



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Presencia familiar durante procedimientos invasivos en emergencia
según percepción del personal sanitario y familiares de un hospital
público, 2022

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA

Reyna Alcantara de Sotelo, Alicia Edith (orcid.org/0000-0002-2723-7011)

ASESORA:

Dra. Torres Caceres, Fatima del Socorro (orcid.org/0000-0001-5505-7715)

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

LIMA - PERÚ

2022

Dedicatoria

A mis hijos, mis orgullos; mi chinito David de 12 años quien me acompaña y apoya en todo momento desvelándose conmigo, a mi chiquitín Pedro Paulo de 7 años que, teniendo Leucemia, batallando fuertemente día a día nunca pierde su tierna y dulce sonrisa; ambos me impulsaron a terminar esta tesis.

Agradecimiento

A Dios por permitirme seguir esta maestría, Gracias a mis padres Martina y Gonzalo, un agradecimiento especial a mi esposo Pedrito Sotelo quien sin su apoyo nunca hubiera podido terminar, a mi gran amiga Dra. Jeannette Zavala quien ha sido mi gran apoyo durante todo este tiempo y a todo el personal de mi querido servicio de emergencia Pediátrica.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
I.INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	6
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1 Tipo y diseño de investigación	13
3.2 Variables y operacionalización.....	14
3.3 Población, muestra y muestreo.....	14
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5 Procedimientos	16
3.6 Método de análisis de datos.....	16
3.7 Aspectos éticos	16
IV. RESULTADOS.....	28
V. DISCUSIÓN	33
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS	41

Índice de tablas

Tabla 1 Nivel de aceptación de presencia familiar durante PI.....	17
Tabla 2 Nivel de Dimensiones de aceptación de presencia familiar durante PI....	18
Tabla 3 Nivel de Nivel de aceptación de presencia familiar según edad	19
Tabla 4 Nivel de Nivel de aceptación de presencia familiar según afiliación.....	20
Tabla 5. Prueba de hipótesis general	22
Tabla 6. Prueba de hipótesis Específica 1	23
Tabla 7. Prueba de hipótesis Específica 2	24
Tabla 8. Prueba de hipótesis Específica 3	25
Tabla 9. Prueba de hipótesis Específica 4	27

Índice de figuras

Figura 1 Nivel de aceptación de presencia familiar durante PI.....	17
Figura 2 Nivel de Dimensiones de aceptación de la presencia familiar durante PI.1	
Figura 3. Nivel de Niveles de aceptación de presencia familiar según edad	19
Figura 4 Nivel de Niveles de aceptación de presencia familiar según afiliación	20
Figura 5. Hipótesis general. Rangos promedios.....	22
Figura 6. Rangos promedios Prueba de Hipótesis Específica 1.....	23
Figura 7. Rangos promedios en Prueba de Hipótesis Específica 2.....	24
Figura 8. Rangos promedios en Prueba de Hipótesis Específica 3.....	26
Figura 9. Rangos promedios en Prueba de Hipótesis Específica 4.....	27

Resumen

El objetivo de la investigación fue comparar el nivel de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia pediátrica según percepción del personal de salud y familiares de un hospital público 2022. Un diseño no experimental, descriptivo comparativo, la muestra fue de tipo no probabilística de 160 participantes: 80 familiares y 80 personal sanitario. Se aplicó un cuestionario virtual con validez de constructo del autor Ferreira et al 2018. Con resultados; que la aceptación de presencia familiar tiene un nivel alto 81.3% para familiares y 55% personal sanitario; en sus dimensiones de beneficios un nivel alto de aceptación familiar 92.5%, a diferencia del personal sanitario con 40% de aceptación; en perjuicios que producen la presencia familiar, el personal sanitario tiene un nivel medio con 85,7% y familiares 51,3%; lo mismo fue apreciados con respecto a estrategia para incluir a la familia y limitaciones del aprendizaje de nuevos profesionales. Comprobándose nuestra hipótesis que existe diferencias significativas entre ambos grupos de estudio, según la prueba U de Mann Whitney $U=1992,500$, $p=0,00<0,05$, por consiguiente, se concluye que los familiares tienen nivel alto de aceptación y consideran que existen beneficios de su presencia con sus niños en los procedimientos invasivos.

Palabras clave: procedimientos invasivos, presencia familiar, personal sanitario

Abstract

The objective of the research was to identify the level of acceptance of family presence during invasive procedures in pediatric emergency according to the perception of health personnel and family members of a public hospital in 2022.

A non-experimental, descriptive-comparative design, the sample was of a non-probabilistic type of 160 participants: 80 relatives and 80 health personnel. A virtual questionnaire with construct validity by the author Ferreira et al 2018 was applied. With results; that the acceptance of family presence has a high level 81.3% for family members and 55% for health personnel; in its dimensions of benefits a high level of family acceptance 92.5%, unlike the health personnel with 40% acceptance; In damages caused by family presence, health personnel have a medium level with 85.7% and relatives 51.3%; the same was appreciated regarding the strategy to include the family and learning limitations of new professionals. Proving our hypothesis that there are significant differences between the two study groups, according to the Mann Whitney U test $U=1992.500$, $p=0.00<0.05$, therefore, it is concluded that the relatives have a high level of acceptance and they consider that there are benefits of their presence with their children during invasive procedures.

Keywords: invasive procedures, family presence, health personnel

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un mayor interés en humanizar la atención Pediátrica, al permitir el acompañamiento del familiar durante los procedimientos invasivos en los centros de urgencias pediátricas; esto se confirma en que la mayoría de padres prefieren estar presentes en los procesos que se realizan a sus hijos (1).

Teniéndose en cuenta que la familia es una parte primordial en el cuidado del niño, numerosas asociaciones científicas han desarrollado guías a favor de la presencia familiar (PF) en los procedimientos invasivos con la finalidad de disminuir el proceso de angustia, dolor y tensión. Para ello, los profesionales sanitarios indicarán las pautas adecuadas que los padres debe de seguir durante dichos procedimientos para que se genere conductas de seguridad y protección hacia el niño; es así que la Academia Americana de Pediatría (AAP), el American College of Emergency Physicians y la Society of Critical Care Medica realizó guías de práctica clínica en la que recomienda la opción de que los padres puedan presenciar los procedimientos invasivos y las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) que se realizaban a sus menores hijos (2) lográndose así una comunicación efectiva con los padres y cuidadores (3).

También se describe en los Derechos de los niños hospitalizados al contactar con su padre, su madre o las personas cuidadoras en momentos de tensión (4). Por otro lado, es preciso mencionar que durante años se viene dando un modelo tradicional de atención médica paternalista, es decir centrada en el médico, actualmente se plantea reemplazarla con un modelo centrado en el paciente. Este modelo pregona una relación sincera y respetuosa del paciente, familia y el personal sanitario, tratando al enfermo (y no sólo a la enfermedad) en su contexto cultural y familiar, participando la familia junto con el personal sanitario en la toma de decisiones para los tratamientos que van a recibir (5), y estar presente durante procedimientos invasivos (PI), así como para la extracción de sangre, la reparación de heridas, la reducción de fracturas, punción lumbar y hasta las maniobras de

RCP. Las ventajas de la presencia de padres durante el RCP están documentados en las últimas en la literatura; no obstante, pocos hospitales llevan a cabo esto (6). Es esencial resaltar que la presencia de los padres y familiares durante la RCP, ayuda a ser más llevadero el proceso de luto al tener un deceso de su niño, aun así, se recomienda que en cada situación se valore esta posibilidad y respetar el deseo de la presencia de los padres o familiares durante la reanimación cardiopulmonar.

Un estudio multicéntrico Europeo que incluyeron 22 hospitales se llegó a demostrar que los niños hospitalizados, que incluían a sus mamás en sus cuidados, llegaron a experimentar menos problemas sentimentales y de comportamiento durante toda la hospitalización (7). En los departamentos de urgencias es realizado siempre, una serie de pasos con diferente grado de invasividad que crean dolor y desesperación en el niño, como también a los familiares (8). En Europa tiene un estándar Care of Newborn Heald es decir apoyo durante procedimientos dolorosos y evaluación del dolor (2018), impulsan y armonizan la humanización de las UCI Neonatales que «promuevan que la madre o padre permanezcan con su hijo las 24 horas del día, y acompañen durante la realización de pruebas médicas dolorosas y estresantes con el objetivo de reducir su grado de ansiedad (9). Así mismo en el 2021 la Universidad de Murcia publicó la realización de un estudio que concluyen: 2014 solo el 24% del personal sanitario creían que era necesaria la presencia de los padres en las técnicas invasivas sobre sus hijos, y en el 2020 aumentó hasta el 41% (10).

También en el ámbito americano tiene la misma percepción, las Asociaciones americana de pediatría publican estudios respecto a la presencia de familiares acompañando a sus niños en la hospitalización especialmente en los procesos invasivos en sus unidades crítica en neonatología y pediatría. Hay Ejemplo de directores de grandes hospitales americanos como el director del hospital Arnold Palmer, refiriendo que *“Los padres pueden estar con su hijo en sala de trauma junto con el equipo médico y estar acompañados por un miembro del personal dedicado para apoyarlos y mantenerlos informados”*; otras frases de

directores son: *“Me ha sorprendido lo bien que los padres manejan estas situaciones difíciles cuando se les da la oportunidad de permanecer con sus hijos”*.

En la actualidad existe un mayor interés en humanizar la atención Pediátrica, al permitir el acompañamiento del familiar durante los PI en los centros de urgencias pediátricas; esto se confirma en que la mayoría de padres prefieren estar presentes en los procesos que se realizan a sus hijos (1).

Teniéndose en cuenta que la familia es una parte primordial en el cuidado del niño, numerosas asociaciones científicas han desarrollado guías a favor de la presencia familiar (PF) en los procedimientos invasivos con la finalidad de disminuir el proceso de angustia, dolor y tensión. Para ello, los profesionales sanitarios indicarán las pautas adecuadas que los padres debe de seguir durante dichos procedimientos para que se genere conductas de seguridad y protección hacia el niño; es así que la Academia Americana de Pediatría (AAP), el American College of Emergency Physicians y la Society of Critical Care Medica realizó guías de práctica clínica en la que recomienda la opción de que los padres puedan presenciar los procedimientos invasivos y las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) que se realizaban a sus menores hijos (2) lográndose así una comunicación efectiva con los padres y cuidadores (3).

También se describe en los Derechos de los niños hospitalizados contactar con su padre, su madre o las personas cuidadoras en momentos de tensión (4). Por otro lado, es preciso mencionar que durante años se viene dando un modelo tradicional de atención médica paternalista, es decir centrada en el médico, actualmente se plantea reemplazarla con un modelo centrado en el paciente. Este modelo pregona una relación sincera y respetuosa del paciente, familia y el personal sanitario, tratando al enfermo (y no sólo a la enfermedad) en su contexto cultural y familiar, participando la familia junto con el personal sanitario en la toma de decisiones para los tratamientos que van a recibir (5), y estar presente durante procedimientos invasivos (PI), como extracción de sangre, la reparación de heridas, la reducción de fracturas, punción lumbar y hasta las maniobras de RCP (reanimación cardiopulmonar). Los beneficios de la presencia de padres durante el RCP están

documentados en las últimas 2 décadas; no obstante, pocos hospitales llevan a cabo esto (6). Es fundamental destacar que la presencia de los padres y familiares durante la RCP, ayuda a ser más llevadero el proceso de luto al tener un deceso de su niño, aun así, se recomienda que en cada situación se valore esta posibilidad y respetar el deseo de la presencia de los padres o familiares durante el RCP.

Un estudio multicéntrico Europeo que incluyeron 22 hospitales mostró que los infantes hospitalizados bajo el cuidado de sus madres, tuvieron bajos problemas emotivos y de conducta (7). En las salas de urgencias siempre se llevan a cabo procedimientos, que generan dolor y mucha ansiedad en el niño ,esto puede ser amerizado por los padres o cuidadores (8). En Europea tiene un estándar Care of Newborn Heald es decir apoyo durante procedimientos dolorosos y evaluación del dolor (2018), impulsan y armonizan a la humanización de las UCI Neonatales manifestando que «promuevan que la madre o padre permanezcan con su hijo las 24 horas del día, y acompañen durante la realización de pruebas médicas dolorosas y estresantes con el objetivo de reducir su grado de ansiedad (9). Así mismo en el 2021 la Universidad de Murcia publicó un estudio que incluyeron varios hospitales, dicho estudio concluyen la ventaja de la presencia familiar en los niños en las salas de urgencias pediátricas durante los procesos invasivos, y observo que la aceptación de la presencia familiar en el personal de salud ha mejorado desde el 2014 que era del 24% y para el 2020 aumentó hasta el 41% (10).

También en el ámbito americano tiene la misma percepción, las Asociaciones americana de pediatría publican estudios respecto a la presencia de familiares acompañando a su niño en la hospitalización especialmente en los procesos invasivos en sus unidades crítica en neonatología y pediatría. Hay Ejemplo de directores de grandes hospitales americanos como el director del hospital Arnold Palmer, refiriendo que “ los padres pueden estar con su hijo en sala de trauma junto con el equipo médico y estar acompañados por un miembro del personal dedicado para apoyarlos y mantenerlos informados”; otras frases de directores son: “Me ha sorprendido lo bien que los padres manejan estas situaciones difíciles cuando se les da la oportunidad de permanecer con sus hijos en los procedimientos”, otra frase " Es una gran ayuda si un niño está agitado o

asustado , podemos renunciar a la sedación o administrar menos analgésicos porque los padres pueden mantener al niño tranquilo"(11), "La presencia familiar debe de ser más común, particularmente en los hospitales infantiles", dijo a Healthline Fallat, secretario y presidente electo de la Sección de Cirugía de la Academia Americana de Pediatría (AAP) 2020 también es importante la atención fijada en el paciente involucrado y la familia, la presencia familiar ayuda a la familia a comprender todo lo que se hace con su niño para ayudar o salvarlo, teniendo a la familia como testigo refiere la escuela de enfermería americana (12).

Ante lo expuesto la Asociación Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencia (AMEP) tienen firmes las declaraciones de política sobre atención enfocada en el paciente y centrada en la familia que apoyan la presencia de la familia durante el tratamiento (11).

El Perú se viene trabajando para aumentar los gastos en la salud integral del paciente teniendo un Plan para 2030 (13) , la protección del menor y el buen trato al paciente se ven reflejados en los ministros de Salud, el Perú a participando en las conferencias internacionales y latinoamericanas de los derechos del niño hospitalizado(14), también se bien trabajando en la formando un Plan de Humanización en los hospitales donde incluye a padre- paciente y familiar(15), siendo dada una primera ley en los niños oncológicos en el 2021(16) refiriendo que los padres son pieza clave en la mejoría de su niño oncológico y permiten el acompañamiento en toda su hospitalización y en sus momentos de estrés; aún estamos en proceso de concientización en muchos hospitales que reflejan percepciones de ciertos prejuicios y limitaciones del aprendizaje ante la presencia de familiares en los procedimientos invasivos. En general, en nuestro medio, no existe ningún protocolo o guía que incluya dar una opción que el familiar permanezca con el niño cuando se realiza un procedimiento.

Sabiendo la importancia que tienen la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en niños y teniendo en cuenta que , las Asociaciones de Pediatría ; de Emergencia , y de Cuidados intensivos, asociación de enfermería de otros países de EEUU, España; también la OMS, la UNICEF se basan en

derechos del niño hospitalizado en que los padres deben estar presentes en los procedimientos invasivos de sus hijos si lo desean; en tal sentido es necesario saber cuál es la percepción que tiene el personal de salud y los familiares ante la presencia de un familiar en los procedimientos invasivos; nos planteamos como problema general ¿Qué diferencias existen sobre los niveles de aceptación de presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia pediátrica según percepción del personal sanitario y familiar de un hospital público, 2022?

Justificándose teóricamente que el enfoque de Derecho del Niño hospitalizado textualmente indica que el infante tiene todo el derecho de estar con la compañía de sus padres o un apoderado, durante su permanencia en la hospitalización, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria (17). el compromiso de personal sanitario y familiares como factores clave en el cuidado y tratamiento del niño. Son los padres los encargados de proteger, acoger y atender a las necesidades no médicas que los pequeños necesitan más que nunca en esos días extraños para ellos. Este hecho está comprobado científicamente: desde los años 60, las evidencias comenzaron a aparecer por estudios como el de Bowlby (1953) y el informe de Flatt (1959) en el que recalcan el trastorno que suponía para los niños la separación forzosa de sus progenitores (18).

En cuanto a la justificación social es muy importante esta investigación para todos los hospitales de atención pediátrica , para establecer y unificar criterios de la presencia de familiares en los procedimientos invasivos de sus niños hospitalizados; y a nivel nacional plantear estrategias de inclusión y protocolos para incluir al familiar como acompañante de su pequeño paciente en la unidad de emergencia y áreas críticas sabiendo que juegan un papel benéfico para la salud del niño, así como lo avala nuestra Constitución política del Perú, salud y protección del menor.

Metodológicamente, este trabajo de investigación es de gran utilidad metodológica para las diferentes áreas de hospital y todos los hospitales a nivel nacional que tienen unidades de emergencia pediátrica, para que puedan medir la

percepción que tiene su personal sanitario y los familiares ante una posible la presencia de familiares en los procesos invasivos; también nos ayuda a tener una estadística e información que ayudaría a la unidad de gestión y de calidad del centro hospitalario, concomitantemente dicho instrumento se utilizará y los resultados proporcionan información valiosa. El instrumento validado en Sao Paulo en 2018 acerca de la presencia familiar en los PI y RCP pediátrico (19) permitió medir parámetros para estrategias para incluir la presencia de los familiares durante los PI en las salas de emergencia.

Esta investigación tiene como objetivo general: Comparar las diferencias que existen entre los niveles de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia pediátrica según percepción del personal sanitario y familiares de un hospital público, 2022. Los objetivos específicos son: (1) Comparar la diferencia que existe entre los niveles de aceptación de beneficios de la presencia familiar durante los PI; (2) Comparar las diferencias que existe entre los niveles de aceptación de perjuicios que ocasiona la presencia familiar durante los PI; (3) Comparar la diferencia que existe entre los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los PI en emergencia; (4) Comparar la diferencia que existe entre los niveles de aceptación en las limitaciones del aprendizaje de los profesionales en formación que da la presencia del familiar durante los PI en emergencia.

Para este trabajo se formuló la siguiente hipótesis: Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia pediátrica según personal sanitario y familiares de un hospital público, 2022. Las H. específicas son : (1) Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de beneficios de la presencia familiar durante los PI (2) Existe una diferencia significativa entre los niveles de aceptación de perjuicios que ocasiona la presencia familiar durante los PI; (3) Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los PI; (4) Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en las limitaciones del aprendizaje de los profesionales en formación ante la presencia del familiar durante los PI emergencia.

II. MARCO TEÓRICO

En el ámbito internacional un estudio observacional descriptivo, cuyo objetivo fue saber si los padres eligen permanecer o no durante los procedimientos invasivos de sus niños, se realizó encuestas a los parientes de los pacientes en el área de urgencias dando como resultado que los padres desean estar presentes en un 63%, siendo los procedimientos más comunes las venopunciones 84.5%, curación de heridas 70.4%, punción lumbar 66,3% y reanimación cardiopulmonar 61.2%. Concluyéndose que mayormente los parientes optarían por estar presentes durante los procesos invasivos en urgencias pediátricas y casi la totalidad de los familiares entienden que la disposición de estar o no presente debe ser tomada por el personal de salud, sobre todo si el procedimiento es muy invasivo (1).

También, existe otro estudio internacional descriptivo donde se investigó la opinión de los profesionales de salud médicos, enfermeras y personal técnico donde se realizó un encuesta , dando como resultado que las enfermeras obtuvieron un 48.3%, médicos 44.3 % y personal técnico 32% en relación a la aparición del familiar durante los procesos invasivos en niños, concluyendo que aun el personal sanitario un bajo nivel de aceptación a la presencia de familiares(20).

Otro Estudio europeo descriptivo que tuvo la finalidad de analizar la diferencia significativa entre las actitudes de médicos y las enfermeras ante la aparición de los parientes en los procedimientos invasivos; aplicó un cuestionario a 95 profesionales de la salud, encontrando que 43% de los médicos y 38% de enfermeras apoyaron la idea de la presencia familiar, este estudio concluyo que existe una diferencia significativa en las actitudes de médicos y enfermeras (21).

En otro estudio internacional observacional descriptivo, mediante encuestas que tenían por objetivo determinar el beneficio de la aparición de los padres en los procesos invasivos; en el familiar y el personal de salud que labora en el área de urgencias de pediatría; dando como resultado que la presencia familiar beneficia al niño en 62%, el 26% para el personal de salud y el 55% al familiar. Dicho estudio

concluye que para el personal sanitario le es favorable la aparición de los parientes durante los procesos invasivos. Hay diferencias entre los que son o no doctores en un 44% y 38%, los doctores consideran que la presencia de los parientes es beneficiosa para los niños, de igual forma que los padres deben ser parte de las decisiones, el grupo de trabajadores que no son doctores creen mayormente que la decisión debe ser tomada por las personas que se encargan de realizar el procedimiento invasivo (22).

Otro estudio internacional cuyo objetivo es saber si la presencia familiar disminuye en el dolor y ansiedad en los pacientes durante los procesos invasivos, un ensayo clínico controlado no aleatorizado se reclutó 70 pacientes mediante un muestreo por conveniencia, se aplicó un cuestionario validado STAI y luego asignaron aleatoriamente a dos grupos de intervención (días pares) y control (días impares) encontraron que la puntuación de la ansiedad antes y después de un procedimiento invasivo fue de 68,57% en el grupo de intervención y 28.57% en el grupo control concluyendo que la presencia del familiar redujo la ansiedad en los procedimientos invasivos (23).

En coherencia, otra investigación española que se planteó como objetivo determinar presencia familiar durante la realización de los procesos intensivos, mediante un estudio comparativo multicéntrico descriptivo con un cuestionario a un total de 22 hospitales obtuvieron resultados como concluyendo que en 5 años han aumentado la presencia de los progenitores durante los procesos invasivos, en el 2014 los médicos aceptaron la presencia familiar de 44 % y al 2020 los médicos aceptaron la presencia familiar en un 68 % (24).

Un estudio tipo descriptivo, tuvo como objetivo de revisar las percepciones de los padres para satisfacer sus necesidades durante reanimación cardio Pulmonar (procedimiento invasivo) se realizó revisión sistemática 9 estudios cumplieron con los criterios, teniendo que los padres refirieron estar físicamente presente fue reconfortante y describieron sus reacciones en investigaciones (25).

En contraste, un estudio prospectivo observacional transversal se realizó 650 encuestas enviadas al personal de salud Unidades Neonatales de España, para determinar si el personal de salud consideran la presencia de padres en los procedimientos; el personal de salud considera que la presencia de padres puede afectar negativamente en el 86% a los padres, concluyendo que no es favorable la presencia de los padres (26).

En el Perú, se realizó un estudio de la calidad de la atención y la satisfacción de la madre acompañante en emergencia de pediatría realizándose un estudio descriptivo con 80 encuesta donde tiene como resultado que las madres prefieren estar con sus hijos en salas de emergencia en un 88 %, y concluyen que existe una relación positiva entre la calidad de atención y la satisfacción de la madre acompañante con su niño (27).

Otro estudio nacional realizado en nuestro país de la presencia familiar en reanimación cardiopulmonar en el servicio de emergencia teniendo como instrumento una encuesta, de 320 encuestados dio como resultado 57% a favor de la presencia familiar en el procedimiento de reanimación y concluyendo que la presencia familiar es beneficiosa y beneficia para la toma de decisiones(28).

Se realizó un estudio descriptivo a nivel nacional, con el objetivo de revisar las percepciones de los padres para satisfacer sus necesidades durante reanimación cardio Pulmonar (procedimiento invasivo) se realizó revisión sistemática 9 estudios cumplieron con los criterios, teniendo que los padres refirieron estar físicamente presente fue reconfortante y describieron sus reacciones en investigaciones (25). No se encontró más estudios en el Perú.

El fundamente científico del estudio radica en el modelo de integral (Paciente-médico – familia) comúnmente llamado Patient and family centred care (1), representa el cambio de un paradigma en el modelo paternalista de la práctica médica (29), a menudo no solo sufre el paciente también los miembros de la familia en una enfermedad (30); la atención centrada en el paciente, incluye a pacientes y sus familiares en todo el proceso de atención (31) ,en los procedimientos

invasivos a través de un sistema de gran participación de múltiples actores en el servicio de emergencia dando a los pacientes y sus padres alternativas de aliviar el dolor y angustias durante dichos procedimientos (20)(32).

Otro fundamento científico es el modelo es el Confort Measures con la pionera de la humanización en pediatra Mary Barkey, MA, en Children's Hospital a principios de la década de 1980. Realizo un estudio de "Técnicas para consolar a los niños durante procedimientos estresantes". Donde concluye que ha beneficiado a los niños y las familias en acompañamiento (33). La Atención Centrada en el Paciente y la Familia , es un modelo de prestación de servicios de salud que tiene principios que incluye atención respetuosa y sensible, con valores siendo recogida esta propuesta por la Academia Americana de Pediatría y es respaldada y promovida por organismos los Academia Americana de Pediatría como el Instituto de Medicina, el Colegio Americano de Medicina Intensiva (34). Se sabe que la aplicación de protocolos adecuados es eficaz y produce importantes beneficios identificados para los padres, los niños y el personal sanitario; Estados Unidos es uno de los primeros en desarrollar el tema de la en la presencia familiar, desde que establecieron un modelo de confort (33).

El estudio está fundamentado técnicamente en las guías españolas, donde el profesional tiene el rol de facilitador de padres durante procesos invasivos (2). La American Association of Critical Care Nurses tienen recomendación a organizaciones, en conferencias de consenso, políticas y directrices de una práctica clínica que permiten promover la presencia familiar en procedimientos invasivos y Reanimación cardiopulmonar, hay códigos de Ley Española CLI-23453 sobre la protección de la infancia, La presencia familiar es un derecho, descrito en el decálogo de la seguridad del niño de la Asociación Española de Pediatría en 2014 (35). La OMS y la Unicef tiene conferencia de consensos de protección infantil y dentro de ellos en derecho de los niños hospitalizados(36). También en nuestro país MINSA en su agenda del Plan para 2030 la protección, la educación y la salud de la infancia, así como otros aspectos de su bienestar, deben ser una parte esencial de cada informe de los exámenes nacionales voluntarios, y debe prestarse especial atención a asegurar que ningún niño se quede atrás, especialmente los

más vulnerables (14). El Perú ratificó, la Convención de los Derechos del Niño donde globalmente se ve los avances logrados por Perú donde figura la elaboración del IV Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA), que declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos para garantizar el cumplimiento de los derechos de la niñez (37). Así mismo existe en nuestro país la Ley 31041 publicada en el diario el peruano en el año 2020, donde el estado debe garantizar la detección oportuna y la atención integral de calidad de los niños con enfermedades oncológicas; siendo la familia un pilar importante para la hospitalización y acompañamiento del tratamiento de su hijo hospitalizado (16).

Nuestro fundamento Social es que el paciente es un objeto pasivo, es el sujeto primordial de las acciones de un equipo de salud motivado, convencido e inmerso en la mejora de la calidad de atención de un país(27). Los hospitales previamente centros aislados del sistema de salud deben pasar a formar parte de redes integradas de servicios para el bienestar de la salud nacional y primordialmente la salud infantil (13). Todos los hospitales de atención pediátrica, deben de establecer y unificar criterios de la presencia de familiares durante los procedimientos invasivos de sus niños hospitalizados; y a nivel nacional plantear estrategias de inclusión y protocolos para incluir al familiar como acompañante de su pequeño paciente en la unidad de emergencia y áreas críticas sabiendo que juegan un papel benéfico, y teniendo en cuentas los derechos del niño hospitalizado se planteen la inclusión de estos derechos siendo los principales tener un espacio vital, porque al estar hospitalizados desaparece su mundo y la casa, el colegio el barrio, los hermanos y los amigos, dejando de lado el juego, estudio y descanso, es cuando debemos de tratar de atenuarse esa falta ; dando un ambiente hospitalario en el más agradable, amigable y un confortable espacio; rescatando los aspectos sanos y el juego, disminuir las horas de tensión (38) darle el apoyo emocional, donde los padres estén interactuando con el paciente y ser partícipes de sus decisiones médicas. Así lo comparten muchos estudios donde los pacientes pediátricos hospitalizados tienen derechos a que sus padres estén en momentos de tensión para disminuir el dolor (39).

En un marco conceptual de la variable Procesos invasivos, se inicia mencionando que los proceso invasivos es un procedimiento donde el paciente es invadido por una aguja, una sonda o un dispositivo, por un diagnóstico o terapia, Todo procedimiento invasivo generará en el niño dolor o sufrimiento, que dependerá del procedimiento, la utilización de sedantes, analgésicos y el ambiente donde se realiza el procedimiento (10).

El concepto de presencia familiar durante los procedimientos en urgencias pediátricas es el papel de la familia como proveedora de cuidados médicos al niño enfermo, apoya la colaboración entre paciente, familia y profesionales sanitarios y respeta la cultura, las tradiciones, creencias y experiencias del paciente y su familia (1).El beneficio de la presencia familiar en los procedimientos invasivos se encuentra parámetros donde se comparte el cuidado y la toma de decisiones entre el médico y los familiares. Beneficiándolo la necesidad del contacto con el ser querido, el conocimiento del estado de salud, del tratamiento y del pronóstico. La presencia del familiar se convierte entonces en una necesidad esencial (40).Recomiendan ofrecer la posibilidad, a los familiares de los recién nacidos, de estar presente durante las maniobras de RCP. Esta presencia no parece afectar al tiempo durante el que se practica la resucitación, mejora la satisfacción de los familiares y los prepara mejor, en caso de fallecimiento, a elaborar el duelo. Los familiares que asistieron no informaron de un trauma derivado de su presencia durante la RCP (41).

El beneficio positivo nos indica que el personal de salud llega a proporcionar apoyo emocional y orientación a los parientes de los pacientes durante el RCP y procesos de estrés. Incrementa la comprensión de la severidad de la situación, mejora la toma de decisiones acerca de la resucitación con base en la calidad de vida y facilita el proceso del duelo. Otros estudios demuestran que los familiares que participaron lo volverían a hacer y los familiares que decidieron no participar apreciaron grandemente la oportunidad (40).Los beneficios del acompañamiento familiar en la sala de urgencia en procedimientos dolorosos son valorados por los cuidados prestados, también disminuyendo un sentimiento de culpa y atenuando el proceso de luto. La presencia mejora la toma de decisiones y proporciona

información del estado del paciente. Concomitantemente la presencia de un familiar disminuye el estrés o ansiedad en los niños y en sus familiares (42). La presencia familiar tienen el beneficio de asimilar la muerte, mejora la etapa de duelo, la tranquilidad profesional que la familia ha visto que se realizó todo lo que ha estado en sus manos (43).

Percepciones negativas son percepciones que nos muestran que claramente el personal de salud se vuelve reactivo a la presencia de padres o apoderados. Ellos refieren que produce estrés en el equipo sanitario, y un pesado trauma en el familiar, también puede llegar a ocasionar denuncias médico-legales que puedan surgir. Estas no favorables percepciones se han visto durante años y aún no se ha descubierto su validez. (40).

La necesidad de un protocolo para el personal sanitario debe incluir la aprobación tanto por los coordinadores de área como por todo el personal que ha sido involucrado, incluyéndose en el protocolo la opción de aceptar o no la presencia del familiar para ser instruirlo y adiestrarlo sobre el tema, este protocolo debe incluir un modelo centrado en niño, padre y personal sanitario. (44).

III. METODOLOGÍA

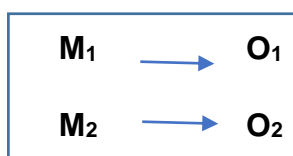
3.1. Tipo y diseño e la investigación

3.1.1 tipo de investigación

La investigación fue de tipo aplicada por que tiene como prioridad poder ayudar a resolver los problemas (45), teniendo como pilares fundamentales la indagación y consolidación del conocimiento básico (46); conforme se mencionó en la Concytec (2018) orientada a la posibilidad de resolver problemas, es un objetivo práctico y específico (47). La investigación es cuantitativa , porque se centra en los aspectos observables y reales, describiéndose los hechos de forma objetiva (48).

3.1.2. Diseño de investigación

El presente trabajo es un diseño no experimental, ya que no se van a alterar las variables, debido a que se observa el fenómeno tal y como sucede sin tener intervención sobre ello (49) . Es una investigación descriptiva comparativa, siendo los resultados comparados en dos muestras diferenciadas, en dos grupos de personal sanitario y padres de familia. El esquema es el siguiente (48):



$$O_1 = O_2$$

$$O_1 \neq O_2$$

Dónde:

M_1 = personal sanitario de un hospital público

M_2 = padres de niño hospitalizado de un hospital público

O = Aplicación del instrumento (observación de variable)

3.2. Variables y operacionalización

Variable dependiente: procedimientos invasivos

Definición conceptual:

Procedimiento invasivo (PI) son proceso de diagnóstico terapéutico en los que realizan lesiones de tejido o contacto con la sangre, van desde la reparación de heridas, fracturas hasta las maniobras de reanimación cardiopulmonar (50)

Definición operacional:

Para el presente estudio se considera procedimientos invasivos realizados en la sala de emergencia y sus dimensiones beneficios, perjuicios, estrategia y limitaciones (ver Anexo 2).

Indicadores:

Los indicadores que están en la matriz de operacionalización de las variables que ayudan a evaluar las dimensiones.

Escala de medición: Escala Likert. Ordinal

3.3 Población, muestra y muestreo (criterios de selección)

3.3.1 Población:

La población de estudio está compuesta por 160 personas del servicio de emergencia pediátrica de un hospital público de Lima. De ellos 80 son personal sanitario, entre médicos pediatras, residentes de pediatría (pediatras en formación), enfermeras, técnicos de enfermería y 80 familiares que son entre madres, padres y apoderados que acompañaban a sus niños. Como lo menciona Hernández et al(45), la población se define como un grupo de elementos como personas , objetos semejantes y que se delimitan de una muestra de estudio.

Los criterios de inclusión:

Los profesionales sanitarios del área de emergencia, que pueden actuar como docentes, asistente o residente con más de un año de experiencia en la emergencia; Padres, familiares o apoderados a cargo del niño que están hospitalizados en la emergencia que otorguen su consentimiento.

Los criterios de exclusión

Médicos rotantes, personal sanitario rotantes de otros servicios, familiares que no están a cargo del niño (visitantes)

3.3.2 Muestra

En el trabajo de investigación se aplicó una muestra no probabilística de tipo intencional, seleccionada por conveniencia para el objetivo de la investigación; teniendo en cuenta la situación problemática, se consideró toda la población de 160 respuestas entre personal sanitario y familiares del servicio de emergencia en el tiempo de 3 días del mes de junio.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el trabajo de investigación se utilizó la técnica de encuesta para la recolección de datos, las cuales son formas y acciones de ayuda a la comprobación de un problema (46). La técnica utilizada fue una encuesta virtual, estructurada por 8 preguntas divididas en 4 dimensiones.

El instrumento se emplea para evaluar las variables y ayudan a recopilar información, nuestro instrumento corresponde (19) y (18), dicho instrumento fue tiene una validez de constructo (Ver Anexo 3). Asimismo, se realizó una validez de contenido por juicio de expertos a través de la pertinencia, relevancia y claridad cuyas validaciones se encuentran en el anexo 3.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, se realizó para verificar el grado en que su aplicación repetida origina resultados semejantes (45). La confiabilidad se realizó incluyendo al personal de salud y familiares del paciente hospitalizado en emergencia y se aplicó el Alpha de Cronbach por ser un instrumento de medición

politómica cuyo resultado fue de 0,787 representando una confiabilidad aceptable. (ver Anexo 4).

3.5 Procedimientos

Se solicitó el permiso al área correspondiente de emergencia, para la información del personal sanitario, y a los padres de familia que se encontraban en la sala de espera del área de emergencia; y así poder realizar nuestra recolección de datos con los que cumplían con los criterios de inclusión y aceptaron a participar en el estudio, informándose presencialmente a los padres en qué consistía cada pregunta y dándoles la opción a poder abandonar el estudio en cualquier momento si lo desean.

Toda persona que decidió su participación debió aceptar un consentimiento informado antes de llenar la encuesta virtual.

3.6 Método de análisis de datos

Después de la obtención de la información se procedió a ordenar los datos captados por la encuesta, clasificándolos por el tipo de personal y familiares.

Se analizaron las bases de datos mediante SPSS versión 25 estableciéndose sus tipos, y la recodificación según nuestra matriz de operacionalización. En el análisis descriptivo se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de acuerdo con los niveles y rangos respectivos establecidos en la operacionalización. El análisis inferencial aplicando la prueba estadística usada para la comparación entre grupos fue no paramétrica: U de Mann Whitney.

3.7 Aspectos éticos

Dentro de la norma de trabajos de investigación , para poder aplicar la encuesta virtual y recolectar información, se realizaron coordinaciones con áreas de emergencia, calidad y docencia del hospital , y así poder cumplir los principios éticos que la universidad emite en su código de ética para la investigación (51). La ética precisa tener un gran rol en la personalidad de la persona, comprendida en valores , teniendo en cuenta que un estudio es autonomía , beneficencia y justicia (52).

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Tabla 1

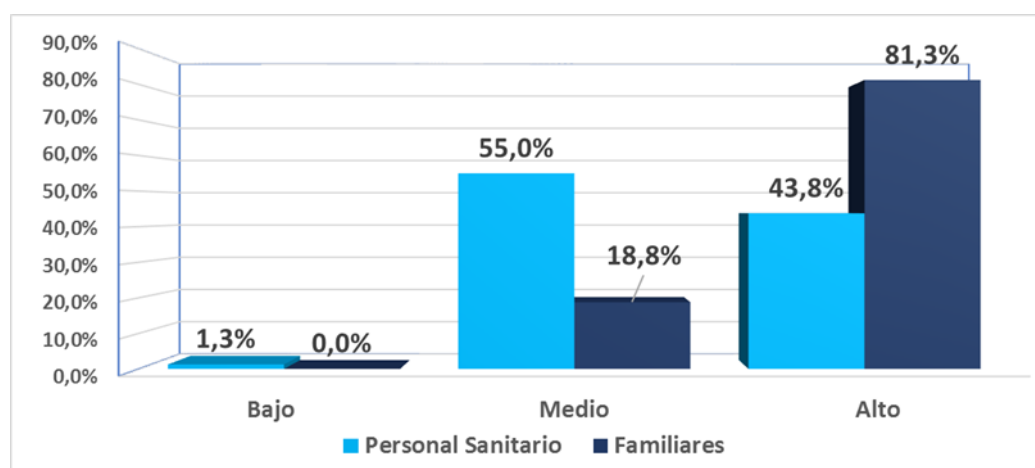
Niveles de aceptación de PF durante procedimientos invasivos (PI)

grupo	Aceptación de la PF durante los PI						Total	
	Bajo		Medio		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Personal Sanitario	1	1,3	44	55,0	35	43,8	80	100,0
Familiares	0	0,0	15	18,8	65	81,3	80	100,0
Total							160	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado

Figura 1

Niveles de aceptación de PF durante PI



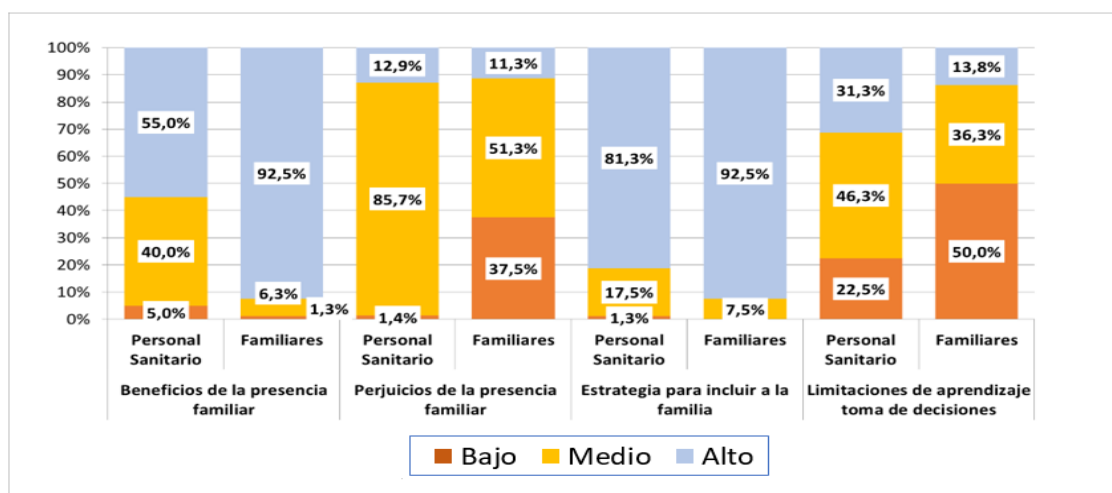
Fuente: Tabla 1

Nota. Según la tabla y figura anterior los resultados hallados respecto a los niveles de aceptación de la PF durante los PI en emergencia observándose que tiene un nivel alto de aceptación los familiares (padres, madre, y apoderados) con el 81,3%; y en un nivel medio fue el personal sanitario con el 55%

Tabla 2*Dimensiones de aceptación de PF durante PI*

Dimensiones	Grupos	Bajo		Medio		Alto		total	Total
		f	%	f	%	f	%		
Beneficios de la presencia familiar	P. Sanitario	4	5,0	32	40,0	44	55,0	80	100,00
	Familiares	1	1,3	5	6,3	74	92,5	80	100,00
Perjuicios de la presencia familiar	P. Sanitario	1	1,4	60	85,7	9	12,9	70	100,00
	Familiares	30	37,5	41	51,3	9	11,3	80	100,00
Estrategia para incluir a la familia	P. Sanitario	1	1,3	14	17,5	65	81,3	80	100,00
	Familiares	0	0,0	6	7,5	74	92,5	80	100,00
Limitaciones de aprendizaje toma de decisiones	P. Sanitario	18	22,5	37	46,3	25	31,3	80	100,00
	Familiares	40	50,0	29	36,3	11	13,8	80	100,00

Fuente: Instrumento Aplicado

Figura 2*Dimensiones de aceptación de la PF durante PI*

Fuente: Tabla 2

Nota. Según la tabla y figura anterior muestra los niveles de aceptación de las 4 dimensiones. Para la D1: Beneficios de la PF, se puede observar que son los familiares quienes se ubicaron en el nivel alto de aceptación con un 92,5% a diferencia del personal sanitario con un 40% de aceptación. En la D2: perjuicios de la presencia familiar, el personal de salud evidencia un nivel medio con 85,7% y los familiares con 51,3%. En la D3: Estrategia para incluir a la familia, se observa que existe una cercana similitud, los familiares en un 92,5% de aceptabilidad y el personal sanitario con 81,3%. En la D4: Limitaciones de aprendizaje en la toma de decisiones, se observan comparaciones en los niveles de aceptación, para los familiares un 50% y para el personal de salud un 46,3%.

Análisis descriptivo según edad del encuestado.

Tabla 3.

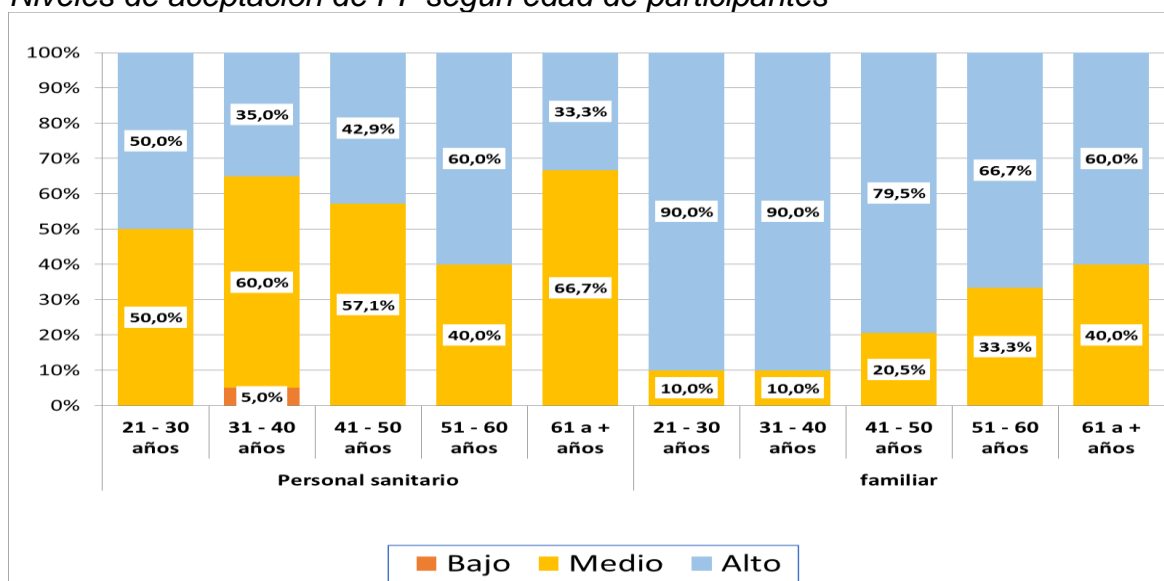
Niveles de aceptación de la PF según edad de participantes

		Bajo		Medio		Alto		total	Total
		f	%	f	%	f	%		
Personal sanitario	21 - 30	0	0,0	4	50,0	4	50,0	8	100,0
	31 - 40	1	5,0	12	60,0	7	35,0	20	100,0
	41 - 50	0	0,0	16	57,1	12	42,9	28	100,0
	51 - 60	0	0,0	6	40,0	9	60,0	15	100,0
	61 a +	0	0,0	6	66,7	3	33,3	9	100,0
Familiar	18 - 30	0	0,0	1	10,0	9	90,0	10	100,0
	31 - 40	0	0,0	2	10,0	18	90,0	20	100,0
	41 - 50	0	0,0	8	20,5	31	79,5	39	100,0
	51 - 60	0	0,0	2	33,3	4	66,7	6	100,0
	61 a +	0	0,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado

Figura 3

Niveles de aceptación de PF según edad de participantes



Fuente: Tabla 3

Nota. Según la tabla y figura anterior muestra los resultados comparativamente por rango de edad, en el personal sanitario se observa que para el grupo entre 61 a más años tienen un mayor porcentaje en el nivel medio de aceptación de 66,7% y un 60% en nivel alto el grupo de 51 a 60 años. Respecto a los familiares, existe un similar resultado en el nivel alto con 90% en los grupos de 21 a 30 y 31 a 40 años; sin embargo, el resto de grupos, también cuentan con niveles altos de aceptación.

Análisis descriptivo por afiliación del encuestado.

Tabla 4

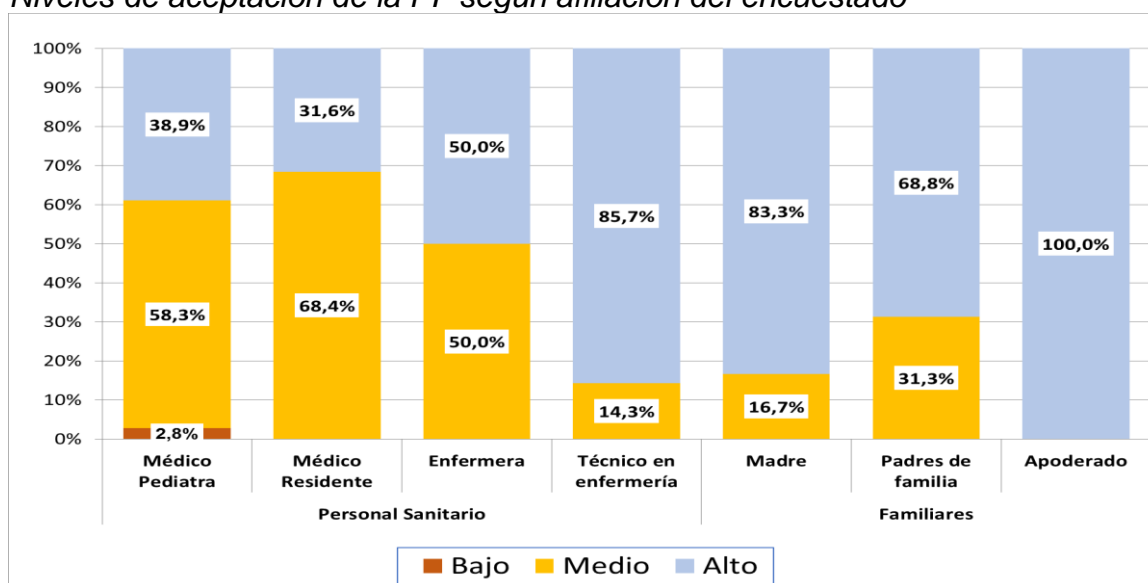
Niveles de aceptación de la PF según afiliación del encuestado

		Bajo		Medio		Alto		total f	Total %
		f	%	f	%	f	%		
Personal Sanitario	M. Pediatra	1	2,8	21	58,3	14	38,9	36	100,0
	M. Residente	0	0,0	13	68,4	6	31,6	19	100,0
	Enfermera	0	0,0	9	50,0	9	50,0	18	100,0
	Técnico en enfermería	0	0,0	1	14,3	6	85,7	7	100,0
Familiares	Madre	0	0,0	10	16,7	50	83,3	60	100,0
	Padre	0	0,0	5	31,3	11	68,8	16	100,0
	Apoderado	0	0,0	0	0,0	4	100,0	4	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado

Figura 4

Niveles de aceptación de la PF según afiliación del encuestado



Fuente: Tabla 4

Nota. Según la tabla y figura anterior muestra los resultados comparativamente por afiliación del encuestado, en el personal de salud se observa que los técnicos de enfermería quienes evidencian un nivel alto de aceptación a la presencia de padres con 85,7% y lo médicos residentes un 68,4%. Respecto a los familiares, son los apoderados que tiene un nivel alto de aceptación al 100%; sin embargo, las madres y padres, también cuentan con niveles altos de aceptación.

4.2. Prueba de normalidad

Por ser el tamaño de muestra para cada grupo de estudio > 50 ; se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov smirnov; los resultados arrojaron que los datos no se distribuyen de forma normal porque $p=0,000 < 0,05$; r por lo tanto, se la prueba estadística usada para la comparación entre grupos fue no paramétrica: U de Mann Whitney (ver anexo).

4.3. Contraste de Hipótesis General

Ho ($M_1=M_2$). No existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos.

Ha. ($M_1 \neq M_2$) Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos.

Tabla 5 Prueba de Hipótesis general

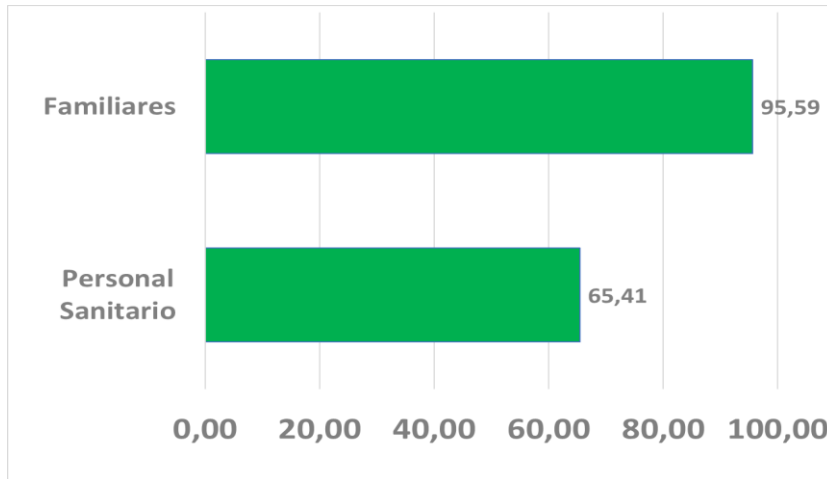
Valor del Estadístico de Contraste

Grupo		N	Rango promedio	Suma de rangos	Prueba estadística	
Presencia familiar	Personal sanitario	80	65,41	5232,50	U de Mann-Whitney	1992,500
	Familiar	80	95,59	7647,50	W de Wilcoxon	5232,500
	Total	160			Z	-4,905
					Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Grupo

Figura 5

Prueba de Hipótesis general Rangos promedio



Fuente: instrumento aplicado

Nota. En los resultados inferenciales se evidencia que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio, $U=1992,500$, $p=0,00<0,05$, donde es el grupo de los familiares (padres de familia), que presentan un mayor nivel de valoración frente al personal sanitario, reflejado también en sus rangos promedios donde el grupo de los padres tiene mayores valores. Por consiguiente, se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

Contraste de H. Específica 1.

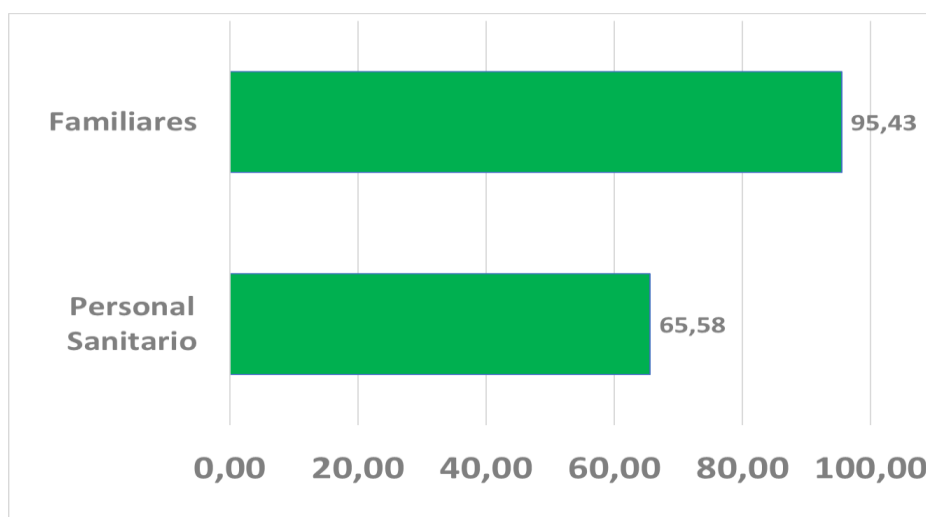
$H_o (M_1=M_2)$. No Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de los beneficios de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos.

$H_a. (M_1 \neq M_2)$ Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de los beneficios de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos.

Tabla 6*Prueba de Hipótesis específica 1*

	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos	Prueba estadística	
Beneficios de la presencia familiar	Personal sanitario	80	65,58	5246,00	U de Mann-Whitney	2006,000
	Familiar	80	95,43	7634,00	W de Wilcoxon	5246,000
	Total	160			Z	-5,321
					Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Grupo

Figura 6*Prueba de hipótesis específica 1 Rangos promedio*

Fuente: instrumento aplicado

Nota. En los resultados inferenciales se observa que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio, $U=2006,500$, $p=0,00 < 0,05$, donde es el grupo de los familiares (padres de familia), que presentan un mayor nivel de valoración frente al personal sanitario, reflejado también en sus rangos promedios donde el grupo de los padres tiene mayores valores. Por lo tanto, se rechaza la H_0 de igualdad de grupos y se llega a la conclusión que: Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia.

Contraste de H. Específica 2.

Ho ($M_1=M_2$). No Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de perjuicios de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos.

Ha. ($M_1 \neq M_2$) Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de perjuicios de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos.

Tabla 7

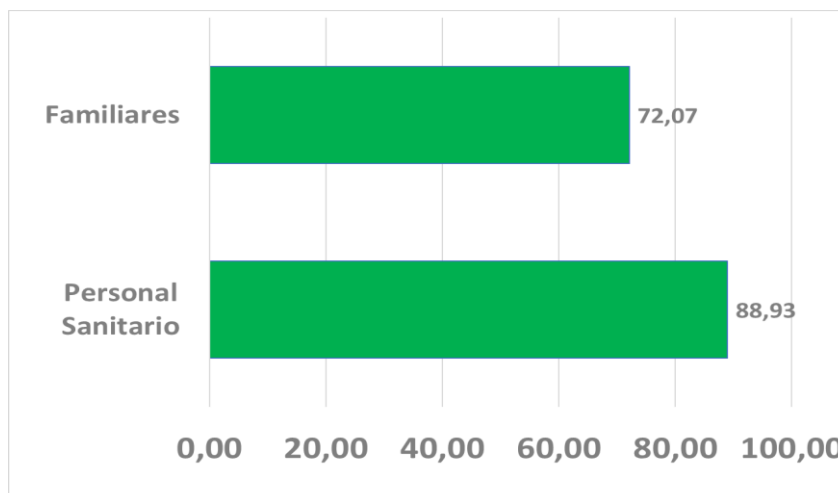
Prueba de hipótesis específica 2 Valor dl Estadístico de Contraste

				Prueba estadística		
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos		
Perjuicios de la presencia familiar	Personal sanitario	80	88,93	7114,50	U de Mann-Whitney	2525,500
	Familiar	80	72,07	5765,50	W de Wilcoxon	5765,500
	Total	160			Z	-2,694
					Sig. asintótica(bilateral)	,007

a. Variable de agrupación: Grupo

Figura 7

Prueba de hipótesis específica 2 Rangos promedio



Fuente: instrumento aplicado

Nota. Los resultados inferenciales concluyen que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio, $U=2525,500$, $p=0,07<0,05$, donde es el grupo conformado por el personal sanitario que presentan un mayor nivel de valoración frente al de padres de familia, reflejado también en sus rangos promedios donde el grupo del personal sanitario que presenta mayores valores. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de grupos y se llega a la conclusión que: Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de perjuicios de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos.

Contraste de H. Específica 3.

Ho ($M_1=M_2$). No Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los procedimientos invasivos.

Ha. ($M_1 \neq M_2$) Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los procedimientos invasivos.

Tabla 8

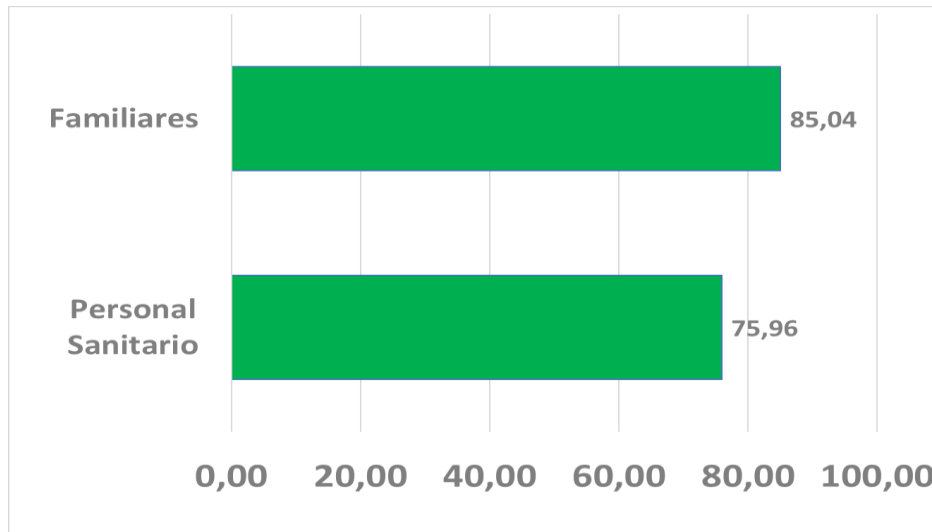
Prueba de hipótesis específica 3 Valor del Estadístico de Contraste

					Prueba estadística	
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos		
Estrategia para incluir a la familia	Personal sanitario	80	75,96	6077,00	U de Mann-Whitney	2837,000
	Familiar	80	85,04	6603,00	W de Wilcoxon	6077,000
	Total	160			Z	-2,117
					Sig.	,034
					asintótica(bilateral)	

a. Variable de agrupación: Grupo

Figura 8

Prueba de hipótesis específica 3 Rangos promedio



Fuente: instrumento aplicado

Nota. Los resultados inferenciales concluyen que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio, $U=2837,000$, $p=0,34 < 0,05$, donde es el grupo de los familiares (padres de familia), que presentan un mayor nivel de valoración frente al personal sanitario, reflejado también en sus rangos promedios donde el grupo de los padres tiene mayores valores. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de grupos y se llega a la conclusión que: Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los procedimientos invasivos.

Contraste de H. Específica 4.

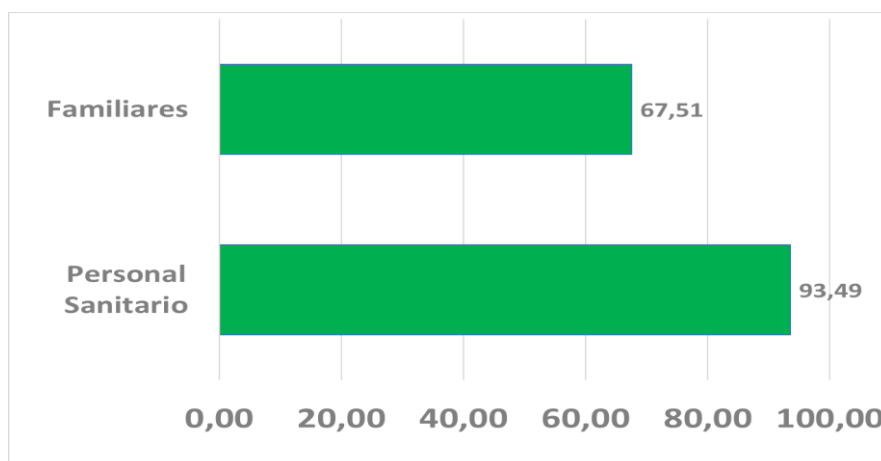
Ho ($M_1=M_2$). No Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en las limitaciones de la toma de decisiones para la presencia del familiar durante los procesos invasivos emergencia.

Ha. ($M_1 \neq M_2$) Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en las limitaciones de la toma de decisiones para la presencia del familiar durante los procesos invasivos emergencia.

Tabla 9*Prueba de Hipótesis específica 4 valor del Estadístico de Contraste*

Limitaciones de aprendizaje toma de decisiones	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos	Prueba estadística	
	Personal sanitario	80	93,49	7479,00	U de Mann-Whitney	2161,000
	Familiar	80	67,51	5401,00	W de Wilcoxon	5401,000
	Total	160			Z	-3,800
					Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Grupo

Figura 9*Prueba de hipótesis específica 4 Rangos promedio*

Fuente: instrumento aplicado

Nota. Los resultados inferenciales concluyen que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio, $U=2161,000$, $p=0,00 < 0,05$, donde es el grupo del personal sanitario que presentan un mayor nivel de valoración frente al de los padres de familia, reflejado también en sus rangos promedios donde el grupo del personal sanitario tiene mayores valores. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de grupos y se llega a la conclusión que: Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en las limitaciones de la toma de decisiones para la presencia del familiar durante los procesos invasivos emergencia.

V. DISCUSIÓN

El objetivo general del estudio fue comparar las diferencias que existen entre los niveles de aceptación en la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia pediátrica según percepción del personal sanitario y familiares; los resultados descriptivos demostraron que los familiares tienen mayor aceptación 81,3% frente 43,8% que el personal de salud. Asimismo, comparativamente se encontró que la aceptación de la presencia familiar según la edad del personal de salud con un nivel alto de aceptación es la edad entre 51 a 60 en 60 % y los de 61 a más años con un 66,7% y los familiares con mayor aceptación son 21 a 30 años y 31 a 40 años ,ambos con un 90% de aceptación; otro lado el resultado descriptivo según afiliación los técnicos de enfermería tiene un nivel alto de aceptación a la presencia familiar con 85,7%, al igual los médicos residentes un 68,4%, dentro de los familiares sus apoderados el nivel de aceptación de su presencia en los procedimientos invasivos es de un 100% seguido de la madre en un 83.3% y padre en un 68.8%. Obteniendo una prueba de hipótesis donde se evidenció que existe una diferencia significativa entre los familiares y personal sanitario con un valor de $0,000 < 0,05$ esto indica que los familiares desean estar con sus niños durante los procesos invasivos.

Estos resultados se ven correlacionado con el trabajo evaluado por Bulut HK et all (2020) cuyos resultados indican 62% de los padres refieren que beneficia al niño; concluyendo que la PF es positiva para el niño, asimismo con el análisis elaborado por Stewart et all (2019) quienes encontraron que la presencia de padres era favorable. Por otro lado Pérez Alonso et all ya desde 2009 determino que la mayoría de las familias prefieren estar con sus hijos durante los procedimientos invasivos en urgencias, Marshal et all en (2010) también hace referencia a la poca aceptación de los profesionales de la salud teniendo en su estudio realizado de 130 personal sanitario donde solo el 43 % da aceptación a la presencia de familiares, en nuestro medio el estudio realizado por Pariona Aguilar (2018) donde se encuestaron a 340 madres en salas de urgencias concluyen que hay una relación benéfica de la madre acompañante y su niño en sala de urgencias , otro estudio nacional elaborado por Gil Julca (2018) donde mediante una revisión sistemática

analizó la presencia de familiares en procedimiento invasivo como reanimación cardiopulmonar , que es beneficioso la presencia de los padres.

Respecto al fundamento científico, es coherente con el modelo integral (paciente -médico- familia) donde los padres están involucrados en todo el proceso de atención hospitalaria ,tenemos que en los procesos invasivos tienen una gran participación porque alivian el dolor y angustias a sus niños (34); esto es corroborado por la Asociación de Pediatría Europea , Sociedad Americana de Pediatría y la misma Unicef se basan en los derechos del niño hospitalizado para dar una opción de la presencia familiar en los procedimientos invasivos .Por otro lado, en el Perú se ratificó en la convención de los Derechos del Niño (2021) la elaboración del plan de interés nacional para garantizar derechos del niño, con la ley 31041 publicada en el peruano 2020 en los derechos de niños oncológicos nos refiere que el pilar es la familia en el acompañadito de su hijo hospitalizado.

Los resultados descriptivos para le objetivo específico 1, que es Comparar los niveles de aceptación de beneficios de la PF durante los PI con en un 92.5% y un 51,3% de familiares , en los resultados concluyen que existen diferencias significativas entre los grupos de estudio, $U=2006,500$, $p=0,00<0,05$, donde es el grupo de los familiares (padres de familia), que presentan un mayor nivel de valoración frente al personal sanitario, reflejado también en sus rangos promedios donde el grupo de los padres tiene mayores valores, según el Test U de Mann-Whitney con un valor de $p 0,000<0,005$ por lo que se conclusión que existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia de un hospital público,2022. Dichos resultados son coherentes con lo publicado por Asociación americana de pediatría 2016 donde la PF es beneficiosa , al igual que lo publicado en Latinoamérica -Brasil por la Sociedad de Pediatría (2016) la presencia de un miembro de la familia en los procesos invasivos fortalecen los vínculos entre los propios familiares y la familia es testigo de los momentos vividos por el niño amerizando la etapa de duelo , teniendo la oportunidad de estar juntos su ser querido y la PF ayuda al proceso de luto en caso de óbito, también propicia una comunicación más efectiva con el equipo multidisciplinario y les permite constatar

que todos los esfuerzos necesarios son para salvar la vida de su paciente. Otro estudio citado por Gamell Fulla et al 2010 con un estudio que incluía a madres en compañía de sus niños en las áreas de hospitalización experimentaron menos problemas emocionales del comportamiento durante los procesos invasivos, Parvin et al en 2021 en su estudio de efecto de los familiares en los niños en procesos invasivos (23) con una muestra de 70 pacientes utilizando caso control donde los padres estaban presentes con sus niños concluye Antes ($P = 0,001$) y después ($P < 0,05$) de los procedimientos invasivos, la puntuación media de ansiedad en el grupo de intervención fue significativamente menor que en el grupo de control. En el grupo de intervención, la puntuación media de ansiedad después del procedimiento invasivo fue significativamente menor en comparación con antes del procedimiento invasivo ($P = 0,028$), Como resultado, la PF condujo una disminución significativa en el nivel de ansiedad en los pacientes.

Los resultados concuerdan con otro estudio realizado por KOOKI et al. (2017) la familia redujo el nivel de ansiedad en los pacientes con quemaduras en las salas de emergencia (53). También en el 2018 un estudio con 532 en la unidad de cuidados neonatales de Murcia refiere que la presencia de la madre disminuyen el dolor de los proceso invasivos en sala de urgencias en pacientes hospitalizados (10). En un estudio de investigación que en efecto de la presencia de los padres y de la distracción del niño al usar juguete durante la realización de un procedimiento doloroso obtuvieron que los niños tuvieron mejor patrón respiratorio. en la presión arterial media y frecuencia cardiaca en comparación en la que sus padres estuvieron ausentes sintieron menos dolor (IC del 95%: $-4,40$ a $-2,71$, $p < 0,001$) y estaban menos angustiados (intervalo de confianza del 95% para la herramienta A-State (CIA-State): $-10,46$ a $-6,49$, $p < 0,001$ e intervalo de confianza del 95% para la herramienta A-Trait (CIA-Trait): $-5,71$ a $-2,13$, $p < 0,001$) concluyendo que la presencia de los padres se considera importante para disminuir el estrés, el dolor y el comportamiento negativo de los niños en proceso invasivos (54).

Fundamentado técnicamente porque la presencia familiar es un derecho, descrito en el decálogo de la seguridad del niño de la Asociación Española de Pediatría en 2014 (35). La OMS y la Unicef tiene conferencia de consensos de

protección infantil y dentro de ellos en derecho de los niños hospitalizados(36). También en nuestro país MINSA en su agenda del Plan para 2030 la protección, la educación y la salud de la infancia, así como otros aspectos de su bienestar, deben ser una parte esencial de cada informe de los exámenes nacionales voluntarios, y debe prestarse especial atención a asegurar que ningún niño se quede atrás, especialmente los más vulnerables(14) que el beneficio de la presencia familiar está documentado en continente europeo, americano, latinoamericano.

Los resultados descriptivos para el objetivo 2 Comparar los niveles de aceptación de los prejuicios que ocasiona la presencia familiar confirmando la hipótesis sí existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de perjuicio de la presencia familiar durante los procesos invasivos , diferencias significativas entre los grupos de estudio, según Test U de Mann-Whitney $U=2525,500$, $p=0,07 < 0,05$, donde es el grupo conformado por el personal sanitario que presentan un mayor nivel de valoración frente al de padres de familia se ve correlacionado según Ferreira 2018(44) donde refiere que los prejuicios para la práctica del profesional cuando la familia está presente , como ansiedad, inseguridad y pérdida de la concentración durante los procesos invasivos, son lo que motivan a no incluir al familiar en los procesos invasivos. Bellpome un estudio realizado en Francia 2015 refiere que los profesionales de la salud aún tiene creencia restrictivas , como que la presencia de los padres puede causar daños psicológicos , el equipo pierdo concentración y hay riesgo de interferencia en el trabajo médico aumentando el stress del equipo(55). Otro estudio refiere Tudor que las enfermeras que hay barreras y no es le miedo que la presencia familiar interfiere en el procedimiento , aumento de ansiedad y miedo al trauma (56).

Los resultados descriptivos para el objetivo específico 3 Comparar los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los PI, según el test U de Mann-Whitney $U=2837,000$, $p=0,34 < 0,05$, donde es el grupo de los familiares (padres de familia), presentan un mayor nivel de valoración frente al personal sanitario, la familia son los más interesados a que se forme estrategias como protocolos de incluir a la familia. Resultado similar con lo expuesto por Balerio

et al (2016) quienes investigaron la percepción del personal de salud 42 y familiares 40 donde identifican que los profesionales bajo sus creencias aun no ven la importancia de protocolos en los hospitales para la inclusión de la familia lado de sus niños en los procedimientos invasivos con un p-valor 0,019 para personal sanitario (54). Fundamentado por las asociaciones americanas del 2021 con sus asociaciones pediátricas dan sus recomendaciones de conferencias de consenso , políticas y directrices de una práctica clínica para promover que la familia este en los PI y en resucitación cardio pulmonar(44). En tal sentido , los investigadores apuntan hacia el modelo de cuidado centrado en el paciente y en la familia como un potencial en una participación y colaboración de los PI (19).

Los resultados descriptivos para el objetivo específico 4 Comparar los niveles de aceptación de limitaciones del aprendizaje en profesionales en formación, se obtiene que existe una diferencia significativa entre los niveles de aceptación en las limitaciones para incluir a la familia en los PI para los familiares un 50% y para el personal de salud un 46,3% revelándonos que aun perciben que al estar presente los familiares limitarían el aprendizaje en los nuevos profesionales. En tal sentido, Dayana et al (2014) en un estudio de EEUU en 2014 cuyo objetivo era determinar si la presencia de familiares interfería en el aprendizaje de las 154 enfermeras 68% revelaron que no interfiere es significativamente mayor , contrastando con García et al 2012 revelo que de 202 médicos el 72% revelaron que si interfiere en el aprendizaje (56).

Todos los estándares Europeos, la sociedad española de pediatría 2014 impulsan y armonizan la humanización, donde la presencia familiar es un derecho descrito en la normativa de la seguridad del niño; en el Perú la CONAREME 2020 enmarca que dentro de sus estándares los médicos en aprendizaje deben de lograr destrezas e integrarse al equipo multidisciplinario (57).

VI. CONCLUSIONES

Primera: Se comparó que los familiares presentan mayor aceptación durante Procedimientos invasivos, con nivel alto de 81,3% frente a 43,8% del personal sanitario existiendo una diferencia significativa entre los niveles de aceptación de la PF durante los PI en emergencia de un hospital público, 2022, según el Test U de Mann-Whitney con un p valor de $0,000 < 0,05$.

Segunda: Se comparó que, en la dimensión de beneficios de la presencia familiar en los PI, son los familiares quienes se ubicaron en el nivel alto de aceptación con un 92,5% a diferencia del personal sanitario con un 40% siendo una diferencia significativa entre los niveles de aceptación los beneficios de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia según el Test U de Mann-Whitney con un p valor de $0,000 < 0,05$.

Tercera: Se comparó que, en los perjuicios que ocasiona la presencia familiar en los PI, en el personal de salud evidencia un nivel medio con 85,7% y los familiares con 51,3%, existiendo una diferencia significativa entre los niveles de aceptación de perjuicios de la PF durante los PI, según el Test U de Mann-Whitney con un p valor de $0,007 < 0,05$.

Cuarta: Se comparó que, en estrategia para incluir a la familia, se observa que existe una cercana similitud, los familiares en un 92,5% de aceptabilidad y el personal sanitario con 81,3% resultando resultado significativa entre los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los PI, según el Test U de Mann-Whitney con un p valor de $0,034 < 0,05$.

Quinta: Se comparó que la dimensión de las limitaciones del aprendizaje ante la PF en los PI se observan comparaciones en los niveles de aceptación, para los familiares un 50% y para el personal de salud un 46,3%. Existiendo una diferencia significativa entre los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los procedimientos invasivos, según el Test U de Mann-Whitney con un p valor de $0,000 < 0,05$.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: En relación a los resultados obtenidos, se recomienda se pueda ampliar la investigación a más áreas del hospital, y hospitales regionales, con el fin de obtener una estadística más amplia, y tener un nivel más cercado de la percepción que tiene los familiares de estar presentes en los procedimientos de su hija, incluyendo la opinión de los niños, determinando la continuidad del nuevo modelo paciente- medico- familia

Segunda: Aplicar una investigación experimental y cualitativa con el Personal de salud y familiares, para obtener datos más certeros del beneficio de tiene los padres estando presentes en los PI en las salas de emergencia.

Tercero: Que a nivel Institucional se considere un trabajo multidisciplinario coordinado con las jefaturas de las áreas de emergencia, áreas de Calidad, Psicología, Cuidados paliativos, que faciliten el conocimiento del nuevo enfoque que se debe dar a la salud integral de los niños hospitalizados como lo incluye en el consenso de los Derechos del niño Hospitalizado.

Cuarta: Se requiere en el Perú al igual que la sociedad europea, sociedad americana la realización de protocolos y guías donde se incluya la presencia de padres en los procedimientos invasivos dándoles la opción a decidir estar presentes o no en dicho acto.

Quinto: En Perú se requiere quitar los tabús de los profesionales sanitario de las limitaciones y perjuicio de la presencia de los padres en los PI al personal de salud brindándoles talleres virtuales, proporcional de las guías y protocolos de otros países y concientizando al personal de salud para la mejor aceptación de la PF en un procedimiento de su menor hijo.

REFERENCIAS

1. Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González-Granado LI, Rojo Conejo P. Procedimientos invasivos en urgencias: ¿Los familiares prefieren estar presentes? *An Pediatr.* 2009;70(3):230–4.
2. Carrillo E, Hillarión P, Orrego C. Guía de presencia de los padres en Unidades especiales UCI. *Mejor del bienestar Emoc en pediatría 0-18 años.* 2018;58.
3. Pavlicich V. Pediatric Emergency Medicine: A specialty that is consolidating in the region. *Pediatría (Asunción).* 2017;44(3):195–8.
4. Parra Cotanda C, Luaces Cubells C, Pou Fernández J. Parental presence during invasive procedures in the emergency department. *An Pediatr.* 2009;70(3):293–6.
5. Yock-Corrales A, Campos-Miño S, Kanashiro RE. Latin American Consensus on Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation. An Executive Summary from the CPR Committee, Latin American Society of Pediatric Intensive Care (SLACIP). *Andes Pediatr.* 2021;92(6):943–53.
6. Garcia DH. Procedimientos invasivos en Urgencias Pediátricas... ¿DEBERIAN LOS PADRES ESTAR PRESENTES?
7. Gamell Fullà A, Corniero Alonso P, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz De La Maza V, Luaces Cubells C. ¿estn presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio en 32 hospitales de España. *An Pediatr.* 2010;72(4):243–9.
8. Parvin Abdi Gheshlaghi et al. Efecto de la presencia familiar en los niveles de dolor y ansiedad entre los pacientes durante los procedimientos de enfermería invasivos en un departamento de emergencias en un hospital público en el oeste de Irán. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7725675/>
9. European Standards care of newborn heald: Apoyo durante procedimientos dolorosos y evaluación del dolor. [Internet]. 2018. Available from: <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/care-procedures/support-during-painful-procedures-and-pain-assessment/>

10. Doctorado EIDE. U N I V E R S I D A D D E M U R C I A. 2021;
11. 2020. Salas de emergencia: padres con hijos [Internet]. Available from: <https://redsocialesolidaria.org/salas-de-emergencia-padres-con-hijos/>
12. 2017. Encuesta: Se debe permitir que los padres estén presentes durante la atención del trauma [Internet]. Available from: <http://ohap.multimedia-newsroom.com/index.php/2017/11/08/survey-parents-should-be-allowed-to-be-present-during-trauma-care/>
13. Petrer M. Algunas reflexiones en torno a la salud del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2009;26(2):248–50. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a19v26n2.pdf>
14. DERECHO DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS . MINSA .PERU.
15. Plan de Humanización Resolución 2019. p. 15.
16. 1881519-1 @ elperuano.pe. ley cancer infantil 2020 [Internet]. Available from: <https://elperuano.pe/NormasElperuano/2020/09/02/1881519-1/1881519-1.htm>
17. carta-de-los-derechos-del-nino-hospitalizado @ www.guiainfantil.com [Internet]. derecho del niño 2017. Available from: <https://www.guiainfantil.com/1567/carta-de-los-derechos-del-nino-hospitalizado.html>
18. Bernadá M, Más M, Pietrafesa D, Ramos P, Rocchiccioli F. La presencia de los padres en los procedimientos médicos realizados a niños . ¿ Qué opinan los padres y niños uruguayos ? Rev Med Urug. 2012;28(1):21–34.
19. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Validation of instruments about family presence on invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation in pediatrics. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;26.
20. Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Palacios Cuesta A, Blázquez Gamero D, Marín Ferrer MM. Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos. An Pediatr. 2012;77(1):28–36.
21. Bulut HK, Calik KY. Doctors and nurses' views on the participation of parents in invasive procedures of hospitalized children. J Pak Med Assoc. 2020;70(2):231–5.
22. Sáez G, Alonso VP, Conejo R. Original_Presencia. 2008;66(5):225–8.

23. Gheshlaghi PA, Farahani ZB, Anboohi SZ, Nasiri M, Ziapour A, Garosi VH. Effect of family presence on pain and anxiety levels among patients during invasive nursing procedures in an emergency department at a public hospital in Western Iran. *African J Emerg Med* [Internet]. 2021;11(1):31–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.11.003>
24. Angel Solà J, Sagué Bravo S, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz De La Maza V, Luaces Cubells C. Has the presence of parents during invasive procedures in the emergency department increased in the last few years? *An Pediatr*. 2014;82(1):6–11.
25. Stewart SA. Parents' Experience When Present During a Child's Resuscitation: An Integrative Review. *West J Nurs Res*. 2019;41(9):1282–305.
26. Solaz-García Á, Mocholí-Tomás MDL, Pérez-Vidal L, Durá-Tarvé C, Ros Navarret R. Presence of parents during invasive techniques in neonatology: A perspective of spanish professionals. *An Pediatr* [Internet]. 2021;94(2):112–3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.005>
27. Pariona Aguilar EV. Calidad de atención y satisfacción de la madre acompañante en emergencia de pediatría - Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018. Univ César Vallejo [Internet]. 2018; Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/21102>
28. Moreno RP, Torales SA, Roig CG, Araguas JL, Caprotta G, Carbone A, et al. Opinión de los padres y cuidadores de niños internados acerca de su presencia durante la realización de procedimientos invasivos. *Arch Argent Pediatr*. 2008;106(2):110–8.
29. Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2011;10(4).
30. Marshall A, Bell JM, Moules NJ. Beliefs, suffering, and healing: A clinical practice model for families experiencing mental illness. *Perspect Psychiatr Care*. 2010;46(3):197–208.
31. Atención L. UNIDAD 8 La Atención Centrada en el Paciente. Pacientes y seguridad de los pacientes: un reto pendiente.
32. The Global Challenge for Government Transparency: The Sustainable

- Development Goals (SDG) 2030 Agenda. global-movement @ worldtop20.org [Internet]. Available from: https://worldtop20.org/global-movement?gclid=Cj0KCQjw-pCVBhCFARIsAGMxhAeH0OAYepluHqfZ72sU2KPmkG3W3qfLLPYlovH9moJIZm77q6P3NFQaAm5YEALw_wcB
33. Barkey M. Comfort Measures for Invasive Procedures: A Major Paradigm Shift in Pediatric Practice [Internet]. Vol. 26. 2008. Available from: <http://www.childlife.org/Membership/MemberDirectory.cfm>.
 34. Torres-Ospina JN, Vanegas-Díaz CA, Yepes-Delgado CE. Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2016;15(31):190–201.
 35. Asociación Lectura Fácil. Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados. Recursos [Internet]. 2018;7. Available from: http://www.lecturafacil.net/media/resources/Carta_infants_hospitalitzats_cast_LF.pdf
 36. Derechos del niño agenda-2030 [Internet]. 2021. Available from: <https://violenceagainstchildren.un.org/es/content/los-derechos-del-niño-en-la-agenda-2030>
 37. derechos-del-niño-debemos-frenar-violencia-hacia-la-ninez-y-garantizar-su-acceso-a-la-salud-y-educacion @ worldvision.pe [Internet]. convencion sobre derechos del niño,perú 2020<https://elperuano.pe/NormasElperuano/2020/09/02/1881519-1/1881519-1.htm><https://elperuano.pe/NormasElperuano/2020/09/02/1881519-1/1881519-1.htm>. Available from: <https://worldvision.pe/noticias/derechos-del-niño-debemos-frenar-violencia-hacia-la-ninez-y-garantizar-su-acceso-a-la-salud-y-educacion>
 38. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Arch Argent Pediatr*. 2014;12(1):55–8.
 39. derecho del paciente pediatrico [Internet]. Available from: <https://hospitalperea.com/derechos-de-pacientes-pediatricos/>
 40. PRESENCIA DEL FAMILIAR DURANTE LA RESUCITACIÓN

- CARDIOPULMONAR (RCP) EN LA SALA DE EMERGENCIAS [Internet]. 2016. Available from: <https://www.galenusrevista.com/?Emil-von-Behring-1854-1917#:~:text=En 1890%2C Behring descubrió%2C en,Gobierno para entrenarse en Berlín.>
41. ¿Existe beneficio de la presencia del familiar en la reanimación cardiopulmonar (RCP) de su recién nacido?. [Internet]. 2018. Available from: <https://www.murciasalud.es/preevid/21493#>
 42. Alves J, Ramos R. Ventajas de la presencia de la familia en la reanimación pediátrica o en procedimientos dolorosos Vantagens da presença da família numa reanimação pediátrica ou em procedimentos Advantages of the presence of the family in pediatric resuscitation or in pai. :375–86.
 43. 2019. RCP en presencia de familiares [Internet]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/rcp-en-presencia-de-familiares/>
 44. Araújo C, Ferreira G, Magda M, Gomes F, Mandetta MA. Validez de los instrumentos sobre la presencia de la familia en procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar pediátrica Introducción. 2018;
 45. Hernández R, Fernández C, Baptista M del P. Metodología de la investigación. Sexta edic. McGrawHill Education/Interamericana Editores SA DE C.V., editor. México D.F.; 2014. 1–634 p.
 46. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la Investigación. Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018. 1–753 p.
 47. Reyes CEG (2019). Estrategia metodológica para elaborar el estado del arte como un producto de investigación educativa. Medisan. 2019;23(3):1–14.
 48. Monje Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Univ Surcolombiana [Internet]. 2011;1–216. Available from: <http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo++Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf>
 49. Vallejo M. El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2002;72(1):8–12. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v72n1/v72n1a2.pdf>
 50. Angel Solà J, Sagué Bravo S, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza

- V, Luaces Cubells C. ¿Ha aumentado la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias en los últimos años? *An Pediatría*. 2015;82(1):6–11.
51. Consejo Universitario de la Universidad Cesar Vallejo. Código de Ética 2017 [Internet]. Ucv. 2017. p. 12. Available from: <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/09/CÓDIGO-DE-ÉTICA-1.pdf>
 52. Ortiz P, Perales A, Mendoza A, Morelo D, Zavala S. Código De Ética Y Deontología de la ciencia de la salud. Código Ética y Deontol [Internet]. 2016;18. Available from: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGÍA.pdf>
 53. Koohi M, Bagheri-Nesami M, Esmaeili R, Mousavinasab SN, Hosseini SH. Effect of family participation in primary care provision to reduce pain anxiety among burn ICU patients. *J Maz Univ Med Sci*. 2017;26(146):88–99.
 54. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *J Trauma Nurs*. 2013;20(2):77–85.
 55. Belpomme V, Adnet F, Mazariegos I, Beardmore M, Duchateau FX, Mantz J, et al. Family witnessed resuscitation: Nationwide survey of 337 prehospital emergency teams in France. *Emerg Med J*. 2013;30(12):1038–42.
 56. Tudor K, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care*. 2014;23(6):e88–96.
 57. CONAREME Programa de Segunda Especialización en Medicina de Emergencias y Desastres - 2002 - 1 -. 2002;1–30.

ANEXOS

Anexo 1 :Matriz de Consistencia

Título: Presencia familiar durante Procedimientos invasivos en emergencia según percepción del personal sanitario y familiares de un hospital público,2022

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable: Procedimientos invasivos						
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos		
<p>Problema General: ¿Qué diferencias existen sobre los niveles de aceptación de presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia pediátrica según percepción del personal sanitario y familiar de un hospital público, 2022?</p> <p>Problemas Específicos: PE1. ¿Qué diferencias existe en los niveles de aceptación de beneficios de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia? PE2 ¿Qué diferencia existe en los niveles de aceptación de los perjuicios que ocasiona la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia? PE3 ¿Qué diferencia existe en los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los procedimientos invasivos en emergencia? PE4 ¿Qué diferencia existe en los niveles de aceptación de las limitaciones del aprendizaje de los profesionales en formación ante la presencia del familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia?</p>	<p>Objetivo general: Comparar las diferencias que existen entre los niveles de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia pediátrica según percepción del personal sanitario y familiares de un hospital público, 2022.</p> <p>Objetivos específicos: OE1 Comparar la diferencia que existe entre los niveles de aceptación de beneficios de la presencia familiar durante los Procedimientos invasivos. OE2 Comparar la diferencia que existe entre los niveles de los perjuicios que ocasiona la presencia familiar durante los procedimientos invasivos. OE3 Comparar la diferencia que existe entre los niveles de aceptación de la estrategia para incluir a la familia durante los procedimientos invasivos en emergencia. OE4 Comparar la diferencia que existe entre los niveles de aceptación en las limitaciones del aprendizaje de los profesionales en formación ante la presencia del familiar durante los procesos invasivos.</p>	<p>Hipótesis general: Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos en emergencia pediátrica según personal sanitario y familiares de un hospital público,2022.</p> <p>Hipótesis específicas: HE1. Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de beneficios de la presencia familiar durante los procedimientos invasivos. HE2. Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación de perjuicios que ocasiona la presencia familiar durante los procedimientos invasivos. HE3 Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en la estrategia para incluir a la familia durante los procedimientos invasivos. HE 4 Existe diferencia significativa entre los niveles de aceptación en las limitaciones del aprendizaje de los profesionales en formación ante la presencia del familiar durante los procedimientos invasivos emergencia.</p>	Beneficios de la presencia familiar	-Favorece al proceso invasivo -Fortalece el vínculo -Decisión de la presencia en el proceso invasivo	1-2-4-5-6 3 7-8-9	Escala ordinal	Eficiente (68 -90) Regular (43- 67) Deficiente (18- 42)		
			Perjuicios de la presencia familiar	- Desfavorece al equipo - Prolonga el procedimiento invasivo	10-11-13 12			Siempre (5) Casi siempre (4) A veces (3) Casi nunca (2)	Técnica: Encuesta
			Estrategia para incluir a la familia	-Capacitación del personal -Disponer de un protocolo	14-16 15-17			Nunca (1)	Instrumento: Cuestionario
			Limitaciones del aprendizaje ante la presencia del familiar	-Perjudicar el aprendizaje de los profesionales en formación	18				

Anexo 2: Matriz de Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Nivel y Rango
PROCEDIMIENTO INVASIVO	son proceso de diagnóstico o terapéutico en los que realizan lesiones de tejido o contacto con la sangre, van desde la reparación de heridas, fracturas hasta las maniobras de reanimación cardiopulmonar ⁽²⁶⁾	La variable fue operacionalizada tomando (19) - Beneficio - Perjuicio - Estrategia - Limitaciones	Beneficio de presencia familiar	- Favorece el proceso invasivo	1-2-4-5-6	Escala ordinal Siempre (5) Casi siempre (4) A veces (3) Casi nunca (2) Nunca (1)	Eficiente (68 - 90) Regular (43 - 67) Deficiente (18-42) Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario
				- Fortalece el vínculo	3		
				- Decisión de presencia de PI	7-8-9		
			Perjuicio de presencia familiar	- Desfavorece al equipo	10-11-13		
				- Prolongamiento del PI	12		
Estrategia de presencia familiar	- Capacitación del personal	14					
	- Disponer de un protocolo	15-16-17					
			-Limitaciones del aprendizaje ante la presencia familiar	- Perjudicar el aprendizaje de los profesionales	18		

Anexo 3: Instrumento

Tabla 1 – Carga factorial de las preguntas en cada factor de PI* - São Paulo, SP, Brasil - 2015†

	Preguntas (Q)	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Beneficios de la presencia de la familia	Q.14 - La presencia de la familia puede auxiliar en el proceso de luto, caso el niño no sobreviva.	0,770			
	Q.15 - La presencia de la familia durante el PI* sin suceso favorece su participación en los momentos vividos por el niño.	0,768			
	Q.13 - La presencia de la familia puede fortalecer el vínculo entre la familia y el equipo de salud.	0,750			
	Q.11 - La presencia de la familia puede ayudarla a entender lo que está siendo realizado con el niño.	0,748			
	Q.9 - El sufrimiento emocional de la familia puede ser amenizado cuando presencia del PI*.	0,721			
	Q.12 - La presencia de la familia puede ser benéfica para el niño durante el PI*.	0,703			
	Q.1 - El equipo multidisciplinar debe garantizar a la familia la oportunidad de decidir si quiere estar presente o no durante el PI*.	0,674			
	Q.3 - La presencia de la familia es benéfica para el familiar entender las tomadas de decisión del equipo.	0,621			
Perjuicios para la práctica profesional	Q.10 - La presencia de la familia puede ayudarla a aceptar las tomadas de decisión adoptadas por el equipo.	0,580			
	Q.6 - La presencia de la familia puede contribuir para que el equipopierda la concentración.		0,869		
	Q.7 - La presencia de la familia puede generar inseguridad y ansiedad en el equipo y afectar sus actitudes.		0,773		
	Q.5 - La presencia de la familia puede influir en el prolongamiento del procedimiento por el equipo.		0,760		
Estrategias para incluir a la familia	Q.4 - La presencia de la familia puede interferir en las tomadas de decisión adoptadas por el equipo.		0,713		
	Q.18 - Los profesionales del equipo de salud deben ser capacitados para la inclusión de la familia.			0,862	
	Q.17 - La unidad neonatal debe disponer de un protocolo escrito sobre la presencia de la familia.			0,803	
	Q.16 - Un miembro del equipo de salud debe ser elegido para atender a las necesidades de la familia.			0,787	
Limitación del aprendizaje y de la tomada de decisión	Q.2 - El equipo multidisciplinar debe tomar la decisión de convidar a la familia para presenciar el PI*.			0,461	
	Q.8 - La presencia de la familia puede perjudicar el aprendizaje de los profesionales.				0,927

*PI- Procedimiento invasivo; † Extraction method: principal component analysis. Rotation method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation converged in 5 iterations.

Anexo 4: Validaciones de instrumento de recolección de datos.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE: PROCEDIMIENTO INVASIVO

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: Beneficios de la Presencia familiar en los procesos invasivos								
1	Puede ayudar en el proceso de luto	X		X		X		
2	Favorece en los momentos vividos en el paciente	X		X		X		
3	Favorece le vínculo entre familiar y equipo médico	X		X		X		
4	El sufrimiento de la familia se ve favorecido cuando presencia el proceso invasivo	X		X		X		
5	Ayuda a entender lo que se realiza con el niño	X		X		X		
6	La presencia familiar beneficia al niño durante PI	X		X		X		
7	El equipo debe de garantizar la oportunidad de decidir estar presentes o no	X		X		X		
8	Beneficia para que el familiar entienda las decisiones del equipo	X		X		X		
9	La presencia del familiar ayuda a aceptar las decisiones del equipo	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: Perjuicios de la presencia de familiares								
10	Contribuye para que el equipo pierda la concentración	X		X		X		
11	Genera inseguridad y ansiedad del equipo y afectar sus actitudes	X		X		X		
12	Influye en la prolongación del procedimiento	X		X		X		
13	Interfiere en la toma de decisiones adoptadas	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: Estrategias para incluir a familiares en los procedimientos invasivos								
14	El equipo debe de ser capacitado para la inclusión del familiar	X		X		X		
15	El servicio de emergencia debe de tener un protocolo de la presencia familiar	X		X		X		
16	Miembro del equipo debe de ser elegido para atender a la familia	X		X		X		
17	El equipo debe de dar la opción de estar o no presente durante el procedimiento	X		X		X		
DIMENSIÓN 4: Limitaciones para incluir a las familias								
18	Perjudica el aprendizaje de los profesionales	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay o no suficiencia): **SÍ TIENE SUFICIENCIA**

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

Apellidos y nombres del juez validador: **Dra. Fatima Torres Caceres**
Especialidad del validador: **Dra. en Educación**

DNI: 10670820

Lima, 18 de mayo del 2022

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE: PROCEDIMIENTO INVASIVO

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: Beneficios de la Presencia familiar en los procesos invasivos								
1	Puede ayudar en el proceso de luto	X		X		X		
2	Favorece en los momentos vividos en el paciente	X		X		X		
3	Favorece el vínculo entre familiar y equipo médico	X		X		X		
4	El sufrimiento de la familia se ve favorecido cuando presencia los procesos invasivos	X		X		X		
5	Ayuda a entender lo que se realiza con el niño	X		X		X		
6	La presencia familiar beneficia al niño durante PI	X		X		X		
7	El equipo debe de garantizar la oportunidad de decidir estar presentes o no	X		X		X		
8	Es benéfico para que el familiar entienda las decisiones del equipo	X		X		X		
9	La presencia del familiar ayuda a aceptar las decisiones del equipo	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: Perjuicios de la presencia de familiares								
10	Contribuye para que el equipo pierda la concentración	X		X		X		
11	Genera inseguridad y ansiedad del equipo y afecta sus actitudes	X		X		X		
12	Influye en la prolongación del procedimiento	X		X		X		
13	Interfiere en la toma de decisiones adoptadas	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: Estrategias para incluir a familiares en los procedimientos invasivos								
14	El equipo debe de ser capacitado para la inclusión del familiar	X		X		X		
15	El servicio de emergencia debe de tener un protocolo de la presencia familiar	X		X		X		
16	Miembro del equipo debe de ser elegido para atender a la familia	X		X		X		
17	El equipo debe de dar la opción de estar o no presente durante el procedimiento	X		X		X		
DIMENSIÓN 4: Limitaciones para incluir a las familias								
18	Perjudica el aprendizaje de los profesionales	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI TIENE SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mgtr.: MARILYN EN GERÓN DE SEGUURA S. SILVA DNI: 40452380

Especialidad del validador: Especialista en Cirugía

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 25 de May del 2022

[Firma]

Firma del Experto Informante.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE: PROCEDIMIENTO INVASIVO

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: Beneficios de la Presencia familiar en los procesos invasivos								
1	Puede ayudar en el proceso de luto							
2	Favorece en los momentos vividos en el paciente							
3	Favorece el vínculo entre familiar y equipo médico							
4	El sufrimiento de la familia se ve favorecido cuando presencia los procesos invasivos							
5	Ayuda a entender lo que se realiza con el niño							
6	La presencia familiar beneficia al niño durante PI							
7	El equipo debe de garantizar la oportunidad de decidir estar presentes o no							
8	Es benéfico para que el familiar entienda las decisiones del equipo							
9	La presencia del familiar ayuda a aceptar las decisiones del equipo							
DIMENSIÓN 2: Perjuicios de la presencia de familiares								
10	Contribuye para que el equipo pierda la concentración							
11	Genera inseguridad y ansiedad del equipo y afecta sus actitudes							
12	Influye en la prolongación del procedimiento							
13	Interfiere en la toma de decisiones adoptadas							
DIMENSIÓN 3: Estrategias para incluir a familiares en los procedimientos invasivos								
14	El equipo debe de ser capacitado para la inclusión del familiar							
15	El servicio de emergencia debe de tener un protocolo de la presencia familiar							
16	Miembro del equipo debe de ser elegido para atender a la familia							
17	El equipo debe de dar la opción de estar o no presente durante el procedimiento							
DIMENSIÓN 4: Limitaciones para incluir a las familias								
18	Perjudica el aprendizaje de los profesionales							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI TIENE SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mgtr.: Vega Garcia Jessica Oriana DNI: 18213681

Especialidad del validador: Especialista en Medicina Legal, Maestro en Salud Ocupacional

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 06 de Junio del 2022

[Firma]
Firma del Experto Informante:
JESSICA ORIANA VEGA GARCÍA
Médico Legista
CMP 41057
DML II LA LIBER

ANEXO 5

ANEXO: Prueba de normalidad

Por ser el tamaño de muestra para cada grupo de estudio > 50 ; se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov smirnov, la cual determinará si la distribución de los datos es la normal, de tal manera que se apliquen técnicas estadísticas paramétricas o de lo contrario no paramétricas para el análisis inferencial.

La hipótesis de normalidad viene dada por las siguientes expresiones:

H_0 : Valor de $p \leq 0,05$; datos no proceden de una distribución normal.

H_1 : Valor de $p > 0,05$; datos proceden de una distribución normal.

Resultados análisis de normalidad

grupo	Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.	
Personal	Procedimientos invasivos	,355	80	,000
Sanitario	Beneficios de la presencia familiar	,350	80	,000
	Perjuicios de la presencia familiar	,382	80	,000
	Estrategia para incluir a la familia	,490	80	,000
	Limitaciones de aprendizaje toma de decisiones	,235	80	,000
	Padres de familia	Procedimientos invasivos	,496	80
familia	Beneficios de la presencia familiar	,531	80	,000
	Perjuicios de la presencia familiar	,282	80	,000
	Estrategia para incluir a la familia	,536	80	,000
	Limitaciones de aprendizaje toma de decisiones	,313	80	,000

Fuente: SPSS vr. 25

Conclusión: Para la variable Procedimientos invasivos y de todas sus dimensiones tanto del personal sanitario como de los familiares, los datos no se distribuyen de forma normal según el test de Kolmogorov smirnov con $p=0,000 < 0,5$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula de normalidad, y las prueba estadística a usarse para la comparación entre grupos deberá ser no paramétrica. (U de Mann Whitney).

Nivel de Significancia 5% (0,05)

Resultados inferenciales

		Rangos		
VAR00001		N	Rango promedio	Suma de rangos
var	Personal Sanitario	80	65,41	5232,50
	Padres de familia	80	95,59	7647,50
	Total	160		
d1	Personal Sanitario	80	65,58	5246,00
	Padres de familia	80	95,43	7634,00
	Total	160		
d2	Personal Sanitario	80	88,93	7114,50
	Padres de familia	80	72,07	5765,50
	Total	160		
d3	Personal Sanitario	80	75,96	6077,00
	Padres de familia	80	85,04	6803,00
	Total	160		
d4	Personal Sanitario	80	93,49	7479,00
	Padres de familia	80	67,51	5401,00
	Total	160		

Estadísticos de prueba ^a					
	var	d1	d2	d3	d4
U de Mann-Whitney	1992,500	2006,000	2525,500	2837,000	2161,000
W de Wilcoxon	5232,500	5246,000	5765,500	6077,000	5401,000
Z	-4,905	-5,321	-2,694	-2,117	-3,800
Sig. asintótica(bilateral)	,000	,000	,007	,034	,000

a. Variable de agrupación: VAR00001

52	61-a mas	Médico Pediatra	Algunas veces	4	4	4	3	4	5	4	4	4	3	3	3	3	5	5	3	3	3
53	31-40	Técnico de enfermería	si	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	2
54	41-50	Enfermera	Algunas veces	4	3	3	3	5	5	4	5	5	3	3	3	3	4	5	5	5	4
55	41-50	Enfermera	Algunas veces	5	4	5	4	5	3	3	3	4	3	3	3	3	5	5	5	5	2
56	41-50	Enfermera	No	3	3	3	5	3	3	3	5	5	5	5	5	4	3	3	3	3	
57	31-40	Médico Residente	Algunas veces	4	3	4	3	2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5
58	31-40	Enfermera	Algunas veces	3	3	4	4	4	4	4	3	4	2	2	2	3	5	5	5	5	2
59	41-50	Médico Pediatra	Algunas veces	4	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	3	3	4	3	4	5	2
60	31-40	Médico Residente	Algunas veces	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4
61	31-40	Técnico de enfermería	si	5	5	5	4	4	5	4	4	5	3	3	3	3	4	4	4	4	3
62	51-60	Enfermera	Algunas veces	4	5	4	3	3	3	4	5	4	4	4	3	3	5	5	5	3	4
63	31-40	Médico Residente	si	5	5	4	4	5	5	4	4	5	2	3	4	1	5	5	5	5	3
64	51-60	Enfermera	No	3	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	5	5	5	4	3
65	51-60	Enfermera	Algunas veces	3	3	3	1	1	3	1	2	3	3	3	4	3	5	5	3	2	4
66	31-40	Médico Residente	Algunas veces	4	4	5	4	5	5	4	4	4	3	2	5	3	5	5	5	4	2
67	41-50	Médico Residente	si	5	5	4	3	4	5	4	5	5	3	3	3	2	5	5	5	5	2
68	41-50	Técnico de enfermería	Algunas veces	4	3	4	3	4	4	4	5	5	3	3	3	3	5	5	4	5	1
69	41-50	Médico Residente	si	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	5	5	5	4	4
70	31-40	Médico Residente	Algunas veces	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	4	5	5	5	5	4
71	41-50	Enfermera	Algunas veces	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	5	5	5	4	3
72	20-30	Médico Pediatra	Algunas veces	4	4	5	3	5	4	5	3	5	3	3	3	4	5	5	5	5	3
73	41-50	Médico Pediatra	si	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	5	5	5	5	1
74	20-30	Médico Residente	Algunas veces	4	4	4	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	5	5	5	4	3
75	31-40	Médico Residente	Algunas veces	4	3	4	3	5	5	4	4	4	3	3	3	3	5	3	3	3	4
76	51-60	Enfermera	Algunas veces	4	4	4	3	3	4	4	5	5	1	1	1	1	5	5	5	5	1
77	31-40	Médico Pediatra	si	3	4	4	4	4	4	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	3
78	41-50	Médico Residente	Algunas veces	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3
79	31-40	Médico Pediatra	No	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3
80	41-50	Médico Pediatra	Algunas veces	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3

Base de datos de familiares

n	Rango de edad	Afiliación:	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18
1	61-a mas	Madre	2	2	2	4	3	3	4	5	4	3	3	1	1	3	4	3	4	1
2	41-50	Padre	3	4	5	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4
3	31-40	Madre	4	4	5	3	4	5	5	4	5	3	3	1	1	4	4	5	4	1
4	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	3	1	1	5	5	5	5	3
5	31-40	Madre	4	5	5	3	5	4	4	5	4	3	3	2	3	4	5	5	5	3
6	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	3	5	5	4	5	1
7	51-60	Apoderado	3	5	5	3	3	5	5	3	5	3	3	5	3	5	5	3	3	3
8	41-50	Madre	5	5	5	3	5	5	4	5	5	3	3	3	2	5	5	5	5	1
9	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	3	3	3	5	5	5	5	3
0	18-20	Madre	5	5	5	4	5	5	5	4	4	2	2	1	2	5	5	3	5	1
1	18-20	Padre	4	4	5	4	5	5	5	5	5	3	3	2	3	5	5	5	5	3
1	61-a mas	Madre	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	3	3	3	5	5	5	5	1
1	31-40	Madre	5	5	5	5	5	5	5	3	5	1	3	1	1	5	5	5	5	1
1	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	4
1	21-30	Apoderado	4	5	5	4	5	5	4	4	5	3	2	3	5	5	4	3	3	1
1	31-40	Madre	3	4	5	4	5	4	5	4	5	3	3	3	2	5	5	5	5	5
1	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	1	2	5	5	5	5	2
1	51-60	Madre	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	4	4
1	51-60	Madre	5	5	5	3	5	5	4	3	5	5	3	5	5	5	5	5	5	1
2	41-50	Madre	4	4	4	4	4	4	5	5	5	3	1	1	1	5	5	5	5	1
2	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	4	4	4	3	5	5	5	5
2	41-50	Padre	5	5	5	5	5	5	4	4	5	3	3	3	3	5	5	5	5	3
2	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	3
2	21-30	Madre	5	5	5	5	5	5	5	5	4	1	1	1	1	5	5	5	5	1
2	51-60	Madre	4	4	3	2	3	4	5	5	4	3	1	3	1	5	5	4	3	2
2	31-40	Madre	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	3	4	3	5	5	5	5	3
2	31-40	Madre	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	2	1	2	5	5	5	5	1
2	31-40	Madre	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	4	4	4	5	5	5	5	1
2	31-40	Padre	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	1	1	5	5	5	5	1
3	31-40	Madre	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	1	3	5	5	5	5	1

31	21-30	Padre	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	2	2	3	4	4	5	4	3
32	41-50	Madre	3	4	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	3	5	5	5	5	5	1
33	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	5	4	1	3	2	2	5	5	5	5	5	1
34	41-50	Madre	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	2	3	2	5	5	5	5	5	3
35	31-40	Padre	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	3	3	5	3	3	5	3	3	3
36	41-50	Madre	5	5	5	2	5	5	4	5	4	3	2	2	2	3	5	5	3	1	1
37	41-50	Madre	5	5	4	4	4	5	4	5	4	3	4	2	5	5	4	4	4	4	3
38	31-40	Madre	5	5	5	3	5	5	4	5	4	3	3	3	3	5	5	5	5	5	1
39	31-40	Apoderado	5	5	4	5	5	5	3	5	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	3
40	41-50	Padre	5	5	5	5	5	5	3	5	3	3	1	3	1	5	5	4	5	1	1
41	61-a mas	Madre	5	5	5	5	5	3	2	5	2	3	1	1	1	3	5	5	5	5	1
42	41-50	Padre	5	5	5	5	5	5	3	5	3	3	1	1	1	5	5	5	5	5	3
43	41-50	Madre	3	5	5	5	5	5	3	5	3	4	3	3	3	5	5	3	3	1	1
44	31-40	Madre	5	5	5	3	5	5	3	5	3	3	3	4	3	5	4	3	3	1	1
45	21-30	Madre	5	5	5	4	5	5	4	5	4	3	1	3	1	5	5	5	5	5	1
46	61-a mas	Madre	5	4	5	4	5	5	4	5	4	3	3	3	3	5	5	5	5	5	3
47	21-30	Madre	5	4	5	3	5	5	4	5	4	2	3	3	1	4	5	3	5	1	1
48	41-50	Padre	3	3	3	3	3	3	4	5	4	3	3	3	3	5	5	5	5	5	3
49	41-50	Madre	5	5	5	1	5	5	4	5	4	2	3	3	1	5	5	5	5	5	1
50	21-30	Apoderado	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	3	1	1	5	5	5	5	5	1
51	41-50	Padre	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	3	1	1	5	5	5	5	5	3
52	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	4	5	4	1	1	1	1	5	5	5	5	5	1
53	31-40	Madre	5	5	5	3	5	5	4	5	4	3	3	3	3	5	5	5	5	5	3
54	41-50	Padre	5	4	5	5	5	4	4	5	4	3	3	3	3	5	5	5	5	5	4
55	31-40	Madre	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	2	2	1	5	5	3	5	5	1
56	41-50	Madre	5	5	5	4	5	5	4	5	4	3	3	3	3	5	5	5	5	5	3
57	41-50	Padre	3	4	3	3	3	4	4	5	4	3	1	3	3	3	4	1	4	4	3
58	41-50	Madre	5	5	5	3	4	5	3	5	5	3	3	3	3	5	5	4	5	5	3
59	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	3	2	2	5	5	5	5	5	1

60	41-50	Padre	4	4	4	2	3	4	2	5	5	1	1	3	4	3	4	3	3	3
61	41-50	Madre	5	4	4	3	5	5	3	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	3
62	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	1	3	1	4	5	4	5	1
63	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	3
64	41-50	Madre	3	4	5	3	5	5	4	3	5	2	2	2	1	5	5	5	5	3
65	31-40	Padre	5	5	5	4	4	4	4	3	5	1	1	2	2	5	5	5	4	2
66	31-40	Madre	4	5	5	5	5	5	4	3	5	3	2	3	3	5	5	5	5	2
67	31-40	Madre	5	5	5	5	5	5	4	3	5	3	2	2	3	5	5	5	5	1
68	31-40	Madre	4	5	5	4	5	4	4	3	5	4	4	3	3	5	5	3	5	3
69	31-40	Madre	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5
70	41-50	Madre	5	5	5	4	5	5	5	3	5	1	1	1	1	5	5	5	5	1
71	41-50	Madre	5	5	5	4	5	5	5	3	5	3	3	3	3	5	5	5	5	4
72	31-40	Madre	5	5	5	4	5	5	5	3	5	3	3	3	3	5	5	4	5	3
73	41-50	Padre	3	4	5	3	5	5	5	3	5	3	3	3	3	5	5	3	5	3
74	41-50	Madre	5	5	5	5	5	5	5	3	5	3	3	3	3	5	5	5	5	2
75	41-50	Madre	1	1	1	1	1	1	5	3	5	5	4	3	2	1	2	5	3	5
76	51-60	Padre	3	3	4	4	5	5	5	3	5	1	2	2	3	4	4	3	5	3
77	41-50	Madre	3	3	4	3	3	4	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	4	4
78	41-50	Madre	4	4	4	4	5	4	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	1
79	61-a mas	Madre	3	3	3	3	3	3	5	5	5	4	4	3	3	5	5	3	5	5
80	21-30	Madre	5	5	5	3	5	5	5	5	5	3	3	3	2	5	5	5	5	1