad.	6.	4	4	4	

SEGUNDA DIMENSION DIMENSION COLABORACION

OBJETIVO: Mide la coordinación Padres – profesionales en la atención neonatal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Se prepara a los padres y/o familiares para el alta del niño/a y/o para ser remitidos a otro servicio sanitario.	7.	4	4	4	
Los padres y/o familiares reciben información clara y fiable sobre el tratamiento y cuidados que va a recibir el niño/a.	8.	4	4	4	
Los padres y/o familiares saben a quién llamar o a quién dirigirse si necesitan ayuda o consejo al llegar a casa.	9.	4	3	3	
Se tiene en cuenta la opinión de los padres en la toma de decisiones sobre el tratamiento y cuidados de su hijo.	10.	4	4	4	
Se enseña a los padres y/o familiares todo lo que deben saber acerca del tratamiento y cuidados del niño/a.	11.	4	4	4	
Se informa a los padres y/o familiares del nombre del médico responsable del niño/a	12.	4	4	4	
Se informa a los padres y/o familiares del nombre de las enfermeras responsables del niño/a.	13.	4	4	4	
La información escrita entregada a los padres y/o familiares, es fácilmente comprensible.	14.	4	4	4	
Se incluye a la familia en los cuidados del niño/a durante el ingreso y/o visita.	15.	4	4	4	

TERCERA DIMENSION

DIMENSION AYUDA

OBJETIVO:

Mide el grado de identificación de los profesionales con el sufrimiento de la familia y la disposición a brindar apoyo y soporte.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Los padres y/o familiares se sienten sobrepasados por la información que reciben sobre el niño/a.	16.	3	3	3	
Los profesionales están familiarizados con las necesidades particulares del niño/a.	17.	4	4	4	
Los profesionales atienden las preocupaciones de los padres y/o familiares.	18.	4	4	4	
Siempre que sea posible los padres y/o familiares ven a los mismos profesionales durante el ingreso y/o visitas.	19.	4	4	4	
Los profesionales conocen quienes son las personas de apoyo de los padres en el cuidado del niño durante el ingreso y/o visita.	20.	4	4	4	
Los profesionales se hacen cargo de por lo que están pasando los padres y/o familiares del niño.	21.	3	3	3	

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente:

1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel
------------------------------	---------------	-------------------	---------------

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador.

CARMEN EVA ZEGARRA HINOSTROZA

DNI: 06789238

Especialidad del validador (a):

PEDIATRA

01 de junio de 2023


DRA. CARMEN EVA ZEGARRA HINOSTROZA
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 13210 R.N.E. 13210

Firma del experto

TERCERA DIMENSION: DIMENSION ORGANIZACION

OBJETIVO: Mide el nivel de satisfacción por los aspectos organizativos del servicio: limpieza, accesibilidad, control del ruido, espacio y trabajo eficaz.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
El servicio de neonatología estaba limpio.	12.	4	4	4	
El servicio de neonatología era fácilmente accesible por teléfono.	13.	3	3	3	
El ruido en el servicio de Neonatología estuvo atenuado en la medida de lo posible.	14.	4	4	4	
Había suficiente espacio alrededor de la cuna de nuestro hijo/a.	15.	4	4	4	
El equipo trabajó de manera eficaz	16.	4	4	4	

CUARTA DIMENSION: DIMENSION PARTICIPACION FAMILIAR

OBJETIVO: Mide nivel de satisfacción de los padres con su participación en la toma de decisiones, cercanía con su hijo, presencia durante procedimientos, experiencias durante estancia, confianza con el personal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Participamos activamente en la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a.	7.	4	4	4	
Fuimos animados a estar cerca de nuestro hijo/a.	8.	4	4	4	
Pudimos estar cerca de nuestro hijo/a incluso durante los procedimientos invasivos (vías venosas, aspiración, etc.)	9.	4	4	4	
Durante nuestra estancia el equipo nos preguntó sobre nuestras experiencias, sentimientos y temores.	18.	4	4	4	
Confiamos en los/as pediatras	25.	3	3	3	
Confiamos en las enfermeras	26.	3	3	3	

QUINTA DIMENSION: DIMENSION ACTITUD PROFESIONAL

OBJETIVO: Mide el nivel de satisfacción de los padres con las actitudes de respeto, sensibilidad y seguridad de los profesionales.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Al ingreso nos sentimos bien recibidos	1.	3	3	3	
El equipo trabajó cumpliendo las normas de higiene	10.	4	4	4	
El equipo respetó la privacidad de nuestro hijo y la nuestra	11.	4	4	4	
El equipo mostró respeto por nuestro hijo y por nosotros	17.	4	4	4	
Los pediatras han sido comprensivos con nosotros	27.	4	4	4	
Las enfermeras han sido comprensivas con nosotros	28.	4	4	4	

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
Cuestionario de Satisfacción parental en el servicio de neonatología
(Cuestionario EMPATHIC – 30 por sus siglas en inglés)

PRIMERA DIMENSION: DIMENSION INFORMACION

OBJETIVO: Mide satisfacción por información recibida respecto al tratamiento, pruebas realizadas, consecuencias de los medicamentos y cuidados.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
El/la pediatra nos informó claramente de las consecuencias del tratamiento de nuestro hijo/a.	2.	4	4	4	
Recibimos información clara de las pruebas y exámenes realizados.	3.	4	4	4	
Recibimos información comprensible de las consecuencias de los medicamentos	4.	4	4	4	
Hablamos diariamente con los médicos sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a	19.	4	4	4	
Hablamos diariamente con las enfermeras sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a	20.	4	4	4	

SEGUNDA DIMENSION: DIMENSION CUIDADO Y TRATAMIENTO

OBJETIVO: Mide la Satisfacción de los padres con los cuidados brindados a los neonatos: Trabajo conjunto del personal, atención al dolor, identificación del personal, sensibilidad por el bienestar del niño y su familia, orientación al alta.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Los pediatras y enfermeras trabajaron de manera conjunta	5.	3	4	4	
El equipo estuvo alerta para prevenir y tratar el dolor de nuestro hijo/a	6.	4	4	4	
Los pediatras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a	21.	4	4	4	
Las enfermeras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a	22.	4	4	4	
Supimos todos los días quien era el pediatra responsable de nuestro hijo/a	23.	4	4	4	
Supimos todos los días quien era la enfermera responsable de nuestro hijo/a	24.	4	4	4	
Los/as pediatras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a	29.	4	4	4	
Las enfermeras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a	30.	4	4	4	

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente:

1. No cumple con el criterio	2. Bajo Nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel
------------------------------	---------------	-------------------	---------------

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

CARMEN EVA ZEGARRA HINOSTROZA

DNI: 06789238

Especialidad del validador (a):

PEDIATRA

01 de junio de 2023


DRA. CARMEN EVA ZEGARRA HINOSTROZA
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 13026 R.N.E. 13210

Firma del experto

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
ROJAS HERRERA, MARIA PILAR DNI 17928867	MAESTRA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Fecha de diploma: 13/08/21 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 21/04/2001 Fecha egreso: 30/03/2003	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO PERU
ROJAS HERRERA, MARIA PILAR DNI 17928867	BACHILLER EN MEDICINA Fecha de diploma: 27/07/1990 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO PERU
ROJAS HERRERA, MARIA PILAR DNI 17928867	ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA Fecha de diploma: 14/06/2006 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA PERU
ROJAS HERRERA, MARIA PILAR DNI 17928867	ESPECIALISTA EN MEDICINA PEDIATRICA Fecha de diploma: 09/01/2002 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA PERU
ROJAS HERRERA, MARIA PILAR DNI 17928867	MEDICO CIRUJANO Fecha de diploma: Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO PERU



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **ROJAS HERRERA**
Nombres **MARIA PILAR**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **17928867**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**
Rectora **OLINDA LUZMILA VIGO VARGAS**
Secretario General **FREDDY WIDMAR HERNANDEZ RENGIFO**
Directora **TOMASA VALLEJOS SOSA**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **MAESTRO**
Denominación **MAESTRA EN CIENCIAS CON MENCION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**
Fecha de Expedición **13/08/21**
Resolución/Acta **329-2021-CU**
Diploma **UNPRG-EPG-2021-0493**
Fecha Matriculación **21/04/2001**
Fecha Egreso **30/03/2003**

Fecha de emisión de la constancia:
01 de Agosto de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001388272



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
Motivo: Servidor de Agente automatizado.
Fecha: 01/08/2023 01:38:35-0500

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
Cuestionario de Percepción de la atención Centrada en la Familia – Personal Sanitario

PRIMERA DIMENSION: DIMENSION RESPETO

OBJETIVO: Mide el reconocimiento de las necesidades de las familias de participación, buen trato, privacidad y confidencialidad.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Cuando los padres y/o familiares acuden al hospital se intenta que se sientan acogidos.	1.	4	4	4	
Otros miembros de la familia también pueden acompañar al niño/a durante las visitas al hospital.	2.	3	4	4	
Los padres/familiares pueden estar presentes durante los procedimientos o pruebas que se realicen al niño/a.	3.	3	4	4	
Los padres y/o familiares pueden preguntar y resolver sus dudas sobre el tratamiento del niño/a.	4.	4	4	4	
Los padres son tratados como padres (más que como visitas) cuando están con su hijo en el hospital.	5.	4	4	4	
Los procedimientos realizados al niño/a se llevan a cabo con la debida confidencialidad y privacidad.	6.	4	4	4	

SEGUNDA DIMENSION DIMENSION COLABORACION

OBJETIVO: Mide la coordinación Padres – profesionales en la atención neonatal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Se prepara a los padres y/o familiares para el alta del niño/a y/o para ser remitidos a otro servicio sanitario.	7.	4	4	4	
Los padres y/o familiares reciben información clara y fiable sobre el tratamiento y cuidados que va a recibir el niño/a.	8.	4	4	4	
Los padres y/o familiares saben a quién llamar o a quién dirigirse si necesitan ayuda o consejo al llegar a casa.	9.	4	4	4	
Se tiene en cuenta la opinión de los padres en la toma de decisiones sobre el tratamiento y cuidados de su hijo.	10.	4	4	4	
Se enseña a los padres y/ familiares todo lo que deben saber acerca del tratamiento y cuidados del niño/a.	11.	4	4	4	
Se informa a los padres y/o familiares del nombre del médico responsable del niño/a	12.	4	4	4	
Se informa a los padres y/o familiares del nombre de las enfermeras responsables del niño/a.	13.	4	4	4	
La información escrita entregada a los padres y/o familiares, es fácilmente comprensible.	14.	4	4	4	
Se incluye a la familia en los cuidados del niño/a durante el ingreso y/o visita.	15.	4	4	4	

TERCERA DIMENSION

DIMENSION AYUDA

OBJETIVO:

Mide el grado de identificación de los profesionales con el sufrimiento de la familia y la disposición a brindar apoyo y soporte.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Los padres y/o familiares se sienten sobrepasados por la información que reciben sobre el niño/a.	16.	4	3	4	
Los profesionales están familiarizados con las necesidades particulares del niño/a.	17.	4	4	4	
Los profesionales atienden las preocupaciones de los padres y/o familiares.	18.	4	4	4	
Siempre que sea posible los padres y/o familiares ven a los mismos profesionales durante el ingreso y/o visitas.	19.	3	4	4	
Los profesionales conocen quienes son las personas de apoyo de los padres en el cuidado del niño durante el ingreso y/o visita.	20.	3	4	4	
Los profesionales se hacen cargo de por lo que están pasando los padres y/o familiares del niño.	21.	3	3	4	

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente:

1. No cumple con el criterio	2. Bajo nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel
------------------------------	---------------	-------------------	---------------

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

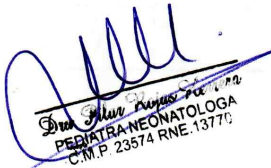
Apellidos y nombres del juez validador.

MARIA PILAR ROJA HERREIRA DNI: 17928867

Especialidad del validador (a):

NEONATOLOGO

01 de junio de 2023


 Dra. María Pilar Roja Herrera
 PEDIATRA-NEONATOLOGA
 C.M.P. 23574 RNE.13779

Firma del experto

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Cuestionario de Empoderamiento de padres en el cuidado intensivo de 30 ítems (EMPATHIC – 30)

PRIMERA DIMENSION: DIMENSION INFORMACION

OBJETIVO: Mide satisfacción por información recibida respecto al tratamiento, pruebas realizadas, consecuencias de los medicamentos y cuidados.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
El/la pediatra nos informó claramente de las consecuencias del tratamiento de nuestro hijo/a.	2.	4	4	4	
Recibimos información clara de las pruebas y exámenes realizados.	3.	4	4	4	
Recibimos información comprensible de las consecuencias de los medicamentos	4.	4	4	4	
Hablamos diariamente con los médicos sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a	19.	4	4	4	
Hablamos diariamente con las enfermeras sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a	20.	4	4	4	

SEGUNDA DIMENSION: DIMENSION CUIDADO Y TRATAMIENTO

OBJETIVO: Mide la Satisfacción de los padres con los cuidados brindados a los neonatos: Trabajo conjunto del personal, atención al dolor, identificación del personal, sensibilidad por el bienestar del niño y su familia, orientación al alta.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Los pediatras y enfermeras trabajaron de manera conjunta	5.	4	4	4	
El equipo estuvo alerta para prevenir y tratar el dolor de nuestro hijo/a	6.	4	4	4	
Los pediatras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a	21.	4	4	4	
Las enfermeras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a	22.	4	4	4	
Supimos todos los días quien era el pediatra responsable de nuestro hijo/a	23.	4	4	4	
Supimos todos los días quien era la enfermera responsable de nuestro hijo/a	24.	4	4	4	
Los/as pediatras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a	29.	4	4	4	
Las enfermeras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a	30.	4	4	4	

TERCERA DIMENSION: DIMENSION ORGANIZACION
OBJETIVO: Mide el nivel de satisfacción por los aspectos organizativos del servicio: limpieza, accesibilidad, control del ruido, espacio y trabajo eficaz.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
El servicio de neonatología estaba limpio.	12.	4	4	4	
El servicio de neonatología era fácilmente accesible por teléfono.	13.	4	4	4	
El ruido en el servicio de Neonatología estuvo atenuado en la medida de lo posible.	14.	4	4	4	
Había suficiente espacio alrededor de la cuna de nuestro hijo/a.	15.	3	4	4	
El equipo trabajó de manera eficaz	16.	4	4	4	

CUARTA DIMENSION: DIMENSION PARTICIPACION FAMILIAR
OBJETIVO: Mide nivel de satisfacción de los padres con su participación en la toma de decisiones, cercanía con su hijo, presencia durante procedimientos, experiencias durante estancia, confianza con el personal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Participamos activamente en la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a.	7.	3	4	4	
Fuimos animados a estar cerca de nuestro hijo/a.	8.	4	4	4	
Pudimos estar cerca de nuestro hijo/a incluso durante los procedimientos invasivos (vías venosas, aspiración, etc.)	9.	4	4	4	
Durante nuestra estancia el equipo nos preguntó sobre nuestras experiencias, sentimientos y temores.	18.	4	4	4	
Confiamos en los/as pediatras	25.	4	4	4	
Confiamos en las enfermeras	26.	4	4	4	

QUINTA DIMENSION: DIMENSION ACTITUD PROFESIONAL
OBJETIVO: Mide el nivel de satisfacción de los padres con las actitudes de respeto, sensibilidad y seguridad de los profesionales.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Al ingreso nos sentimos bien recibidos	1.	4	4	4	
El equipo trabajó cumpliendo las normas de higiene	10.	4	4	4	
El equipo respetó la privacidad de nuestro hijo y la nuestra	11.	4	4	4	
El equipo mostró respeto por nuestro hijo y por nosotros	17.	4	4	4	
Los pediatras han sido comprensivos con nosotros	27.	4	4	4	
Las enfermeras han sido comprensivas con nosotros	28.	4	4	4	

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente:

1. No cumple con el criterio	2. Bajo Nivel	3. Moderado nivel	4. Alto nivel
------------------------------	---------------	-------------------	---------------

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

MARÍA PILAR ROSAL HERRERA

DNI: 17928867

Especialidad del validador (a):

NEONATOLOGÍA

01 de junio de 2023


Dra. María Pilar Rosal Herrera
PEDIATRA NEONATOLOGA
C.M.P. 23674 RNE.13770

Firma del experto

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
AZABACHE CEFERINO, MANUEL ENRIQUE DNI 01144395	MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION CON MENCION EN INVESTIGACION Y DOCENCIA Fecha de diploma: 29/08/17 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 13/05/2009 Fecha egreso: 06/09/2011	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO <i>PERU</i>
AZABACHE CEFERINO, MANUEL ENRIQUE DNI 01144395	TITULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Fecha de diploma: Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO <i>PERU</i>
AZABACHE CEFERINO, MANUEL ENRIQUE DNI 01144395	ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Fecha de diploma: 23/07/1999 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO <i>PERU</i>
AZABACHE CEFERINO, MANUEL ENRIQUE DNI 01144395	PEDIATRIA Fecha de diploma: 23/07/1999 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO <i>PERU</i>
AZABACHE CEFERINO, MANUEL ENRIQUE DNI 01144395	BACHILLER EN MEDICINA Fecha de diploma: Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO <i>PERU</i>
AZABACHE CEFERINO, MANUEL ENRIQUE DNI 01144395	MEDICO CIRUJANO Fecha de diploma: Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO <i>PERU</i>



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos AZABACHE CEFERINO
Nombres MANUEL ENRIQUE
Tipo de Documento de Identidad DNI
Numero de Documento de Identidad 01144395

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
Rector JORGE AURELIO OLIVA NUÑEZ
Secretario General MANUEL AUGENCIO SANDOVAL RODRIGUEZ
Director SAUL ALBERTO ESPINOZA ZAPATA

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico MAESTRO
Denominación MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION CON MENCION EN INVESTIGACION Y DOCENCIA
Fecha de Expedición 29/08/17
Resolución/Acta 866-2017-R
Diploma UNPRG-EPG-2017-392
Fecha Matricula 13/05/2009
Fecha Egreso 06/09/2011

Fecha de emisión de la constancia:
01 de Agosto de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001388268



Firmado digitalmente por:
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
Motivo: Servidor de Agente automatizado.
Fecha: 01/08/2023 01:20:52-0500

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
Cuestionario de Percepción de la atención Centrada en la Familia – Personal Sanitario

PRIMERA DIMENSION: DIMENSION RESPETO

OBJETIVO: Mide el reconocimiento de las necesidades de las familias de participación, buen trato, privacidad y confidencialidad.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Cuando los padres y/o familiares acuden al hospital se pretende que se sientan acogidos.	1.	3	3	3	
Otros miembros de la familia (Como hermanos y abuelos) también pueden acompañar al niño/a durante las visitas al hospital.	2.	3	3	3	
Los padres/familiares pueden estar presentes durante los procedimientos o pruebas que se realicen al niño/a. (Como vías venosas, aspiración, etc.)	3.	4	4	4	
Los padres y/o familiares pueden preguntar y resolver sus dudas sobre el tratamiento del niño/a.	4.	4	4	4	
Los padres son tratados como padres (más que como visitas) cuando están con su hijo en el hospital.	5.	4	4	4	
Los procedimientos realizados al niño/a se llevan a cabo con la debida confidencialidad y privacidad.	6.	4	4	4	

SEGUNDA DIMENSION DIMENSION COLABORACION

OBJETIVO: Mide la coordinación Padres – profesionales en la atención neonatal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Se prepara a los padres y/o familiares para el alta del niño/a y/o para ser remitidos a otro servicio sanitario.	7.	4	4	4	
Los padres y/o familiares reciben información clara y fiable sobre el tratamiento y cuidados que va a recibir el niño/a.	8.	4	4	4	
Los padres y/o familiares saben a quién llamar o a quién dirigirse si necesitan ayuda o consejo al llegar a casa.	9.	4	3	3	
Se tiene en cuenta la opinión de los padres en la toma de decisiones sobre el tratamiento y cuidados de su hijo.	10.	4	4	4	
Se enseña a los padres y/o familiares todo lo que deben saber acerca del tratamiento y cuidados del niño/a.	11.	4	4	4	
Se informa a los padres y/o familiares del nombre del médico responsable del niño/a	12.	4	4	4	
Se informa a los padres y/o familiares del nombre de las enfermeras responsables del niño/a.	13.	4	4	4	
La información escrita entregada a los padres y/o familiares, es fácilmente comprensible.	14.	4	4	4	
Se incluye a la familia en los cuidados del niño/a durante el ingreso y/o visita.	15.	4	4	4	

TERCERA DIMENSION

DIMENSION AYUDA

OBJETIVO:

Mide el grado de identificación de los profesionales con el sufrimiento de la familia y la disposición a brindar apoyo y soporte.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Los padres y/o familiares se sienten sobrepasados por la información que reciben sobre el niño/a.	16.	3	3	3	
Los profesionales están familiarizados con las necesidades particulares del niño/a.	17.	4	4	4	
Los profesionales atienden las preocupaciones de los padres y/o familiares.	18.	4	4	4	
Siempre que sea posible los padres y/o familiares ven a los mismos profesionales durante el ingreso y/o visitas.	19.	4	4	4	
Los profesionales conocen quienes son las personas de apoyo de los padres en el cuidado del niño durante el ingreso y/o visita.	20.	3	3	3	
Los profesionales se hacen cargo de por lo que están pasando los padres y/o familiares del niño.	21.	3	3	3	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador.

AZABACHE CEFERINO MANUEL ENRIQUE

DNI: 01144395

Especialidad del validador (a):

PEDIATRA

01 de junio de 2023


Firma del experto

Manuel E. Azabache Ceferrino
MEDICO PEDIATRA
CMP: 23437 RNE: 112005

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
Cuestionario de Empoderamiento de padres en el cuidado intensivo de 30 ítems (EMPATHIC - 30)
PRIMERA DIMENSION: DIMENSION INFORMACION

OBJETIVO: Mide satisfacción por información recibida respecto al tratamiento, pruebas realizadas, consecuencias de los medicamentos y cuidados.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
El/la pediatra nos informó claramente de las consecuencias del tratamiento de nuestro hijo/a.	2.	4	4	4	
Recibimos información clara de las pruebas y exámenes realizados.	3.	4	4	4	
Recibimos información comprensible de las consecuencias de los medicamentos	4.	4	4	4	
Hablamos diariamente con los médicos sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a	19.	4	4	4	
Hablamos diariamente con las enfermeras sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a	20.	4	4	4	

SEGUNDA DIMENSION: DIMENSION CUIDADO Y TRATAMIENTO

OBJETIVO: Mide la Satisfacción de los padres con los cuidados brindados a los neonatos: Trabajo conjunto del personal, atención al dolor, identificación del personal, sensibilidad por el bienestar del niño y su familia, orientación al alta.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Los pediatras y enfermeras trabajaron de manera conjunta	5.	4	4	4	
El equipo estuvo alerta para prevenir y tratar el dolor de nuestro hijo/a	6.	4	4	4	
Los pediatras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a	21.	4	4	4	
Las enfermeras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a	22.	4	4	4	
Supimos todos los días quien era el pediatra responsable de nuestro hijo/a	23.	4	4	4	
Supimos todos los días quien era la enfermera responsable de nuestro hijo/a	24.	4	4	4	
Los/as pediatras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a	29.	4	4	4	
Las enfermeras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a	30.	4	4	4	

TERCERA DIMENSION: DIMENSION ORGANIZACION

OBJETIVO: Mide el nivel de satisfacción por los aspectos organizativos del servicio: limpieza, accesibilidad, control del ruido, espacio y trabajo eficaz.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
El servicio de neonatología estaba limpio.	12.	4	4	4	
El servicio de neonatología era fácilmente accesible por teléfono.	13.	4	4	4	
El ruido en el servicio de Neonatología estuvo atenuado en la medida de lo posible.	14.	4	4	4	
Había suficiente espacio alrededor de la cuna de nuestro hijo/a.	15.	4	4	4	
El equipo trabajó de manera eficaz	16.	4	4	4	

CUARTA DIMENSION: DIMENSION PARTICIPACION FAMILIAR

OBJETIVO: Mide nivel de satisfacción de los padres con su participación en la toma de decisiones, cercanía con su hijo, presencia durante procedimientos, experiencias durante estancia, confianza con el personal.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Participamos activamente en la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a.	7.	3	3	3	
Fuimos animados a estar cerca de nuestro hijo/a.	8.	4	4	4	
Pudimos estar cerca de nuestro hijo/a incluso durante los procedimientos invasivos (vías venosas, aspiración, etc.)	9.	3	3	3	
Durante nuestra estancia el equipo nos preguntó sobre nuestras experiencias, sentimientos y temores.	18.	3	3	3	
Confiamos en los/as pediatras	25.	4	4	4	
Confiamos en las enfermeras	26.	4	4	4	

QUINTA DIMENSION: DIMENSION ACTITUD PROFESIONAL

OBJETIVO: Mide el nivel de satisfacción de los padres con las actitudes de respeto, sensibilidad y seguridad de los profesionales.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Al ingreso nos sentimos bien recibidos	1.	4	4	4	
El equipo trabajó cumpliendo las normas de higiene	10.	4	4	4	
El equipo respetó la privacidad de nuestro hijo y la nuestra	11.	4	4	4	
El equipo mostró respeto por nuestro hijo y por nosotros	17.	4	4	4	
Los pediatras han sido comprensivos con nosotros	27.	4	4	4	
Las enfermeras han sido comprensivas con nosotros	28.	4	4	4	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):
EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

AZABACHE CEFERINO MANUEL ENRIQUE

DNI: 01144395

Especialidad del validador (a):

PEDIATRA


Manuel E. Azabache Ceferino
MÉDICO PEDIATRA
C.R. 23437 R.N.E. 11005

01 de junio de 2023

Firma del experto

Anexo 11: Autorización de establecimiento



N° 051/ 23

AUTORIZACIÓN


El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autoriza a:

**ESPINOZA RIOS
JORGE EDUARDO**

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: "*Plan de Atención Neonatal Centrado en la Familia para Mejorar la Satisfacción Parenteral en un Servicio de Neonatología de Chiclayo*" debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Junio 2023


GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO
Dr. Juan Gerardo Ortundo Verástegui
CMP. 51157
DIRECTOR EJECUTIVO


GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO
Dr. Fernando Eulogio Peña Dávila
CMP N° 81068
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Anexo 12: Estadística descriptiva de indicadores de ambas variables.

Tabla 13-1

Medidas de tendencia centra de los Indicadores de la variable Atención neonatal según el modelo de ACF.

Ítem	Indicadores	Media	SD	Max	Min
1	Se intenta que los padres se sientan acogidos.	3,54	0,55	4	2
2	Otros miembros de la familia también pueden visitar al niño.	2,05	0,99	4	1
3	Los padres pueden estar presentes durante los procedimientos.	1,85	1,08	4	1
4	Los padres pueden resolver sus dudas sobre el tratamiento.	3,46	0,78	4	1
5	Los padres son tratados como padres más que como visitas.	3,51	0,67	4	2
6	Los procedimientos se realizan con la debida confidencialidad y privacidad.	3,51	0,71	4	1
7	Se prepara a los padres para el alta del niño	3,23	0,86	4	1
8	Los padres reciben información clara sobre cuidados.	3,54	0,63	4	2
9	Los padres saben a quién llamar si necesitan ayuda.	2,69	0,91	4	1
10	Se tiene en cuenta la opinión de los padres en la toma de decisiones.	2,90	0,98	4	1
11	Se enseña a los padres todo acerca del tratamiento y cuidados.	3,23	0,77	4	2
12	Se informa del nombre del médico responsable	3,28	1,04	4	1
13	Se informa del nombre de las enfermeras responsables.	2,03	0,95	4	1
14	La información escrita es fácilmente comprensible.	2,97	0,80	4	1
15	Se incluye a la familia en los cuidados del niño/a.	2,64	1,00	4	1
16	Los padres se sienten sobrepasados por la información.	2,56	0,71	4	1
17	Los profesionales están familiarizados con las necesidades del niño/a.	3,21	0,76	4	2
18	Los profesionales atienden las preocupaciones de los padres.	2,92	0,76	4	1
19	Los padres ven a los mismos profesionales	2,69	0,94	4	1
20	Los profesionales conocen quienes son las personas de apoyo.	2,62	0,92	4	1
21	Los profesionales se hacen cargo de por lo que están pasando los padres.	2,18	0,78	4	1

Nota: *Media* = Promedio, *SD* = Desviación Estándar; *Máx* = Valor máximo; *Min* = Valor Mínimo.

Tabla 13-2

Medidas de tendencia centra de los Indicadores de la variable Satisfacción parental en el servicio de Neonatología de un hospital nivel II-2. Segundo trimestre 2023

ITEMS	Indicadores	Media	SD	Max	Min
1.	Al ingreso nos sentimos bien recibidos.	4,29	0,97	6	2
2.	El/la pediatra nos informó claramente de las consecuencias del tratamiento de nuestro hijo/a.	4,88	1,05	6	2
3.	Recibimos información clara de las pruebas y exámenes realizados.	4,95	1,00	6	2
4.	Recibimos información comprensible de las consecuencias de los medicamentos.	4,84	1,17	6	2
5.	Los/as pediatras y las enfermeras trabajaron de manera conjunta.	4,58	1,19	6	1
6.	El equipo estuvo alerta para prevenir y tratar el dolor de nuestro hijo/a.	3,93	1,14	6	1
7.	Participamos activamente en la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a.	3,20	0,98	6	1
8.	Fuimos animados a estar cerca de nuestro hijo/a.	3,77	1,19	6	1
9.	Pudimos estar cerca de nuestro hijo/a incluso durante los procedimientos invasivos (vías venosas, aspiración, etc.)	3,52	1,18	5	1
10.	El equipo trabajó cumpliendo las normas de higiene.	5,00	1,17	6	2
11.	El equipo respetó la privacidad de nuestro hijo/a y la nuestra.	4,84	1,12	6	2
12.	El servicio de neonatología estaba limpio.	4,41	1,29	6	1
13.	El servicio de neonatología era fácilmente accesible por teléfono.	3,04	1,21	6	1
14.	El ruido en el servicio de Neonatología estuvo atenuado en la medida de lo posible.	4,27	1,39	6	1
15.	Había suficiente espacio alrededor de la cuna de nuestro hijo/a.	4,42	1,18	6	1
16.	El equipo trabajó de manera eficaz.	4,81	1,06	6	2
17.	El equipo mostró respeto por nuestro hijo/a y por nosotros.	5,08	1,00	6	2
18.	Durante nuestra estancia el equipo nos preguntó sobre nuestras experiencias, sentimientos y temores.	3,75	1,25	6	1
19.	Hablamos diariamente sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a con las/os pediatras.	4,47	1,21	6	1
20.	Hablamos diariamente sobre el cuidado y tratamiento de nuestro hijo/a con las enfermeras.	4,47	1,21	6	1
21.	Las/os pediatras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a.	4,49	1,17	6	1
22.	Las enfermeras se preocuparon por el bienestar de nuestro hijo/a.	4,61	1,11	6	2
23.	Supimos todos los días que pediatra era el responsable de nuestro hijo/a.	4,25	1,22	6	1
24.	Supimos todos los días que enfermera era la responsable de nuestro hijo/a.	4,28	1,20	6	1
25.	Confiamos en los/as pediatras.	4,75	1,21	6	2
26.	Confiamos en las enfermeras.	4,70	1,13	6	1
27.	Los/as pediatras han sido comprensivos con nosotros:	4,91	0,97	6	2
28.	Las enfermeras han sido comprensivas con nosotros:	4,97	0,99	6	2
29.	Los/as pediatras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a.	4,83	1,16	6	1
30.	Las enfermeras nos informaron adecuadamente acerca del alta de nuestro hijo/a.	4,70	1,03	6	2

NOTA: *Media* = Promedio, *SD* = Desviación Estándar; *Máx* = Valor máximo; *Min* = Valor Mínimo.

Anexo 13: Tablas de confiabilidad y normalidad de muestras para análisis de correlación

Escala: Percepción de la atención centrada en la familia

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,815	21

Escala: EMPATHIC-30

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,990	30

Escala: Percepción de la atención centrada en la familia

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Respeto	,146	39	,036	,968	39	,325
Colaboración	,124	39	,131	,976	39	,548
Ayuda	,116	39	,200*	,960	39	,182
Percepción de la atención centrada en la familia	,077	39	,200*	,964	39	,241

Escala: EMPATHIC-30

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Información	,158	39	,015	,888	39	,001
Cuidado y tratamiento	,192	39	,001	,920	39	,009
Organización	,162	39	,012	,951	39	,090
Participación familiar	,124	39	,137	,952	39	,097
Actitud profesional	,202	39	,000	,849	39	,000
EMPATHIC 30	,130	39	,095	,921	39	,009

Anexo 14: Propuesta.

Propuesta de Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo.

1. Datos Informativos

Título : Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo.

Lugar : Chiclayo

Institución : Hospital Minsa Nivel II-2 de Chiclayo

Investigador : Jorge Eduardo Espinoza Ríos

2. Presentación.

El servicio de neonatología del hospital II-2 de Chiclayo, es la unidad productora de servicios que se encarga de cubrir las necesidades de atención de neonatos enfermos y críticos de nuestro hospital, y es centro de referencias de establecimientos públicos y privados de la región y las regiones cercanas. El servicio cuenta con un total de 22 cupos, de los cuales 4 son de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCI), 8 de intermedios I (UCIN-I) y 10 de intermedios II (UCIN-II). El año 2022 ingresaron 497 recién nacidos de los cuales 83 neonatos requirieron UCI Neonatal. Para poder recibir la atención correspondiente a sus patologías, todos éstos recién nacidos debieron ser separados de sus familias en mayor o menor grado, con regímenes de visitas muy restrictivos.

Esta separación tiene causas multifactoriales como las políticas institucionales de horarios de visita, la infraestructura reducida, medidas de bioseguridad y características del modelo de atención y sus paradigmas. El modelo de atención predominante en el servicio es el cuidado centrado en desarrollo (CCD), ya que se practican medidas para proteger el neuro desarrollo del paciente como la reducción de luces,

ruidos, protocolo de manipulación mínima, posición y contención, así como el uso de la leche materna para la alimentación del neonato. Sin embargo, la separación termina generando sentimientos de ansiedad y estrés en los padres de los neonatos hospitalizados lo cual puede verse reflejado en su nivel de satisfacción frente a la atención que revieron sus infantes en la hospitalización.

Los datos obtenidos en la tesis titulada: “Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo” demuestran que el nivel de satisfacción de los padres/ cuidadores se encuentra por debajo del nivel adecuado. Además, se demostró que la satisfacción se correlacionó con una baja práctica de la atención centrada en la familia en el servicio.

Recientemente se ha presentado la oportunidad de la aprobación y ejecución de un proyecto de ampliación de la unidad con la construcción de una nueva área que permitirá contar con 5 cupos de UCI y 10 cupos de Intermedios, dejando libre una amplia área en la que es posible iniciar la práctica de estrategias y actividades de atención centrada en la familia para beneficio de los padres y los recién nacidos del servicio.

Para este fin, el presente plan se ha estructurado con un análisis inicial de las causas del problema de investigación, seguido inmediatamente de la metodología para encontrar las principales estrategias de solución y finalmente la propuesta de las actividades a ser realizadas, con su respectivo cronograma y presupuesto.

3. Conceptualización de la propuesta

El tema de la presente propuesta se enmarca en el diseño de un proyecto de mejora de la atención, específicamente en las dimensiones de estructura, procesos, roles y responsabilidades en servicio de neonatología de un hospital nivel II-2, con la finalidad de incrementar el nivel de satisfacción parental siguiendo los principios de la atención centrada en la familia.

La *satisfacción parental* se define como la apreciación del cumplimiento de las expectativas y requerimientos de los padres, estando inversamente

relacionada a su nivel de estrés. La cuantificación de la experiencia de los padres en las unidades neonatales es esencial para que los profesionales de la salud y los administradores logren el diseño de estrategias e intervenciones basadas en la filosofía del ACF que respondan a las necesidades de los neonatos y sus padres, y que impacten positivamente en el estrés de los padres, mejoren el vínculo de padres y neonatos, y mejoren los resultados de la salud del recién nacido (Sakonidou et al., 2020).

La *atención centrada en la familia* puede ser definida teórica y operativamente. Teóricamente la ACF se define como una filosofía de atención que reconoce, respeta y responde a las necesidades y valores de las familias individuales en su rol central en la vida y el bienestar del niño, comprendiendo que en el escenario de la hospitalización neonatal no es posible atender al recién nacido como un individuo aislado, sino como parte de un entorno familiar, ya que se considera a la familia como la *unidad de atención*. La definición operativa se centra en la asociación entre los profesionales de la salud y los miembros de la familia para colaborar y participar en la construcción del mejor plan de atención para el paciente neonatal y evaluar continuamente su progreso (Smith, 2018).

4. Objetivos de la propuesta

4.1. Objetivo general

Mejorar la satisfacción de los padres/Cuidadores de recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital de segundo nivel de Chiclayo.

4.2. Objetivo específico

- a. Identificar y analizar las principales causas relacionadas con la satisfacción inadecuada de los padres en el servicio de neonatología.
- b. Planificar las mejores estrategias y actividades basadas en los principios de la atención centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en el servicio de neonatología.

- c. Diseñar la mejor metodología para la ejecución y evaluación de las estrategias y actividades planificadas.

5. Justificación

5.1. Relevancia social:

La presente propuesta es trascendente porque enfoca una problemática en el grupo de edad con mayor morbimortalidad de la niñez (Casi el 50% de las muertes en menores de 5 años ocurren en el periodo neonatal), beneficiando a los recién nacidos, ya que se ha demostrado que la ACF reduce complicaciones neonatales como la sepsis, dificultad respiratoria e hipotermia, y mejora el neurodesarrollo, produciendo también beneficios en los padres/cuidadores reduciendo su nivel de estrés y ansiedad y mejorando su participación y entusiasmo.

5.2. Conveniencia:

Esta propuesta es conveniente por que se enmarca en la búsqueda de la mejora de la calidad de los servicios de salud, como uno de los pilares de la Cobertura Universal de Salud (CUS), columna fundamental del Tercer Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), planteado en la agenda 2030 de las Naciones Unidas.

5.3. Implicancias prácticas.

Esta propuesta representa una alternativa de solución a la problemática real de la separación de padres e hijos durante la hospitalización neonatal que origina lamentables consecuencias como insatisfacción, ansiedad y estrés en los padres manifestados por el inadecuado nivel de satisfacción de los padres del servicio de neonatología.

6. Fundamentos

6.1. Fundamentos Filosóficos.

La atención centrada en la familia es un enfoque filosófico con un conjunto de principios para guiar la prestación de atención médica, enfatizándose que la atención debe brindarse en el contexto de las

fortalezas y necesidades del paciente, su familia y la comunidad y por lo tanto conduce hacia el empoderamiento de la familia en la atención neonatal para que genere confianza y tome decisiones sobre su propia salud y la de su bebé. Los principios filosóficos involucrados en la ACF son muy profundos como el respeto a cada recién nacido y su familia; la diversidad honrando las diferencias raciales, étnicas, culturales y socioeconómicas de las familias y sus diferentes experiencias y percepciones del cuidado; el apoyo a la libertad y elecciones informadas mediante la participación en las decisiones médicas; la flexibilidad en las políticas, procedimientos y prácticas organizacionales para que los servicios se adapten a las necesidades, creencias y valores culturales de cada familia.

6.2. Fundamentos epistemológicos.

Las prácticas de atención centrada en la familia se fundamentan en diversas teorías epistemológicas que debemos repasar.

- a) La “*Teoría general de los ecosistemas*” y la “*Teoría de los sistemas familiares*”, que sostienen que los individuos se desarrollan e interaccionan en entornos concéntricos que se organizan en capas o sistemas, cada una incluida en otra más amplia y alejada pero interdependientes y entrelazados en una red. La capa más interna es la de los microsistemas como *la familia* que influyen directamente en el desarrollo humano; por fuera de esta capa se encuentra una capa intermedia, donde ubicamos a los profesionales asistenciales en contacto directo con la familia; en la tercera capa se ubican los elementos que tienen influencia indirecta sobre el individuo, como el sistema de salud. Y la última capa corresponde a los elementos externos como el contexto social, cultural e históricos, como las políticas y leyes sanitarias (Angelhoff, 2017; Eppler, 2018).
- b) Otra teoría involucrada en la ACF es la del “*Déficit del autocuidado*”, que sostiene que los neonatos son dependientes de la atención de sus padres para satisfacer las demandas de

autocuidado para una vida sana y un desarrollo normal, en particular cuando están enfermos. Son principalmente los padres los que conocen y satisfacen las demandas de autocuidado del niño esto les otorga una doble función condicionante como agente de autocuidado y agente de cuidado de dependientes debiendo satisfacer sus propias necesidades y también las de sus hijos (Priyadarsini, 2020).

- c) La *Teoría Sinactiva o interactiva*, que propone que la regulación del desarrollo neurológico del neonato se produce activamente por su interacción continua con su entorno y cuidadores, a través de 5 subsistemas: autonómico/ fisiológico, motor, estado de vigilia sueño, atención-interacción y autorregulación. Los estímulos adaptativos del entorno generan una reacción interactiva organizada, mientras que los estímulos inadecuados generan reacciones de estrés y desorganización de los subsistemas (Barra et al., 2021).

6.3. Fundamentos desde la gestión de servicios de salud:

Los conceptos de *atención centrada en la familia*, así como el de la *satisfacción parental* son nociones íntimamente ligadas a la gestión de la calidad de los servicios de salud y sus diferentes teorías contribuyen a proporcionar un marco teórico para ambos conceptos. La OMS y la Comisión Europea consideran a los servicios de salud de alta calidad si cumplen con ser eficaces (basados en la evidencia) seguros y centrados en el paciente y su familia, (Busse et al., 2019). Por este motivo la ACF es considerada como el nuevo estándar de la calidad de atención neonatal y redefine la calidad del servicio en las unidades neonatales. La ACF es un concepto muy ligado al desarrollo de la era de la "*Calidad orientada al servicio*", que surge a partir de la evolución y maduración del pensamiento de "los grandes maestros" como William Edward Deming, quien señala que la calidad debe estar definida en términos de satisfacción del cliente, y es juzgada por las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio (Puche et al., 2021). Comprender lo que es satisfactorio para los padres y lo

que identifican como importante ayudaría a identificar las áreas en las que hay que dirigir el cambio y las intervenciones a implementar para apoyar aún más a las familias en las unidades neonatales (Adama et al., 2022).

7. Principios

Es fundamental que los gestores de servicios de salud comprendan que un factor clave de la calidad de atención en salud es la perspectiva y las experiencias de la familia o cuidadores en la atención neonatal, por lo que deben ser incorporadas directamente en la planificación, ejecución y evaluación de la atención médica lo que se conoce como atención centrada en la familia. Los estudios muestran cada vez más que cuando los administradores, los proveedores, los pacientes y las familias trabajan en conjunto se incrementa la calidad y la seguridad de la atención en salud, se reducen costos y mejora la satisfacción tanto de los familiares como la de los proveedores de la atención de salud (IPFCC, 2017).

Los principios que conforman la atención centrada en la familia y que forman parte del presente plan son los siguientes:

- a) **Dignidad y Respeto.** Los profesionales de la salud respetan las perspectivas y elecciones de las familias, sus conocimientos, valores, creencias y antecedentes culturales deben ser incorporados en la planificación y prestación de la atención.
- b) **Intercambio de información.** La comunicación entre el equipo de atención y los padres debe ser efectiva y positiva, compartiendo información completa, oportuna, imparcial y precisa en ambas direcciones. Los pacientes y familiares reciben información, lo que permite la participación de la familia en la atención y la toma de decisiones.
- c) **Participación y colaboración de la familia.** Los profesionales deben alentar y apoyar a los padres y las familias para que participen y colaboren en la atención y la toma de decisiones en el nivel que su situación socio cultural les permita.

- d) **Apoyo y soporte.** El trabajo del equipo multidisciplinario de salud por ofrecer soporte y apoyo a las familias en diferentes aspectos: Psicológico, emocional, social y físico.

8. Estructura de la propuesta

8.1. Determinación del problema y sus causas

En un primer paso para realizar el análisis de la problemática de la satisfacción parental en el servicio de neonatología desde la perspectiva de la atención centrada en la familia se utilizó como referencia la información proporcionada por los siguientes insumos:

- Tablas de resultados de la tesis: “*Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo*”, a partir de las características de las muestras y de los puntajes más bajos de satisfacción parental y de la atención neonatal con relación al modelo de atención centrado en la familia.
- Estadística e Información del establecimiento y del servicio de neonatología Incluidos en el Anexo N° 01. La información del servicio solo está disponible en los documentos internos del servicio. La información del establecimiento está disponible en la página web institucional (HLMCH, 2023)
- Información de referencia nacional o regional.

En base a la información mencionada se identificaron, recopilaron y clasificaron las principales causas del problema, para lo cual se utilizó el “*Diagrama de espina de Ishikawa*” (Nash, 2019), que ayuda a ampliar la búsqueda de causas posibles del problema principal, clasificándose en categorías de causas principales y sus sub categorías. En base al estudio de Sivanandan (2021), se identificaron 5 categorías de causas principales que se pueden relacionar con la satisfacción inadecuada con la atención neonatal: Las personas que incluye a la familia y los profesionales, políticas, procedimientos y materiales. La tabla N° 01 detalla las categorías y subcategorías

relacionadas con la satisfacción parental en el servicio de neonatología y pueden ser visualizadas en la Figura N° 01.

Tabla N° 01

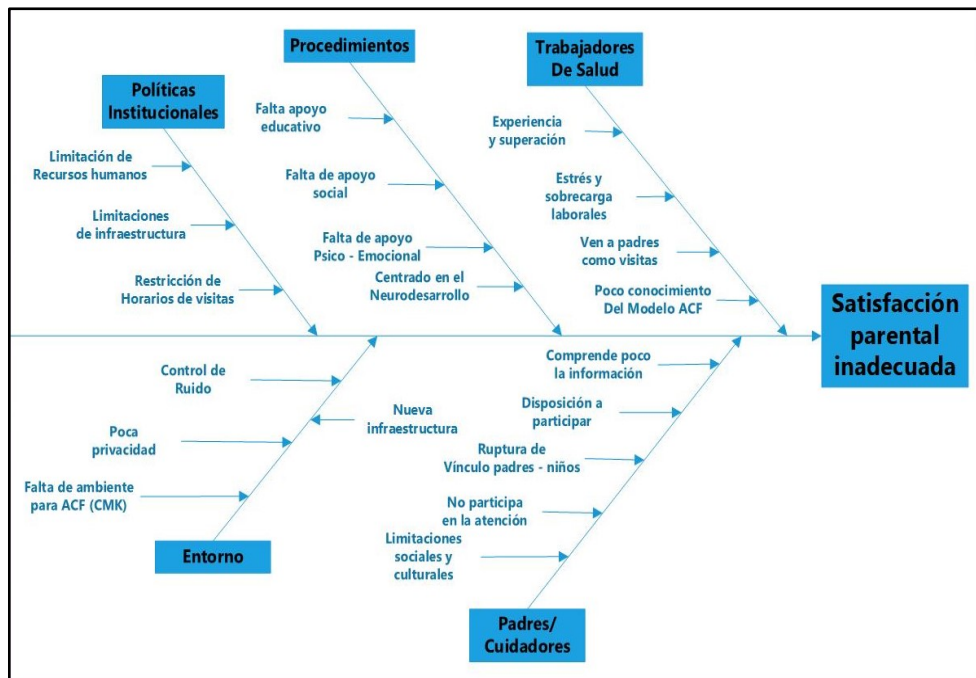
Categorías y subcategorías de causas relacionadas con la satisfacción parental en el servicio de neonatología

Causas identificadas	Detalle y referencias.
Padres	
Nivel socio/ educativo de los padres es bajo	El 88.57% tenían nivel secundario.
Nivel económico bajo	El 81.9% eran amas de casa
Padres desconocen sobre la posibilidad de participar en la atención de sus recién nacidos	Cuestionario de satisfacción parental
La mayoría de los padres parecen estar dispuestos a colaborar en la atención de sus recién nacidos.	Cuestionario de satisfacción parental
Trabajadores	
La mayoría de los trabajadores no están capacitados en ACF.	64.1% de los trabajadores no han recibido capacitación relacionada con ACF
Sobrecarga Laboral por brecha de personal y alta demanda	Brecha de personal (Figura N° 10)
Experiencia en aplicación de algunas prácticas relacionadas con ACF	Los trabajadores tenían una mediana de experiencia de 7 años.
Personal con interés de superarse para brindar la mejor atención.	Cuestionario sobre cuidados centrados en la familia (personal de salud)
Práctica constante de la docencia en el servicio.	
Respeto y de dedicación por los pacientes recién nacidos	Cuestionario sobre cuidados centrados en la familia (personal de salud)
Procedimientos	
El servicio No ha articulado apoyo psico emocional ni social a las familias durante la atención neonatal.	Cuestionario sobre cuidados centrados en la familia (personal de salud)
Políticas	
El modelo de ACF no se encuentra implementado en el servicio.	Cuestionario sobre cuidados centrados en la familia (personal de salud)
Políticas del establecimiento no favorecen la ACF: limitación en horarios de visita de familia	Información del establecimiento/ horarios de atención.
El hospital cuenta con profesionales de diferentes disciplinas: Psicólogos, Nutricionistas, terapeutas físicos, etc.	Información del establecimiento/ Cartera de servicios
Se cuenta con Seguros (SIS) y apoyo social.	Información del establecimiento
Materiales	
No se cuenta con ambiente para ACF (CMK): falta privacidad, espacio, control de ruido, etc.	Cuestionario de satisfacción parental Figura N° 9
El hospital está construyendo nueva infraestructura al servicio.	Información del establecimiento
Alta demanda del servicio.	Anexo 01.
Falta de acceso telefónico al servicio	Cuestionario de satisfacción parental

Nota: Tabla que resume las categorías y subcategorías de las causas de satisfacción parental inadecuada en el servicio de neonatología.

Figura N° 01

Esquema de espina de pescado de las causas de la satisfacción parental inadecuada en un servicio de neonatología de un hospital nivel 2-II



Nota: Elaborada según información del servicio

En un segundo paso, se planificaron las estrategias más relevantes para ser utilizadas durante el proceso de mejora de la satisfacción parental en el servicio de neonatología, teniendo como punto de partida la premisa que existe una relación directa y significativa entre el nivel de satisfacción parental y la implementación de los principios de atención centrada en la familia. Para este proceso se empleó el “Análisis DAFO” y la “Matriz de confrontación”, ambas herramientas se utilizan frecuentemente de forma complementaria para el análisis y síntesis de las estrategias de una organización o empresa (Jenčo & Černák, 2019).

Figura N° 02

Análisis DAFO de las causas de la inadecuada satisfacción parental en el servicio de Neonatología de un Hospital Nivel II-2

DEBILIDADES (D)		AMENAZAS (A)	
D1	La mayoría de los trabajadores no están capacitados en ACF.	A1	Políticas del establecimiento no favorecen la ACF.
D2	El modelo de ACF no se encuentra implementado en el servicio.	A2	Nivel socio educativo de los padres es bajo.
D3	Sobrecarga Laboral por brecha de personal.	A3	Padres desconocen sobre la posibilidad de participar en la atención de sus recién nacidos.
D4	Ambientes actuales no adecuada para la ACF: Poca privacidad, ruido, espacio	A4	El establecimiento no proporciona apoyo psico emocional ni social a las familias de los pacientes hospitalizados.
D5	Falta de acceso telefónico para comunicación e información	A5	Nivel económico bajo de familias usuarias
FORTALEZAS (F)		OPORTUNIDADES (O)	
F1	Experiencia en aplicación de algunas prácticas relacionadas con ACF	O1	El hospital proporcionará nueva infraestructura al servicio.
F2	Personal con interés de superarse para brindar la mejor atención.	O2	El hospital cuenta con profesionales de diferentes disciplinas: Psicólogos, Nutricionistas, terapeutas físicos, etc.
F3	Práctica constante de la docencia en el servicio.	O3	La mayoría de los padres parecen estar dispuestos a colaborar en la atención de sus recién nacidos.
F4	Respeto y de dedicación por los pacientes recién nacidos	O4	Alta demanda del servicio.
F5	Seguros (SIS) y apoyo social		

Nota: El análisis DAFO parte de las causas halladas en el diagrama de Espina.

Figura N° 03

Matrix de confrontación de las causas de la inadecuada satisfacción parental en el servicio de Neonatología de un Hospital Nivel II-2

		Factores Externos												Σ	Total
		Amenazas					Oportunidades								
		A1	A2	A3	A4	A5	O1	O2	O3	O4	O5				
Factores Internos	Debilidades	D1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1		4	8
		D2	10	1	5	10	1	27	5	10	10	5		30	57
		D3	1	1	1	1	1	4	1	1	10	5		17	21
		D4	10	1	1	5	1	17	10	1	5	10		25	42
		D5	1	1	1	1	5	9	10	1	1	1		13	22
	Σ	22	4	8	17	9		17	8	26	21				
	Fortalezas	F1	5	0	1	1	1	7	1	1	5	1		8	15
		F2	5	1	1	1	1	8	5	1	10	10		25	33
		F3	1	1	5	1	1	8	5	5	10	1		21	29
		F4	1	5	5	1	1	12	1	10	5	1		12	24
F5		1	1	1	1	10	14	0	0	0	0		0	14	
Σ	13	8	13	5	14		13	17	30	13					
Total	35	12	21	22	23		30	25	56	24					

Nota:

- Relación alta: 10
- Relación media: 5
- Relación baja: 1
- Sin relación: 0

Del análisis realizado se evidenció que las principales estrategias que deberían ser adoptadas por el servicio eran en primer lugar las estrategias de reorientación con la finalidad de corregir las carencias (Debilidades) internas del servicio de neonatología aprovechando las oportunidades externas, y en segundo lugar las estrategias Ofensivas haciendo uso de las fortalezas del servicio para ir ganando mejores oportunidades en el futuro.

Figura N° 04

Estrategias analizadas para la mejora de la inadecuada satisfacción parental en el servicio de Neonatología de un Hospital Nivel II-2

DEBILIDADES – OPORTUNIDADES (área de ilusión)		
Debilidad	Oportunidad	Propuesta de estrategia de reorientación
D2	O3	E01. Pacto por el cambio de política: Lograr el compromiso institucional para la implementación de la atención centrada en la familia.
D3	O2	E02. Conformación del equipo multidisciplinario de atención centrada en la familia.
D4	O1	E09. Entorno adecuado: Implementación de ambiente para actividades de atención centrada en la familia.
D1	O3	E04. Estrategia educativa para equipo asistencial: Sensibilización y capacitación del equipo asistencial.
FORTALEZAS – OPORTUNIDADES (área de éxito)		
Fortaleza	Oportunidad	Propuesta de estrategia Ofensiva
F1	O3	E10. Promover la participación y colaboración paterna en la atención neonatal.
F1	O3	E11. Preparación para alta y seguimiento del recién nacido.
F3	O3	E08. Estrategia de comunicación abierta entre los padres y el equipo asistencial.
F4	O3	E05. Estrategias de respeto a las familias: Individualización de necesidades de cada familia.
FORTALEZAS – AMENAZAS (área de desgaste)		
Fortaleza	Amenaza	Propuesta de estrategia defensiva
F3	A3	E06. Estrategia educativa para los familiares de los neonatos hospitalizados:
F2	A4	E07. Estrategia de soporte para los familiares: Iniciar evaluación y apoyo a los familiares psicológica, social y físicamente.
DEBILIDAD – AMENAZAS (área vulnerable)		
Debilidad	Amenaza	Propuesta de estrategia de supervivencia
D2	A1	E03. Retroalimentación: Reuniones para revisar, sustentar y actualizar las intervenciones en el tiempo

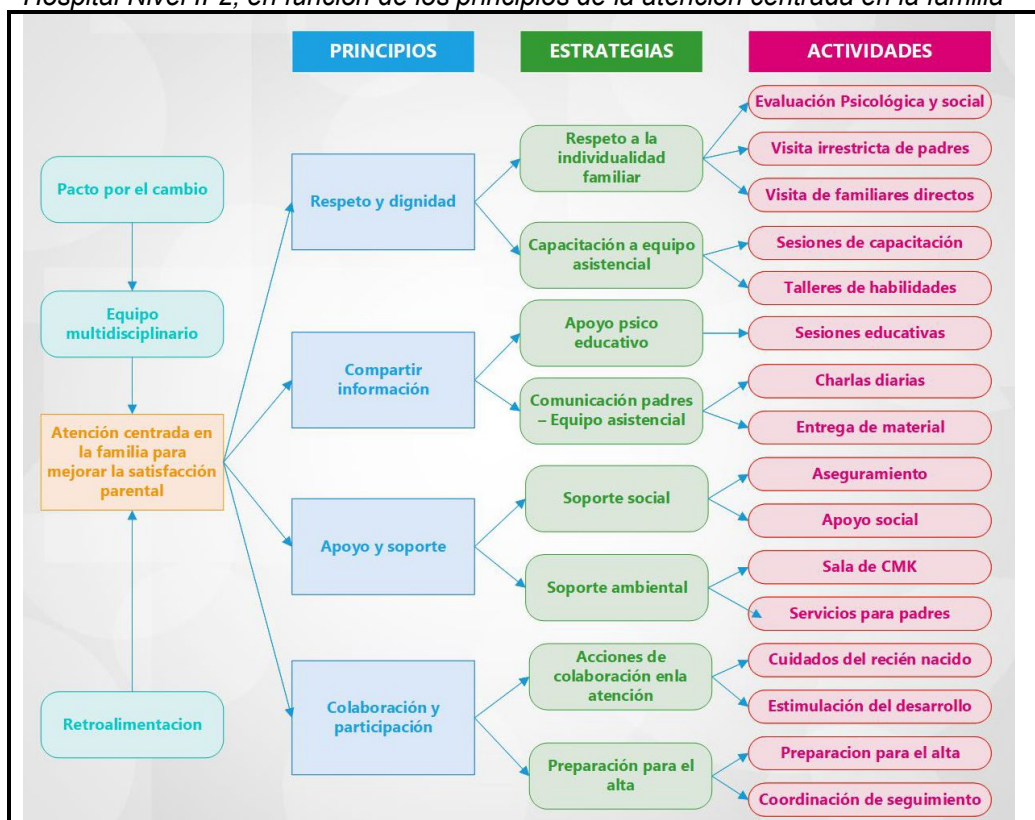
Nota:

Finalmente, se estructuraron las diferentes intervenciones planteadas para la mejora del nivel de satisfacción de los padres de neonatos hospitalizados, en función de los principios de la atención centrada en el paciente. Para este fin, se empleó el “*Diagrama de árbol de causas y efectos*”, una herramienta que permite mostrar gráficamente la

cadena de soluciones que resultan del enfoque de la problemática planteada. Luego de este análisis se concluye que las estrategias planteadas se corresponden completamente con los principios de la atención centrada en la familia.

Figura N° 05

Diagrama del árbol causa efecto de las estrategias y actividades analizadas para la mejora de la inadecuada satisfacción parental en el servicio de Neonatología de un Hospital Nivel II-2, en función de los principios de la atención centrada en la familia



Nota:

8.2. Metodología de la propuesta:

Esta propuesta se realizará mediante la herramienta Planificar – Ejecutar – Verificar – Actuar (PDSA por sus siglas en inglés) propuesta por E. Deming, que es una herramienta muy útil y ampliamente empleada para documentar un cambio o mejora en las organizaciones de atención médica (Institute for Healthcare Improvement, 2020).

Los cambios se producirán en 3 ciclos PDSA, correlacionándolos con las fases de la “Teoría del Cambio planificado”: Una fase inicial de descongelamiento, que dará inicio al proceso; una segunda fase de movimiento, en la que se implementará el cambio del paradigma de trabajo en el servicio; y una tercera fase de recongelación en la que

se pondrán en marcha de las actividades de atención centrada en la familia basadas en sus tres dimensiones principales: Respeto, Colaboración y Apoyo (Waddell et al., 2019).

Tabla N° 02

Metodología de la propuesta de mejora de satisfacción parental en el servicio de neonatología en un hospital Nivel II-2

Ciclos PDSA	Planificar	Ejecutar	Verificar	Actuar
PDSA Ciclo 1: <i>Fase de descongelamiento.</i> (Setiembre 2023)	Planificar y agendar reuniones con equipo de gestión del servicio	E01. Pacto por el cambio y Formulación de política institucional E02. Equipo multidisciplinario E03. Retroalimentación	Actas de compromiso. Documento de política institucional Acta de conformación Actas de reuniones de trabajo	Modificaciones y actualizaciones
PDSA Ciclo 2: <i>Fase de movimiento</i> (octubre - noviembre 2023)	Organizar programa de capacitación de todo el equipo asistencial	E04. Capacitación de personal. E.09 Preparación de ambiente adecuado para CMK. E05. Respeto a la individualidad familiar E06. Apoyo Psico-educacional	100% de personal capacitado Ambiente de CMK 100% operativo	Inducción de personal nuevo. Mantenimiento de ambientes.
PDSA Ciclo 3: <i>Fase de Recongelación.</i> (diciembre 2023 a febrero 2024)	Evaluación Psico/ social de todos los padres al ingreso al servicio Elección de padres elegibles	E07. Apoyo socio económico E08. Comunicación abierta Padres – Equipo asistencial E10. Colaboración de padres en el cuidado del RN E11. Preparación para el alta	Evaluación mensual de satisfacción de usuarios de alta. Evaluación de los instrumentos específicos para cada ítem.	Corrección de prácticas sobre la marcha.

Nota:

El primer ciclo PDSA que corresponde a la “fase de descongelamiento” tendrá una duración inicial de 1 mes, y tiene la finalidad de lograr el compromiso y diseñan las acciones a realizar en los otros 2 ciclos. Se “planifican” reuniones de trabajo, se “ejecutan” con los actores institucionales y se “verifica” su cumplimiento en las respectivas actas. Es importante anotar que el proceso de “actuar” se cerrará al final del plan para definir las modificaciones y actualizaciones del plan.

El segundo ciclo PDSA, que corresponde a la “fase de movimiento”, se iniciará inmediatamente al concluir el ciclo anterior y tendrá una duración de 2 meses, y tiene el propósito de lograr el cambio en el modelo de atención mediante la sensibilización y capacitación del equipo asistencial del servicio, así como la preparación de la infraestructura apropiada.

El tercer ciclo PDSA, que corresponde a la “Fase de recongelación”, se inicia al concluir el ciclo de cambio, y tiene una duración de 12 meses, en donde se aplicarán en cada una de las familias que ingresen al servicio, las estrategias de respeto, información apoyo y colaboración, considerando sus particularidades no todas las familias recibirán las mismas acciones, esto dependerá de su contexto social, cultural, nivel educativo.

9. ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTACIÓN

Para la implementación de la propuesta de mejora de la satisfacción de los padres/cuidadores de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología se aplicaron las estrategias planificadas y sus respectivas actividades siguiendo el orden estructurado en la siguiente matriz de estrategias y actividades.

Tabla N° 04.

Matriz de estrategias y actividades para implementación de propuesta de mejora de satisfacción parental en el servicio de neonatología en un hospital Nivel II-2

Actividades de fase de descongelamiento						
Estrategia	Objetivo	Actividades	Sesiones/ Recursos	Tiempo	Responsables	Instrumento de evaluación
E01. Lograr el “pacto por el cambio” en el servicio	Lograr el compromiso de los actores institucionales para el cambio de la política en favor de ACF	A01. Reunión de trabajo de los actores comprometidos	01 sesión Apoyo Audiovisual	2 horas	Dirección del Hospital Jefatura del Departamento Jefatura del servicio Trabajadores	Actas de reunión
		A02. Reuniones de trabajo Formulación de Política institucional de ACF	04 sesiones Material bibliográfico Equipo de cómputo.	1 mes (1vez/sem.)	Equipo multidisciplinario de ACF	Producto Final: Documento de Política institucional.
E02. Conformación de un equipo multidisciplinario de ACF	Conformar equipo para apoyo a la familia	A03. Reuniones de coordinación con otros servicios	02 sesiones Apoyo audiovisual	1 mes (Cada 15 días)	Equipo asistencial Psicología Servicio Social Rehabilitación	Actas de reunión
E03. Retroalimentación constante	Mantener la motivación constante	A04. Reuniones de trabajo para Revisión de progresos	6 sesiones Apoyo Audiovisual	6 meses 1vez/ mes (último día del mes)	Equipo asistencial	Actas de reunión
Actividades de Fase de Movimiento						
Estrategia	Objetivo	Actividades	Sesiones/ Recursos	Tiempo Frecuencia	Responsable	Instrumento de evaluación
E04. Capacitación de Personal asistencial	Sensibilizar y capacitar al personal de atención neonatal respecto a las prácticas de ACF	A05. Sesión Entendiendo la ACF	06 sesiones Apoyo Audiovisual Material educativo para profesionales Bibliografía	2 meses 3 sesiones/ mes (Últimos Jue-Vie-Sab Del mes)	Equipo multidisciplinario de ACF	Post Test de las sesiones educativas
		A06. Sesión Habilidades de comunicación A07. Sesión Relación terapéutica Padres – Equipo de atención A08. Sesión Crecimiento y neuro desarrollo				

E09. Soporte ambiental	Crear un ambiente que apoye la participación de los padres	A09. Sesión Lactancia materna e iniciativa Madre canguro A10. Sesión Manejo no farmacológico del dolor. A11. Habilitación de sala de Cuidados de Madre Canguro A12. Habilitación de Vestidor y servicios Higiénicos para madres	Material de limpieza Biombos Sillones	2 meses	Dirección del hospital	Lista de Chequeo de infraestructura , materiales y equipos
------------------------	--	--	---------------------------------------	---------	------------------------	--

Actividades de Fase de recongelación

Actividad	Objetivo	Actividades	Recursos	Tiempo	Responsable	Instrumento de evaluación
E05. Respeto a la individualidad familiar	Proporcionar dignidad, respeto e individualidad a las familias y promover su presencia en el servicio	A13. Evaluación Psicológica y social de cada familia	Instrumentos del cada servicio	2 horas 1v/ hospitalización	Psicólogo (a) y Asistente Social del equipo Multidisciplinario.	Fichas de evaluación
		A14. Visita de los padres sin restricciones (las 24 horas del día según su disponibilidad)	Equipos de protección personal (EPP)	Diariamente	Enfermera de UCI	Registro de visitas
		A15. Visita de familiares (3 veces/ semana) para visita de familiares muy cercanos (abuelos, hermanos)	Equipos de protección personal (EPP)	1 hora 3 veces/ semana	Enfermera de UCI	Registro de visitas
E06. Apoyo Psico-educacional a la familia	Fortalecer conocimiento, habilidades, confianza en la crianza. Reducir la ansiedad, la depresión, y estrés. Promover el afrontamiento positivo.	A16. Sesiones educativas Terapias conductivo-conductuales.	Materiales psico-educativos	1 mes	Psicólogo (a) del equipo de neonatología	Encuesta de evaluación de satisfacción.
		A17. Sesiones educativas Creación de oportunidades de empoderamiento	Equipo audiovisual			
E07. Apoyo socio económico a la familia	Brindar asistencia social y económica para aliviar a la familia	A18. Sesiones educativas Creación de un diario (<i>Journaling</i>).	Lapiceros cuadernillo	Permanente	Equipo asistencial y Servicio Social	Registros
		A19. Sesiones de Soporte entre pares.	Sesiones		Servicio Social	Registros
E08. Comunicación abierta Padres – Equipo asistencial	Mejorar la comunicación y la confianza. Para mejorar la toma de decisiones compartida	A20. Garantizar aseguramiento inmediato (SIS)	CNV Formatearía	Diario	Médico pediatra Enfermera de turno	Registro en historia clínica Cuestionario de satisfacción
		A22. Charlas diarias en ambiente propicio (sala de informes)	Papel Lapiceros Rotafolios, imágenes o videos explicativos			
		A23. Comunicación escrita (Folletos, Tripticos o dípticos informativos)	Folletería	1 mes	Jefatura de Servicio	Registro de folletos entregados y socializados.

E10. Colaboración de padres en el cuidado del RN	Lograr la participación de los padres en el cuidado del Neonato estable.	A24. Apertura de Línea telefónica para familiares	Línea de teléfono fija	3 meses	Enfermeras de turno	Registro de llamadas contestadas
		A25. Sesión práctica: Lavado de manos	Cartilla de pasos. Jabón líquido. Papel descartable		Enfermera de servicio	
		A26. Sesión Práctica: Atención básica del recién nacido (cambio de pañales, baño, ropa, Masajes)	Jabón líquido, Esponja de baño, Aceite de bebes, ropa, etc.			
		A27. Sesión Práctica: Administración de leche materna o alimentación infantil	Vasito, cucharita o jeringa.	1 vez/ Día		Ficha de observación.
		A28. Sesión Práctica: Contacto piel con piel (posición canguro) o KMC	Sillón cómodo, Bata apropiada	Diario mientras dure hospitalización	Enfermera de servicio	Encuesta de satisfacción de usuario
		A29. Sesión Práctica: Administración de medicamentos orales	Jeringas 1cc cucharitas			
		A30. Sesión Práctica: Cuidados de apoyo al desarrollo y estimulación positiva: Hablar/leer/cantar	Cuentos Poemas Letras de canciones positivas.			
		A31. Sesión Práctica: Preparación para la interacción en casa.	Materiales de estimulación temprana Parlantes		Enfermera de crecimiento y desarrollo	
		A32. Sesión práctica Modulación de los estímulos ambiental: Musicoterapia				
		A33. Informe Oral: Indicaciones y seguimiento post alta	Folletería Tarjeta de seguimiento		Médico Pediatra	
E11. Preparación para el alta	Coordinación para preparar a la familia para la atención del neonato en casa y el seguimiento.	A34. Informe Oral Cuidados del neonato en casa.			Enfermera de neonatología	

10. Evaluación

Se evaluará el cumplimiento del plan en cada fase propuesta según la teoría del cambio planificado, de acuerdo con el cumplimiento de sus estrategias y las actividades diseñadas mediante sus respectivos instrumentos. El consolidado del cumplimiento del plan será registrado en la siguiente matriz de evaluación.

Figura N° 06

Matriz de evaluación de estrategias y actividades para implementación de propuesta de mejora de satisfacción parental en el servicio de neonatología en un hospital Nivel II-2

Estrategia	Objetivo logrado		Actividades desarrolladas			Recursos		Participación de los responsables	
	Si	No		SI	No	SI	No	SI	No
Fase 1: Fase de descongelamiento									
E01. Lograr el "Pacto por el cambio" en el servicio de neonatología			A01						
			A02						
E02. Conformación de equipo multidisciplinario de ACF			A03						
E03. Retroalimentación y motivación constantes			A04						
Fase 2: Fase de movimiento									
E04. Capacitación de Personal asistencial			A05						
			A06						
			A07						
			A08						
			A09						
			A10						
E09. Soporte ambiental			A11						
			A12						
Fase 3: Fase de congelación									
E05. Respeto a la individualidad familiar			A13						
			A14						
			A15						
E06. Apoyo Psico-educacional			A16						
			A17						
			A18						
			A19						
E07. Apoyo socio económico a la familia			A20						
			A21						
E08. Comunicación abierta Padres – Equipo asistencial			A22						
			A23						
			A24						
E10. Colaboración de padres en el cuidado del RN			A25						
			A26						
			A27						
			A28						
			A29						
			A30						
E11. Preparación para el alta			A31						
			A32						
			A33						
			A34						

Nota

11. Aspectos Administrativos.

11.1. Cronograma de actividades.

El plan ha sido programado para ser ejecutado en 6 meses, además de una etapa de preparación, con la socialización del plan y las invitaciones y reuniones previas con los actores institucionales: Dirección ejecutiva, jefaturas de servicios (Psicología, nutrición, S.

social, etc.). El proceso de cambio se inicia con la fase de descongelamiento que dura 1mes, la fase de movimiento que dura 2 meses y la fase de recongelación que dura 3 meses. En la última parte se recopilarán y analizarán los resultados de la aplicación del programa y se redactará el informe final, el mismo que será presentado a todos los actores institucionales para su discusión.

Figura N° 07
Cronograma de actividades del plan de atención neonatal basado en el modelo de la atención centrada en la familia para la mejora de la satisfacción parental en un servicio de neonatología de uno Hospital II-2

Hitos del plan	Año	2023																2024													
		AGO				SET				OCT				NOV				DIC				ENE				FEB				MAR	
		meses	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2			
Preparación																															
Reunión de presentación			X																												
Cursar invitaciones				X																											
Fase de descongelamiento																															
E01. Lograr el "Pacto por el cambio"					X	X	X	X																							
E02. Conformación de equipo multidisciplinario						X		X																							
E03. Retro-alimentación y constante								X			X			X			X			X			X			X					
Fase de movimiento																															
E04. Capacitación de Personal asistencial											X			X																	
E09. Soporte ambiental										X	X	X	X	X	X	X															
Fase de recongelación																															
E05. Respeto a la individualidad familiar																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
E06. Apoyo Psico-educacional																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
E07. Apoyo socio económico a la familia																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
E08. Comunicación abierta Padres – Equipo asistencial																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
E10. Colaboración de padres en el cuidado del RN																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
E11. Preparación para el alta																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Evaluación de Resultados																															
Preparación de reporte																														X	
Presentación de Informe final																														X	

Nota: Gráfico según diagrama de Gantt para representar gráficamente los hitos y su cronología.

11.2. Presupuesto.

Tabla 05.

Presupuesto del Plan de atención neonatal centrado en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo

Cod.	Detalle de gasto	Precio unitario	Cantidad	Precio parcial
RECURSOS HUMANOS				
2.3.2.7.2.1	Consultoría de Neonatólogo experto en ACF del Inst. Materno Perinatal	800,00	2	1600,00
2.3.2.7.2.1	Consultoría de Lic. Enfermera experto en ACF del Inst. Materno Perinatal	600,00	2	1200,00
2.3.1.1.1.1	Refrigerios (Por Persona/día)	5,00	100	500,00
EQUIPOS Y BIENES				
2.6.3.2.3.1	Computadora portátil	2499,99	1	2499,99
2.6.3.2.3.1	Proyector Multimedia 2500 Lúmenes	499,00	1	499,00
2.6.3.2.3.1	Equipo multifuncional de inyección de tinta	459,99	1	459,99
2.6.3.2.3.1	Memoria USB 3.0 64GB	49,90	1	49,90
2,3,1,9,1,1	Colección de cuentos infantiles con música.	149,90	1	149,90
MATERIALES E INSUMOS				
2.3.1.5.1.2	Papel Bond A4 x 500 Hojas	15,90	3	47,70
2.3.1.5.1.2	Lapiceros tinta azul punta fina	3,90	48	187,20
2.3.1.5.1.2	Lápices 2B con borrador	2,00	48	96,00
2.3.1.5.1.2	Plumón Jumbo 047 X 6 colres	21,95	4	87,80
2.3.1.5.1.2	Tinta de Impresora Negro	39,50	1	39,50
2.3.1.5.1.2	Tinta de Impresora Color x 3 (AMC)	39,50	3	118,50
2.3.1.9.1.1	Pizarra acrílica 2.4m x 1.2m	249,90	1	249,90
2.3.1.9.1.1	Plumones para pizarra 4 colores	9,90	2	19,80
2.3.1.9.1.1	Mota para pizarra acrílica	3,80	2	7,60
2.3.1.5.1.2	Papel Sábana Cuadrimax 56gr 58x83cm	0.50	30	30,00
2.3.1.5.1.2	Cartulina de hilo A4 180g x 100 hojas	19,00	1	19,00
ASCESORIAS Y SERVICIOS				
2.3.2.2.2.1	Telefonía móvil (Monto x mes)	95,9	3	287,70
2.3.2.7.1.1	Servicio de anillado	50	1	50,00
2.3.7.11.6	Servicio de impresión y publicidad	120	1	120,00
GASTOS OPERATIVOS				
2.3.2.1.2.1	Pasajes para colaboradores (Dia)	5	60	300
PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN				8619,48
Nota: Codificado según clasificador económico de gastos para el año fiscal 2023 - MEF				

12. Referencias

- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S., & Mörelius, E. (2022). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5-6), 532-547. <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
- Angelhoff, C. (2017). *What about the parents?: Sleep quality, mood, saliva cortisol response and sense of coherence in parents with a child admitted to pediatric care* [PhD Thesis]. Linköping University Electronic Press.
- Barra, L., Marín, A., & Coo, S. (2021). Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: Fundamentos y características principales. *Andes pediátrica*, 92(1), 131-137.
- Eppler, C. (2018). Ecosystem in Family Systems Theory. En J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-5). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_260-1
- HLMCH. (2023). *Hospital Las Mercedes* [Portal institucional]. Portal web Hospital Las Mercedes de Chiclayo. <https://www.regionlambayeque.pe/web/?pass=MTMxMA==>
- Ida Sweetlin Priyadarsini. (2020). Model-Based on Trust in Delivering Family-Centered Care to neonates admitted in NICU. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 9(1), 17-19.
- Institute for Healthcare Improvement. (2020). *IHI weekly newsletter sign-up*. <https://forms.ihl.org/ihl-weekly-newsletter-signup-0>
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospitals: How to get started*. https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Jenčo, M., & Černák, I. (2019). Application of a Confrontation Matrix in Project Teams Quality Management. *Quality - Access to Success*, 20(170), 73-77.
- Nash, D. (2019). *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools* (Fourth edition). Health Administration Press.

- Sivanandan, S., Bethou, A., Ramanujam, S. S., Kumar, C., Chinnasamy, K., Natarajan, P., & Ravichandran, M. (2021). Implementing Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit—A Quality Improvement Initiative. *Indian Journal of Pediatrics*, *88*(9), 872-878. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03566-8>
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, 57-64.
- Waddell, D., Creed, A., Cummings, T. G., & Worley, C. G. (2019). *Organisational Change: Development and Transformation* (11 th Edition). Cengage AU.

Figura N° 10.

Brecha de personal profesional médico, de enfermería y técnico en el servicio de neonatología de un hospital nivel II-2

CUADRO N° 08. BRECHE ACTUAL DE PERSONAL MÉDICO PARA CUBRIR LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIOS Y ATENCIÓN INMEDIATA NEONATAL.												
Unidades del Servicio	N° áreas físicas	Necesidad del Servicio					Médicos Disponibles					
		N° Turnos /día	N° Horas x turno	N° Dias x mes	N° meses/año	Horas requeridas	Médicos Pediatras	Horas efectivas/médico	Horas disponibles	Brecha (Horas)	Brecha de Médicos	
UCI Neonatal	1	2	12	30	12	8640	5	1578	7890			
Unidad De Intermedios Neonatal I y II	2	1	6	30	12	2160						
Atención Inmediata y Alojamiento Conjunto	1	1	12	30	12	4320	1	1578	1578			
TOTAL DE HORAS MEDICO						15120			9468	5652	4	

CUADRO N° 10. BRECHA DE PERSONAL DE ENFERMERIA PARA CUBRIR LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIOS Y ATENCIÓN INMEDIATA NEONATAL.													
Unidades del Servicio	Áreas físicas	Necesidad del servicio							Disponibilidad actual				
		Enfer. x Turno	Turnos x día	Horas/ Turno	Días x mes	Horas x mes	Meses x año	Horas Requeridas	Enferm. disponibles	Horas efectivas/	Horas disponibles	Brechas de Horas	Brecha de personal
UCI neonatal	1	2	2	12	30	1440	12	17280	5	1578	7890		
Unidad De Intermedios Neonatal I y II	2	1	2	12	30	1440	12	17280	14	1578	22092		
Atención Inmediata de RN	1	2	2	12	30	1440	12	17280	6	1578	9468		
TOTAL DE HORAS ENFERMERA								51840			39450	12390	8

CUADRO N° 11. BRECHA DE PERSONAL TÉCNICO DE ENFERMERIA PARA CUBRIR LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, INTERMEDIOS Y ATENCIÓN INMEDIATA NEONATAL.													
Unidades del Servicio	Áreas físicas	Necesidad del servicio							Disponibilidad actual				
		TE x Turno	Turnos x día	Horas/ Turno	Días x mes	Horas x mes	Meses x año	Horas Requeridas	TE disponibles	Horas efectivas	Horas disponibles	Brechas de Horas	Brecha de personal
UCI neonatal	1	1	2	12	30	720	12	8640	5	1578	7890		
Unidad De Intermedios Neonatal I y II	2	1	2	12	30	1440	12	17280	6	1578	9468		
Atención Inmediata de RN	1	1	2	12	30	720	12	8640	5	1578	7890		
TOTAL DE HORAS TÉCNICOS ENF.								34560			25248	9312	6

Nota: Extraído de los documentos del Servicio de Neonatología. Actualizado al 2021.

Anexo 16. Validación de propuesta por juicio de expertos.

VALIDACIÓN DE PROPUESTA (JUICIO DE EXPERTOS)

PROPUESTA DE PLAN DE ATENCIÓN NEONATAL CENTRADA EN LA FAMILIA PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN PARENTAL EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE CHICLAYO

Yo, Carmen Eva Zegarra Hinostriza, identificada con DNI N° 16719392, con Grado Académico de Doctora en ciencias de la salud en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo con código de inscripción en SUNEDU N°

Hago constar que he leído y revisado la Propuesta de guía de procedimiento administrativo sancionador, correspondientes a la Tesis: “Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo”.

a. Pertinencia con la investigación

N°	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Pertinencia con el problema, objetivos e hipótesis de investigación.	x		
2	Pertinencia con las variables y dimensiones.	x		
3	Pertinencia con las dimensiones e indicadores.	x		
4	Pertinencia con los principios de la redacción científica (propiedad y coherencia).	x		
5	Pertinencia con los fundamentos teóricos	x		
6	Pertinencia con la estructura de la investigación	x		
7	Pertinencia de la propuesta con el diagnóstico del problema	x		

b. Pertinencia con la aplicación

N°	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Es aplicable al contexto de la investigación	x		
2	Soluciona el problema de la investigación	x		
3	Su aplicación es sostenible en el tiempo	x		
4	Es viable en sus aplicación	x		
5	Es aplicable a otras instituciones con características similares	x		

Luego de la evaluación minuciosa de la propuesta y realizadas las correcciones respectivas, los resultados son los siguientes:

Propuesta: Propuesta de Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo.			
APLICABILIDAD	CONTEXTUALIZACIÓN	PERTINENCIA	% DE LA PROPUESTA VALIDADA
100%	100%	100%	100%

DECISIÓN O FUNDAMENTACIÓN DEL EXPERTO:

Esta propuesta es aplicable en la institución estatal, las mismas que están elaboradas conforme a las actuales directivas del gobierno central y estas normas son aplicables al Ministerio de Salud del Perú.

OBSERVACIONES: La propuesta es aplicable

Chiclayo, 24 de Julio del 2023.

Carmen Eva Zegarra Hinostraza

Código de registro de Sunedu: _____

Centro de labores: Hospital Las Mercedes de Chiclayo.

Cargo: Médico Pediatra.

DRA. CARMEN ZEGARRA HINOSTROZA
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 16719392 R.N.E. 13210

DNI 16719392
CÓDIGO VIRTUAL xxxxx
Doctora Carmen Eva Zegarra Hinostraza
Experto

**VALIDACIÓN DE PROPUESTA
(JUICIO DE EXPERTOS)**

**PROPUESTA DE PLAN DE ATENCIÓN NEONATAL CENTRADA EN LA FAMILIA
PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN PARENTAL EN UN SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DE CHICLAYO**

Yo, María Pilar Rojas Herrera, identificada con DNI N°17928867, con *Grado Académico de Maestra en ciencias con mención en Gerencia de servicios de salud en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo con código de inscripción en SUNEDU N°*

Hago constar que he leído y revisado la Propuesta de guía de procedimiento administrativo sancionador, correspondientes a la Tesis: **“Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo”**.

a. Pertinencia con la investigación

N°	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Pertinencia con el problema, objetivos e hipótesis de investigación.	x		
2	Pertinencia con las variables y dimensiones.	x		
3	Pertinencia con las dimensiones e indicadores.	x		
4	Pertinencia con los principios de la redacción científica (propiedad y coherencia).	x		
5	Pertinencia con los fundamentos teóricos	x		
6	Pertinencia con la estructura de la investigación	x		
7	Pertinencia de la propuesta con el diagnóstico del problema	x		

b. Pertinencia con la aplicación

N°	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Es aplicable al contexto de la investigación	x		
2	Soluciona el problema de la investigación	x		
3	Su aplicación es sostenible en el tiempo	x		
4	Es viable en sus aplicación	x		
5	Es aplicable a otras instituciones con características similares	x		

Luego de la evaluación minuciosa de la propuesta y realizadas las correcciones respectivas, los resultados son los siguientes:

Propuesta: Propuesta de Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo.			
APLICABILIDAD	CONTEXTUALIZACIÓN	PERTINENCIA	% DE LA PROPUESTA VALIDADA
100%	100%	100%	100%

DECISIÓN O FUNDAMENTACIÓN DEL EXPERTO:

Esta propuesta es aplicable en la institución estatal, las mismas que están elaboradas conforme a las actuales directivas del gobierno central y estas normas son aplicables al Ministerio de Salud del Perú.

OBSERVACIONES: La propuesta es aplicable

Chiclayo, 24 de Julio del 2023.

María Pilar Rojas Herrera

Código de registro de SUNEDU: _____

Centro de labores: Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Cargo: Médico Neonatóloga.



Handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp contains the text: "Médico Neonatóloga", "PERU", "M.P. 23674 RNE.13770".

DNI 17928867
CÓDIGO VIRTUAL _____
Magister María Pilar Rojas Herrera
Experto

**VALIDACIÓN DE PROPUESTA
(JUICIO DE EXPERTOS)**

**PROPUESTA DE PLAN DE ATENCIÓN NEONATAL CENTRADA EN LA FAMILIA
PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN PARENTAL EN UN SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DE CHICLAYO**

Yo, Manuel Enrique Azabache Ceferino, identificada con DNI N° 01144395, con *Grado Académico de Maestro en ciencias de la educación con mención en investigación y docencia con código de inscripción en SUNEDU N°*

Hago constar que he leído y revisado la Propuesta de guía de procedimiento administrativo sancionador, correspondientes a la Tesis: **“Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo”**.

a. Pertinencia con la investigación

N°	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Pertinencia con el problema, objetivos e hipótesis de investigación.	x		
2	Pertinencia con las variables y dimensiones.	x		
3	Pertinencia con las dimensiones e indicadores.	x		
4	Pertinencia con los principios de la redacción científica (propiedad y coherencia).	x		
5	Pertinencia con los fundamentos teóricos	x		
6	Pertinencia con la estructura de la investigación	x		
7	Pertinencia de la propuesta con el diagnóstico del problema	x		

b. Pertinencia con la aplicación

N°	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Es aplicable al contexto de la investigación	x		
2	Soluciona el problema de la investigación	x		
3	Su aplicación es sostenible en el tiempo	x		
4	Es viable en sus aplicación	x		
5	Es aplicable a otras instituciones con características similares	x		

Luego de la evaluación minuciosa de la propuesta y realizadas las correcciones respectivas, los resultados son los siguientes:

Propuesta: Propuesta de Plan de atención neonatal centrada en la familia para mejorar la satisfacción parental en un servicio de neonatología de Chiclayo.			
APLICABILIDAD	CONTEXTUALIZACIÓN	PERTINENCIA	% DE LA PROPUESTA VALIDADA
100%	100%	100%	100%

DECISIÓN O FUNDAMENTACIÓN DEL EXPERTO:

Esta propuesta es aplicable en la institución estatal, las mismas que están elaboradas conforme a las actuales directivas del gobierno central y estas normas son aplicables al Ministerio de Salud del Perú.

OBSERVACIONES: La propuesta es aplicable


Chiclayo, 24 de Julio del 2023.

Manuel Enrique Azabache Ceferino

Código de registro de Sunedu: _____

Centro de labores: Hospital Regional Lambayeque – UCI Neonatal.

Cargo: Médico Pediatra.



Manuel E. Azabache Ceferino
MÉDICO PEDIATRA
N.º 23437 RNE. 11005

DNI 01144395
CÓDIGO VIRTUAL _____
Magister Manuel Enrique Azabache Ceferino
Experto