



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Percepción de las madres del método mama canguro,
sobre la atención brindada por la enfermera del
servicio de intermedios neonatal del Instituto Nacional
Materno Perinatal 2016 Lima - Cercado**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en
Neonatología

AUTOR

Magnolia ROJAS ALEGRIA

ASESOR

Gloria Haydeé GUPIO MENDOZA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rojas M. Percepción de las madres del método mama canguro, sobre la atención brindada por la enfermera del servicio de intermedios neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal 2016 Lima - Cercado [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : ROJAS ALEGRIA MAGNOLIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL METODO MAMA CANGURO, SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA ENFERMERA DEL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL" 2016 LIMA - CERCADO

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA

Lima, 24 de julio de 2017

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
 Vice Decano de Investigación y Post Grado
 Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA EN NEONATOLOGIA ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

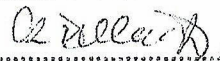
16 (DIECISEIS)



 MG. TULA ESPINOZA MORENO

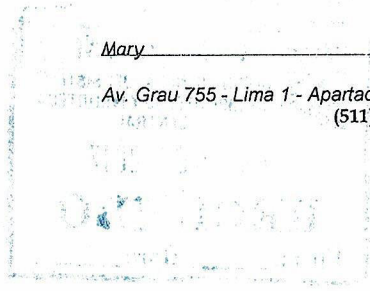


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
 FACULTAD DE MEDICINA
 Unidad de Post Grado



 LIC. CARMEN ROSA DEL CARMEN RAMOS
 Programa de Segunda Especialización en Enfermería
 Coordinadora

Mary



**“PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL METODO MAMA CANGURO,
SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA ENFERMERA DEL
SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL” 2016
LIMA – CERCADO**

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación le dedico a mis dos Tesoros que son la razón de mi vida. Diego y Danitza.

INDICE

	PÁG.
Índice de Gráficos	v
Resumen	vi
Presentación	ix
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	1
1.2. Formulación del Problema	7
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	9
1.4.1 Objetivos Generales	9
1.4.2 Objetivos Específicos	9
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes del estudio	10
2.2 Base Teórica	21
2.3. Definición Operacional de Términos	84
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1 Tipo y Diseño de la investigación	86
3.2 Lugar de Estudio	86
3.3 Población de Estudio	88
3.4. Unidad de Análisis	88
3.5 Muestra y Muestro	88
3.6 Criterios de selección	88
3.6.1 Criterios de Inclusión	88
3.6.2. Criterios de Exclusión	88
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	89
3.8 Procedimientos para el Análisis e Interpretación de Información	91
3.9. Consideraciones Éticas de la Investigación	91
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Resultados	92
4.2 Discusión	100
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	111
5.2 Recomendaciones	112
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	113
BIBLIOGRAFIA	117
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1.	Percepción de las madres del MMC sobre la atención Brindada por la enfermera del Servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima - Cercado, 2016	93
2.	Percepción de las madres del MMC sobre las Dimensiones Interpersonal, Técnico y Entorno en la atención brindada por la Enfermera del Servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima - Cercado 2016	95
3.	Percepción de las madres del MMC sobre los Aspectos Interpersonales en la atención brindada por la Enfermera del Servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima - Cercado 2016	96
4.	Percepción de las madres del MMC sobre los Aspectos Técnicos en la atención brindada por la enfermera del servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima - Cercado 2016.	97
5.	Percepción de las madres del MMC sobre los Aspectos del Entorno en la atención brindada por la enfermera del servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima - Cercado, 2016	99

RESUMEN

La baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales principalmente entre ellas la mortalidad neonatal, las que, a diferencia de otros problemas de salud, requiere una adecuada capacidad resolutive y fundamentalmente intervenciones de calidad.

El recién nacido prematuro por haber nacido antes de las 37 semanas, es más lábil, se enferma con mayor facilidad y posee una mortalidad mayor en relación a un recién nacido que llega a cumplir los nueve meses, por lo que necesita de cuidados como el Método de Mama Canguro (MMC), que crea un vínculo afectivo que reduce las infecciones, el estrés y otros problemas propios del prematuro, contribuyendo a un óptimo desarrollo físico y emocional del niño, siendo muy importante la atención que brinda la enfermera del Servicio de Neonatología.

En el presente estudio se determinó la percepción de las madres del MMC sobre la atención que brinda la enfermera en el Servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal, así como la percepción de las madres sobre la dimensión interpersonal, dimensión científica y dimensión entorno. El estudio es tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, de corte transversal. La población está conformada por 30 madres, el instrumento empleado es una escala modificada de tipo Likert. Como resultados se concluye que la percepción de las madres del MMC sobre la atención que brinda la enfermera en el Servicio de Intermedios Neonatal como medianamente favorable en el de 70 %, favorable de 17% y

desfavorable de 13%. En cuanto a la hipótesis del estudio, la mayoría de las madres del MMC tiene la percepción medianamente favorable sobre la atención que brinda la enfermera en el Servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

Palabras claves: Enfermeras de servicio de intermedio, madre mama canguro, niño prematuro.

SUMMARY

Poor quality of care is currently one of the major obstacles to successfully addressing the health problems identified as national priorities, including neonatal mortality, which, unlike other health problems, requires adequate capacity for resolution and, in particular, interventions quality.

The premature newborn due to being born before 37 weeks, is more labile, becomes more easily sick and has a higher mortality in relation to a newborn that reaches the nine months, so he needs care as the Method Of Mama Kangaroo (MMC), which creates an affective bond that reduces infections, stress and other problems of the premature, contributing to an optimal physical and emotional development of the child, being very important the care provided by the nurse of the Neonatology Service. In the present study, the perception of MMC mothers on the care provided by the nurse in the Neonatal Intermediate Service of the National Perinatal Maternal Institute was determined, as well as the mothers' perception of the interpersonal dimension, scientific dimension and environment dimension. The study is quantitative type, application level, descriptive method, cross-sectional. The population consists of 30 mothers, the instrument used is a modified Likert scale. As a result, it is concluded that the mothers' perception of MMC about the care provided by the nurse in the Neonatal Intermediate Service as a favorable one in the 70%, favorable of 17% and Vii. Unfavorable ratio of 13%. Regarding the hypothesis of the study, the majority of MMC mothers have a moderately favorable perception of the care provided by the nurse in the National Intermediate Maternal Perinatal Institute (INPN).

Key words: Intermediate service nurses, mother kangaroo mother, premature child.

PRESENTACION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), en los últimos dos años los nacimientos prematuros han aumentado considerablemente en todo el mundo (más de 15 millones al año) y la prematurez se ha convertido en un grave problema de salud, debido a que es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años. Solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir.

El parto pretérmino es el principal determinante de la mortalidad infantil en los países desarrollados y contribuye también a aumentar el número de niños con discapacidad. El impacto que tiene el grupo de recién nacidos pretérmino de muy bajo peso en la mortalidad neonatal es enorme; es responsable aproximadamente de 50 a 70% de la mortalidad neonatal y de 25 a 30% de la mortalidad infantil.

El recién nacido prematuro recibe tal nominación por haber nacido antes de las 37 semanas, por los que son más lábiles, se enferman con mayor facilidad y poseen una mortalidad 40 veces mayor en relación a un recién nacido que llega a cumplir los nueve meses.

La calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente. La gestión de la calidad implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión.

Con los avances tecnológicos y el desarrollo de los cuidados intensivos neonatales han permitido que sobrevivan prematuros muy inmaduros, así como la mayoría de los recién nacido a término con patología graves. El método madre canguro surgió como una respuesta pragmática para los niños de bajo peso al nacer en las unidades de neonatología, el cual disminuye los costos de atención / hospitalización y fomentan la lactancia materna, La enfermera brinda cuidados, asegurando la rápida recuperación del niño y la salida del establecimiento de salud. La opinión de la madre en relación con la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería desde su percepción nos da un panorama sobre el valor de cuidado que ponemos diariamente en nuestros pacientes.

El presente trabajo de investigación consta del Capítulo I: Introducción, el cual considera la Situación Problemática, Formulación del Problema, Justificación y los objetivos, Capítulo II: Marco Teórico, se menciona los antecedentes, base teórica, la definición operacional de términos y planteamiento de la hipótesis, el capítulo III: Metodología comprende tipo y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, unidad de análisis, y muestra y muestreo, criterios de selección, técnicas e instrumento de recolección de datos y Procedimiento para el análisis e interpretación de la información, el capítulo IV: Resultados y Discusión, Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones y finalmente se presenta las referencias bibliográficas y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS), en los últimos dos años los nacimientos prematuros aumentaron considerablemente en todo el mundo (más de 15 millones al año en el mundo) y las complicaciones relacionadas con la prematurez se ha convertido en un grave problema de salud, debido a que es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años.

El informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, presenta que 15 millones de bebés nacen demasiado pronto cada año, más de 1 en 10 bebés nacen prematuramente, afectando a familias de todo el mundo, más de un millón de estos bebés mueren poco después del nacimiento; muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica o educativa, a menudo a un gran costo para las familias y la sociedad. Muchos sobrevivientes enfrentan una vida de discapacidad, incluyendo problemas de aprendizaje y problemas visuales y auditivos. (1)

Cerca del 75% de estos bebés prematuros que mueren podrían sobrevivir sin una atención costosa, si tratamientos simples, comprobados y económicos, así como medidas preventivas estuvieran disponibles en todo el mundo. Solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir (2)

En cuanto a la magnitud del problema, los nacimientos prematuros representan el 11.1% de los nacimientos vivos del mundo, demostrando que es un verdadero problema global, más del 60% de ellos en Asia meridional y África subsahariana. Los Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. En los países más pobres, en promedio, el 12% de los bebés nacen demasiado pronto, en comparación con el 9% de los países de mayores ingresos. Dentro de los países, las familias más pobres están en mayor riesgo (3).

Según el estudio de Manuel Ticona Rendón, Diana Huanco Apaza, Maricarmen Ticona Vildoso, realizado en el año 2007, en 29 hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), nacieron 96,561 recién nacidos vivos, de los que 7,956 pesaron entre 500 y 2,499 g; la tasa de incidencia de bajo peso al nacer fue de 8.24 por 100 nacidos vivos, con límites de 2.35 y 16.3% y según la región, la sierra tuvo la tasa de incidencia más alta, con 10.02 x 100 nacidos vivos, seguida por la selva con 9.16 y los hospitales ubicados en el resto de la costa con 7.97; la tasa de incidencia más baja se registró en los hospitales de Lima metropolitana con 7.03 por 100 nacidos vivos, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). (4)

El parto pretérmino es el principal determinante de la mortalidad infantil en los países desarrollados y contribuye también a aumentar el número de niños con discapacidad. El impacto que tiene el grupo de recién nacidos pretérmino de muy bajo peso en la mortalidad neonatal es enorme; es responsable aproximadamente de 50 a 70% de la mortalidad neonatal y de 25 a 30% de la mortalidad infantil.

La OMS, se considera bajo peso al nacer al menor de 2,500 gr. y es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, sobre todo de la neonatal. De los supervivientes se calcula que un grupo importante padece trastornos neurológicos y déficit intelectual; aumentan los índices de morbilidad ambulatoria y hospitalaria para infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, sepsis urinaria y anemia. Asimismo, recientemente se asoció con algunos trastornos del adulto, como la enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólico, enfermedad cerebrovascular isquémica y diabetes gestacional. Muchos niños durante su desarrollo pueden enfrentar severos problemas de salud (5).

La baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales, principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, que no pueden ser abordadas con intervenciones simples y altamente costo efectivas, las que, a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad resolutoria y fundamentalmente intervenciones de calidad; principalmente la calidad de la atención hace la diferencia respecto a la eficacia de la intervención. La calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente. La gestión de la calidad implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión. Se trata de avanzar en la búsqueda de la excelencia en las organizaciones de salud. Para ello se requiere reforzar el liderazgo de las instancias directivas en el logro de la

calidad, el trabajo en equipo, la gestión basada en procesos y la información relevante como sustento de las decisiones. (6)

Según MINSA, pese a no contarse en el país con estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integrales y rigurosos, a la luz de resultados parciales del proceso de autoevaluación de la atención materno perinatal y en menor grado de otros tipos de atenciones, es posible colegir que no obstante los esfuerzos desplegados por el MINSA y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad dista mucho de ser satisfactorio. Complementariamente, la población percibe baja calidad en la atención que recibe según se concluye de los estudios realizados anualmente por la Universidad de Lima, donde se aprecia no solo un bajo nivel de percepción de calidad, sino también una tendencia a seguir descendiendo, tanto para los hospitales del MINSA, como para los de ESSALUD. (7)

Los expertos de las Naciones Unidas, las instituciones médicas y las organizaciones consideran existen formas económicas y comprobadas de atención para los bebés prematuros que podrían salvar al menos las tres cuartas partes de estos bebés en el mundo en desarrollo. Entre ellas consideran el “Cuidado de madre canguro” donde el bebé es mantenido en contacto con la piel de la madre, a fin de brindarle calor. El calor es muy importante para los recién nacidos prematuros. El cuidado de madre canguro facilita la lactancia frecuente y proporciona constante supervisión materna para el bebé. Esta intervención podría salvar 450.000 vidas al año. Desde el año 1978 en Colombia, el Método Mama Canguro (MMC) fue puesto en práctica, teniendo en la actualidad guías específicas para su aplicación.

Las evidencias indican que invitar a la madre para que participe en la atención de su hijo prematuro, lo más temprano posible, es una estrategia que tiene grandes beneficios biológicos y psicoafectivos para la salud de la madre y el niño. Los niños atendidos por su madre en la que ella es un miembro más del equipo de salud, permanecen menor tiempo en el hospital, adquieren menos infecciones y al consumir leche materna en vez de fórmulas permanecen más tiempo sano. La participación de la madre en el cuidado de su hijo, a este programa se le denomina Atención Madre Canguro.

El MINSA del Perú, viene desarrollando iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud del niño prematuro. El Programa de Madre Canguro se inicia en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé (HONADOMANI) en el año 1987; actualmente ha atendido 1260 niños canguro.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), se viene realizando esta técnica, la tasa de sobrevivencia de los niños nacidos prematuros se elevó del 68% al 90%. El departamento de Neonatología atiende a niños de bajo peso y prematuros en los servicios de UCIN e Intermedios neonatales, donde permanecen hospitalizados por tiempo prolongado y donde reciben los beneficios de esta técnica.

El profesional de enfermería brinda la atención a la madre y al niño, siendo su cuidado de vital importancia, por lo que debe tener en cuenta la calidad del cuidado, la calidez, ser oportuna, continua y segura, prestando la atención necesaria al niño y a la madre para que realice la correcta técnica de este método y lograr un niño saludable. La calidad en el cuidado de enfermería implica componentes tales como la naturaleza de los cuidados, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y los recursos

humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente.

Las madres de estos niños prematuros ingresan a los servicios de neonatología del INMP, día a día para realizar el método de mama canguro(MMC) para transmitir calor materno a sus bebes, algunas de ellas manifiestan “incomodidad en el servicio donde se encuentra su niño, por el trato de las enfermeras, porque no dan la información adecuada”, “tienen mal carácter para dar respuesta a sus preguntas”, otras madres preguntan continuamente “Hasta cuando se quedara mi bebe señorita” “Yo ya me lo quiero llevar a mi casa porque tengo otro niño pequeño y no puedo venir muy seguido”. También observamos que hay madres que se rehúsan a cumplir ciertas normas del servicio, cuando se les pide que se retiren por un momento para realizar algún procedimiento con su bebe, ellas dicen “que no se retiraran”, “él bebe es Mío y por lo tanto me voy a quedar acá para ver que hacen con mi bebe”.

Es de interés el presente trabajo para Enfermería que participa en la aplicación del MMC, por los beneficios de favorecer la salud del niño y la madre y participar en la disminución de la morbi-mortalidad del niño.

Es importante la percepción de las madres de MMC, que ellas reconozcan y opinen sobre la atención brindada por la enfermera del servicio de Intermedios Neonatal del INMP; es un componente en la valoración de la calidad del servicio prestado, si se considera la efectividad del cuidado en lograr y producir salud en el recién nacido mediante el método MMC, que son cuidados a brindar por madres y por enfermería. Los resultados darán información que será utilizada para generar una intervención de enfermería que ayude a las

madres a tener mayor conocimientos sobre la técnica MMC , asimismo sobre las acciones de la enfermera. Los miembros individuales de una sociedad, definen cuál es el valor último de la calidad del cuidado, si estos están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser ideal, al margen de cuan alta pueda ser, según criterios clínicos u otros distintos a los del propio cliente (Donabedian, 1988).

Ante lo mencionado, surgieron algunas interrogantes; ¿Cuáles son las percepciones de las madres del MMC sobre la atención que brinda la enfermera? ¿Cómo perciben los cuidados de enfermería prestados a su RN?, ¿Qué opinan las madres del MMC sobre la relación interpersonal de las enfermeras? ¿Cuáles acciones de confort que identifican las Madres del MMC?, ¿Existe una percepción positiva de las madres del MMC sobre la seguridad que brinda la enfermera en los cuidados de su RN?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo planteado se formula la siguiente pregunta:
¿Cuál es la percepción de las madres del Método Mama Canguro sobre la atención brindada por la enfermera del servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los nacimientos de niños prematuros, aumentaron en todo el mundo y la prematurez es un grave problema de salud, por ser la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años.

El método de Mama Canguro (MMC), es una de las formas económicas y comprobadas de atención para los bebés prematuros

que podrían salvar al menos las tres cuartas partes de los bebés prematuros en el mundo en desarrollo, por que crea un vínculo efectivo, reduce las infecciones, el estrés y otros problemas propios del prematuro, contribuyendo a un óptimo desarrollo físico y emocional del niño.

El profesional de Enfermería que labora realizando cuidados en los Servicios de Cuidados Intermedios del Departamento de Neonatología y que aplican el MMC, debe brindar una atención de calidad de acuerdo a los estándares para la práctica profesional, con conocimientos científicos, habilidades y actitudes. Una atención de calidad, aplicando una buena técnica de mama canguro, que considera los aspectos técnicos, interpersonales y de entorno, con una adecuada participación de la madre y del RN; siendo indispensable para ello conocer sus necesidades, preocupaciones ante las reacciones de su RN, su percepción hacia la atención de cuidados que brinda el personal de Enfermería, ya que Enfermería es la que guía a las madres hacia la práctica de este método, facilitándole un ambiente cálido y acogedor, aclarando sus dudas y permitiendo los vínculos necesarios para el desarrollo de su RN.

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información a las autoridades de la institución, del Departamento de Enfermería y del servicio, a fin de que se diseñen y brinden programas de capacitación continua al personal de Enfermería en la técnica del MMC, lo cual permitirá una atención de calidad científica, humanizada y a la reducción de las altas tasas de morbi-mortalidad neonatal del país.

Por lo que es necesario el presente estudio, el cual servirá al personal de enfermería, en el desarrollo de sus actividades y

fortalecimiento de la calidad de su atención con el Recién Nacido y la madre que participa en el MMC.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar la percepción de las madres del MMC sobre la atención brindada por enfermera del Servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal”. Lima – Cercado. 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la percepción de las madres del MMC sobre las dimensiones interpersonales, técnica y del Entorno en la atención brindada por la enfermera en el servicio de Intermedios Neonatal del INMP.
- Identificar la percepción de las madres del MMC sobre los Aspectos interpersonales en la atención brindada por la enfermera en el servicio de Intermedios Neonatal del INMP.
- Identificar la percepción de las madres del MMC sobre los aspectos técnicos en la atención brindada por la enfermera en el servicio de Intermedios Neonatal del INMP.
- Identificar la percepción de las madres del MMC sobre los aspectos del entorno en la atención brindada por la enfermera en el servicio de Intermedios Neonatal del INMP.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A Nivel Internacional:

Tania Barrientos Schuler, Daniela Figueroa Pantoja, en el año 2013 en Valdivia - Chile, realizaron el estudio “Percepción de Madres de Recién Nacidos Prematuros de muy Bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación brindada durante el Periodo de Hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia (HBV), Periodo 2012”, el Objetivo General es Describir la percepción del proceso educativo actual, impartido a las madres de recién nacidos de muy bajo peso al nacer, en la Unidad de Neonatología del Hospital Base Valdivia y, como Objetivos Específicos:

- Identificar las falencias o limitantes que madres y equipo de salud reconocen en el proceso educativo habitual desarrollado en la Unidad de Neonatología.
- Identificar los aspectos y elementos de la metodología actual que madres y equipo de salud consideran que favorecen o dificultan el aprendizaje de las madres y/o cuidadores.
- Determinar la metodología y contenidos educativos que madres y equipo de salud consideran más pertinentes para desarrollar educación a las madres durante la hospitalización de sus hijos y al alta.
- Determinar la opinión que madres de RNMBPN tienen sobre el proceso educativo actual impartido en la Unidad de Neonatología

El universo o población son las madres de RNPMBPN incluidos en el programa ministerial, nacidos durante el periodo enero 2011- mayo 2012, atendidos en el HBV y que fueron dados de alta hospitalaria en un periodo máximo de un año para evitar los sesgos, la selección se hizo a través de la revisión de registros existentes en el Policlínico de seguimiento del prematuro HBV.

El estudio es mixto de metodología cuali-cuantitativo, trabajaron con grupos focales integrados por profesionales de la Unidad de Neonatología del Hospital Base Valdivia y madres de RNP atendidos en la misma Unidad, y se describió la percepción de madres de RN MBPN y profesionales del equipo de salud en relación al proceso educativo intrahospitalario y se definieron los contenidos y metodologías de educación más pertinentes para ser utilizadas como herramientas de apoyo a las madres de prematuros incluidos en el programa ministerial del RNMBPN. Aplicaron encuestas estructuradas con el fin de caracterizar el perfil de los participantes y evaluar el proceso educativo actual impartido en la unidad.

El estudio comprendió una fase cualitativa de recolección de información, que determinar aspectos sobre la forma de realizar la educación actual. La fase cuantitativa permitió recoger aspectos sociodemográficos y determinar la percepción en relación a distintos ítems relacionados con el tiempo, material, contenidos y metodología de la educación entregada en la Unidad de Neonatología del HBV.

Resultados: Se evidenció falencias en el proceso educativo, siendo la falta de organización, tiempo y espacio físico los principales limitantes. Destacaron la necesidad de organizar y estructurar el proceso educativo actual, enfatizando en que éste debe ser flexible y

adaptarse a las necesidades y problemáticas de cada madre y recién nacido. (4)

Entre las conclusiones:

El mejor método descrito por los participantes para las sesiones, se basa en la ejecución de educaciones grupales e individuales, mediante las exposiciones interactivas con participación activa de las madres conjuga el aprendizaje teórico con la práctica, favoreciendo la enseñanza.

Por otra parte el vínculo temprano entre la madre y el hijo son importantes para el normal desarrollo psicoafectivo del niño, generar y facilitar instancias de apego es de suma importancia y relevancia en el cuidado del menor.

Deben incluir las redes de apoyo durante el proceso hospitalario y educativo incluyendo a los padres y la familia, como soporte emocional para las madres otorgándoles seguridad y tranquilidad para enfrentar cada etapa. Generar un ambiente de confianza entre profesionales y madres favorece el proceso educativo al facilitar la comunicación entre ambos, asimismo el apoyo psicológico y emocional, resulta fundamental durante este proceso. (7)

Las autoras evidencian en su estudio falencias en el proceso educativo y de estructurarlo en forma flexible y que se adapte a las necesidades y problemáticas de cada madre y recién nacido y siendo el mejor método descrito por las madres que son ejecución de educaciones grupales e individuales, con el fin de asegurar una adecuada adquisición de conocimientos por parte de las madres de los recién nacidos otorgándoles mayor seguridad en los cuidados que le brindan a sus hijos en casa, contribuyendo de esta manera a disminuir la morbi-mortalidad de los mismos.

Guadalupe Cantu González en el año 2002 en México, realizó el estudio “satisfacción con el cuidado de enfermería en las usuarias del programa Madre Canguro”; tuvo como objetivos Conocer cuáles son las dimensiones que reflejan mayor satisfacción en las usuarias del Programa Mamá Canguro y determinar el nivel de satisfacción por los cuidados de enfermería en los usuarios del Programa Madre Canguro; los conceptos de Erikson sustentan el estudio, se utiliza un

instrumento, que explora seis dimensiones, arte del cuidado (trato del personal), calidad técnica del cuidado, medio ambiente físico, disponibilidad y resultados del cuidado.

El estudio fue de tipo descriptivo, exploratorio. La población fue de 30 madres participantes en el Programa Madre Canguro. Dando como resultados en cuanto cuáles son las dimensiones que reflejan mayor satisfacción en las usuarias del Programa Mamá Canguro, se encuentra la media más alta en calidad técnica 78.22 (DE=22.82), seguida de un 75.39 (DE=22.09) obtenida en trato; en tanto que la media más baja se observó en la continuidad del cuidado 63.88 (DE=27.33), se encuentra en cuanto a medio ambiente la media de 75, DE=24.66; teniendo las conclusiones siguientes:

“Que las dimensiones del proceso de cuidado Enfermero que reflejan mayor satisfacción por parte del usuario son la de calidad de la atención y trato de las enfermeras, el conocer esta información, marca la pauta para alcanzar e inclusive superar las expectativas de los usuarios, lo cual es un indicador de calidad.

Es aceptado, que en la medida que un proceso, en este caso del cuidado de enfermería es evaluado por el usuario directo, existe la posibilidad de mejorar.

Que aunque se cubran las expectativas de los usuarios en relación con la atención de enfermería, existen áreas de oportunidad, que si se analizan, permitirán que se generen acciones que mejoren el desempeño laboral de las enfermeras y la percepción del usuario por los cuidados otorgados. (8)

En la investigación, menciona en cuanto a la satisfacción en las madres usuarias del programa Madre Canguro en las dimensiones trato personal, calidad técnica de los cuidados, medio ambiente, que son dimensiones que estamos considerando en este estudio.

Ethel Marinta Corpus Ramírez en su tesis “Satisfacción de los Usuarios y Nivel de conocimientos del personal de Enfermería en un Programa Mama Canguro, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, el año

2015 cuyos Objetivos Generales: Analizar el nivel de satisfacción de las usuarias y el nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro. Analizar las percepciones de las madres usuarias del PMC. Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo observacional, y transversal, en un Hospital de Maternidad de San Luis Potosí; donde se midió el nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro con un cuestionario basado en la Guía de la OMS y el nivel de satisfacción de las usuarias con la adaptación del cuestionario Picker's Pediatric Acute Care; se utilizó el abordaje cualitativo mediante una entrevista semiestructurada, para conocer las percepciones de las madres participantes. Resultados: Se midió el nivel de conocimientos a 21 enfermeros vinculados al PMC, de los cuales solo el 23.8% contaban con capacitación, el 57.1% contó con un nivel adecuado de conocimientos y el 42.9% se clasificó como inadecuado. Para la satisfacción se incluyeron 30 madres canguros, que tuvieron un nivel de satisfacción global de 87.7%, de los 8 dominios evaluados el más bajo fue continuidad del cuidado que hace referencia a la educación para cuidados en el hogar, con 74.3% de satisfacción. De estas mismas madres, se entrevistaron a 14 para conocer las percepciones, de las cuales surgieron las categorías a) Una experiencia nueva, b) Reconociendo sus sentimientos, c) Beneficios obtenidos para la diada madre-hijo, d) Capacitación recibida para el cuidado del hijo, e) Inclusión de la familia. Conclusiones: De los resultados obtenidos se identificaron áreas de oportunidad para la mejora del funcionamiento del PMC, como lo son mayor capacitación para el personal, sistematización de programas de capacitación para las madres usuarias y un cambio en las políticas institucionales para favorecer aún más la humanización de los cuidados (9).

Ana Karen Ojeda Cordero, realiza la investigación Trato Digno por el Personal de Enfermería en el Recién Nacido Hospitalizado. México UNAM/ENEO. Instituto Nacional de Pediatría. Material y Métodos. El estudio es descriptivo, documental, realizado por medio de la recopilación de información para identificar el trato digno en los pacientes recién nacidos hospitalizados. Resultados. Del total de los artículos consultados el 60% refieren que el trato digno por parte del profesional de enfermería es apropiado para los recién nacidos, brindando atención de calidad en el cuidado integral e involucrando activamente a los padres en el cuidado de su hijo durante la hospitalización. El 40% de los artículos revisados refieren que el trato al recién nacido hospitalizado es solo una rutina laboral, llevando a cabo acciones generales durante su estancia en las diferentes instituciones de salud. Sus conclusiones fueron:

El profesional de enfermería, proporciona un trato adecuado a los recién nacidos que se encuentran hospitalizados en las diferentes instituciones de salud, conociendo los derechos de los recién nacidos hospitalizados y brindando cuidados de calidad. Es importante continuar con programas para concientizar al profesional acerca de los beneficios de brindar atención de calidad y calidez a la población más vulnerable como son los neonatos (10).

Resumen de investigación, en el cual revisa en artículos que refiere sobre el trato humano por parte del personal de Enfermería, que es una característica que la dimensión interpersonal que se investigara en el estudio.

Erika Melania Cañas Lopera, el 2012 en Colombia realizo el estudio titulada Significado que le asigna el Padre a la Hospitalización de su Hijo Recién Nacido Pre término Extremo en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, cuyo objetivo fue: identificar el significado que le

asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo, en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Se realizó en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de una institución privada de salud de tercer nivel de la ciudad de Bogotá durante los meses de abril de 2011 a abril de 2012.

El estudio es cualitativo, de metodología de etnoenfermería, muestreo por saturación de información, realizadas veintiuna entrevistas, ocho padres que cumplían criterios de inclusión. Siendo sus Resultados:

Para el padre “El equipo de salud” es “Un salvavidas para el neonato y una bendición para los papás”, interpretado como los cuidados profesionales y apoyo tecnológico que cuenta la URN para preservar la vida del neonato y una ayuda para los padres en este proceso de hospitalización de su hijo. (11)

Este estudio tiene significado social, aporta en el cuidado del neonato de una manera integral consolidando al núcleo familiar, en este caso el padre, en el proceso de hospitalización del recién nacido pretérmino extremo y su cambio de roles de una manera inesperada como lo es la paternidad de un recién nacido pretérmino extremo. Contribuye al desarrollo de la profesión como disciplina y la cualificación de una práctica encaminada a ofrecer cuidado humanizado a todo el núcleo familiar con mayor aporte a los padres, favoreciendo el fortalecimiento de un cuidado integral; y en parte a definir el rol de las enfermeras en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, a pesar del alto grado de complejidad, estrés, falencias de tiempo y múltiples funciones de la enfermera profesional es necesario el rol de educadora enfocado en las necesidades de los padres.

A Nivel Nacional

Rodríguez Quezada, M.P. realiza la investigación Manejo de

Herramientas de Gestión y Percepción del cuidado de Enfermería en Hospitales de Chachapoyas, Perú. Con el objetivo comparar el manejo de herramientas de gestión por profesionales de Enfermería y la percepción de las personas sobre el cuidado de Enfermería, en los hospitales del distrito Chachapoyas, Región Amazonas, Perú. Siendo el diseño de método descriptivo comparativo, realizado en 140 personas hospitalizadas y 25 enfermeros de 2 hospitales del distrito de Chachapoyas. Se revisaron 80 historias clínicas en cada institución para observar el proceso de enfermería; se encuestaron a profesionales de enfermería para medir la calidad del cuidado de enfermería y se encuestaron a los sujetos de cuidado para medir su percepción sobre esta.

A las personas hospitalizadas en los Servicios de cirugía, Ginecoobstetricia y Medicina de ambas instituciones hospitalarias, se les aplicó una escala tipo *Likert* denominada Escala de Percepción sobre cuidados de Enfermería, consta de 30 ítems y la puntuación se asigna en función de la frecuencia con la que el personal de Enfermería realiza ciertas actividades (siempre, frecuentemente, poco frecuente, raras veces), va de 3 a 1 punto, respectivamente.

Resultados: se encontró regular manejo del Proceso de Atención de enfermería (PAE) en ambos hospitales, poca capacidad científico-técnica del personal de Enfermería, pero buena interacción personal.

Conclusiones: La buena interacción interpersonal de los profesionales de enfermería con las personas en ambos hospitales puede haber influido, en que éstas tengan percepción de regular a buena acerca del cuidado de enfermería.

Conclusiones:

La buena percepción del cuidado de Enfermería en ambos hospitales estaría asociada al buen manejo de la calidad del cuidado de enfermería en la dimensión de interacción personal, sobre todo en los profesionales de Enfermería del Hospital de ESSALUD. (12)

Doris Delgadillo Morales, en su trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología, titulada Satisfacción de la Madre del Recién Nacido Hospitalizado sobre la Calidad del Cuidado del Profesional de Enfermería en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal- 2013, cuyo objetivo general es Determinar la satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - 2013. Los objetivos específicos; Identificar la satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en la dimensión Técnico – científica, en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013, Identificar la satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en la dimensión Humana, en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - 2013., Identificar la satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en la dimensión Entorno, en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - 2013.

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal, que es una institución perteneciente al Ministerio de Salud con categoría III – 2. La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporción para poblaciones finitas conformado por 33 madres. La técnica fue la

entrevista y el instrumento un formulario tipo Likert, que se aplicó previo consentimiento informado. Los resultados. Del 100%(33), 61%(20) tienen satisfacción media, 21%(7) alta y 18%(6) baja; en la dimensión Técnico-Científica, 61%(20) tienen satisfacción media; en la dimensión Humana 46%(15) tienen satisfacción media, en la dimensión Entorno 70%(23) tienen satisfacción media. Las conclusiones del estudio están dadas por:

La satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería es en su mayoría de medio a alta, referida a que algunas veces la enfermera se demora cuando tiene que atender al bebe, frecuentemente sintió que influyó positivamente en la salud de su bebe y aprecian que las instalaciones están adecuadamente distribuidas, son modernas y limpias, sienten comodidad en el área que se extraen leche y que su bebe se mantuvo protegido por nidos de contención y cunetas apropiadas.

Se pudo detectar satisfacción baja ya que muy pocas veces se identificó y la saludó por su nombre, algunas veces cuando le informó utilizó un lenguaje difícil de entender y a veces estuvo dispuesta a atenderla en lo que le solicitaba.

Respecto a la satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en la dimensión Técnico – científico, en su mayoría es de media a baja, ya que siente que la enfermera con sus cuidados influyó positivamente en la salud de su bebé, permaneció en el servicio, mostró seguridad cuando brindó sus cuidados y frecuentemente la enfermera se lava las manos antes y después de los procedimientos, siente que la enfermera algunas veces muestra desinterés en el estado de salud de su bebe y a veces dejó que sonara la alarma de los equipos. Mientras que un mínimo porcentaje 72 de madres experimenta satisfacción alta referido a que el bebé siempre se mantuvo protegido por nidos de contención, cunetas, de las corrientes de aire y porque los materiales que le pidieron fueron suficientes.

- En cuanto a la satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en la dimensión Humana, en su mayoría es de media a alta, referido a que la enfermera algunas veces se demora cuando tiene que atender al bebé, se molesta cuando solicitó algo respecto a su bebé y porque a veces le produce desconfianza para expresar lo que siente. Seguido de un mínimo porcentaje significativamente alto que está dado a que la enfermera está uniformada y limpia, respeta sus derechos y le orienta sobre normas del servicio. Sin embargo, un mínimo porcentaje de madres que experimentan satisfacción baja está dado porque la enfermera muy pocas veces se identifica y la saluda por su

nombre, cuando le informa sobre los cuidados de su bebé utiliza un lenguaje difícil de entender y durante su permanencia ella algunas veces estuvo dispuesta a atenderla en lo que le solicitaba.

- Acerca de la satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en la dimensión Entorno la mayoría es de media a alta, referida a que los ambientes están adecuadamente distribuidos, en orden, los equipos funcionaron adecuadamente, el servicio se mantuvo limpio, las instalaciones son modernas y sintió comodidad en el área de extracción de leche materna, mientras que un mínimo porcentaje expresa que es satisfacción baja está referida a que algunas veces faltan equipos y/o aparatos en el servicio. (13)

Flor B. Márquez Bazán (Lima – Perú), en el año 2008 realizó el estudio “Nivel de Conocimiento y actitudes de las enfermeras del servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Especializado Materno Perinatal acerca del método Mama Canguro”, que tuvo como objetivo Determinar el nivel de conocimiento y actitudes a cerca del método Canguro de las Enfermeras del Servicio de Intermedios Neonatal del INMP. El estudio fue de tipo cuantitativo y de nivel aplicativo; realizado con una población de 26 enfermeras que laboran en el servicio de Inter-medios Neonatal, llegando a las siguientes conclusiones:

“Las enfermeras del Servicio de Intermedios Neonatal del INMP en su mayoría poseen un nivel de conocimiento medio, seguido de una minoría que poseen un nivel de conocimiento alto acerca del Método

Canguro, siendo el aspecto más desconocido de este método que favorece la estimulación temprana mediante el vínculo que le proporciona la madre mediante el contacto piel a piel, lo que afecta al niño en el desarrollo de su capacidad afectiva y sensorio motriz, lo que la enfermera no estaría brindando un cuidado integral al niño prematuro.

En cuanto a las Actitudes hacia el Método Canguro la mayoría de enfermeras muestra actitud de indiferencia con tendencia a las actitudes rechazo en la ejecución de este método, con la elevada tendencia de indecisión y rechazo en las dimensiones de estimulación temprana y lactancia materna, si bien se reconoce la necesidad de implementar el programa madre canguro en el servicio de intermedios neonatal. La principal limitación estaría dada por que las enfermeras responsables del cuidado de los prematuros, tienen el nivel de Conocimiento medio y no demuestran actitudes favorables para la aplicación de este método. (14).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1. La Percepción

a. Definición de percepción

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo.

La noción de percepción deriva del término latino PERCEPTIO y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo).

La percepción puede definirse como:

Una función psíquica que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos. Puede hacer mención también a un determinado conocimiento, a una idea o a la sensación interior que surge a raíz de una impresión material derivada de nuestros sentidos.

El conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Según T.Bower la percepción es cualquier proceso mediante el cual nos damos cuenta de inmediato de aquello que está sucediendo fuera de nosotros”.

Es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar, e interpretar información proveniente de su entorno. Es una derivación de cuanto se observa y se manifiesta en dos campos específicos del intelecto humano:

- El campo interior: El sujeto formula apreciaciones propias y conceptos de lo que percibe.
- El campo exterior: El sujeto comunica o verbaliza su especulación de lo percibido.

La percepción es el primer procedimiento cognoscitivo, que permite al sujeto capturar la información del medio que lo rodea a través de la energía que llega a los sistemas sensoriales. Es la interpretación de una sensación, aquello que es captado por los sentidos adquiere un significado y es clasificado en el cerebro. Es un proceso más elaborado y racional. Es el proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organización los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido. De este modo lo siguiente que hará el individuo será enviar una respuesta en consecuencia.

Percepción es la manera en que nuestro organismo organiza esos sentimientos para interpretarlos, es decir, el reconocimiento de los objetos que proviene de combinar las sensaciones con la memoria de experiencias sensoriales anteriores.

En el ámbito del servicio al usuario, la percepción es dominante; es la base para establecer la credibilidad en toda su organización.

Existen factores biológicos de la percepción, con los cuales nacemos y otros aprendidos; esto significa que la forma en la que percibimos nuestro entorno se modifica a lo largo de nuestra vida a través de las experiencias.

b. Características de la Percepción

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

- **Es subjetiva**, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Ante un estímulo visual, se derivan distintas respuestas, dependiendo de sus necesidades en ese momento o de sus experiencias.
- **La condición de selectiva** en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.
- **Es temporal**, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

c. Teorías sobre la percepción

- **Estructuralismo de Wundt, Tichener y G. E. Müller.** A la asociación de ideas ha sucedido los estímulos y respuestas; las leyes generales de la contigüidad y semejanza han sido

sustituidas por las más precisas del condicionamiento y aprendizaje verbal.

- **Funcionalismo de William James**, que señala la importancia de los factores motivacionales y del interés subjetivo en la percepción. Considera que tan importante como saber en qué forma la estructura de nuestros preceptos reflejaba la estructura de los estímulos correspondientes, era averiguar por qué muchos de estos quedaban fuera del proceso perceptivo; el esclarecimiento de por qué se perciben unas cosas y no otras, estando todas presentes por igual en los sentidos.
- **Psicología de la forma**. Sus antecedentes se remontan a Franz Brentano, cuya formación aristotélica explica quizá su predilección por los conceptos de acto y forma. Para Meinong, las impresiones sensoriales primarias constituyen la base de la percepción de los objetos superiores de segundo orden; así las líneas de un triángulo constituyen el fundamento sensorial de la percepción del objeto triángulo, que tiene una entidad ideal perceptible.
- **Hipótesis perceptivas**. Recogió una serie de ideas a las que se refiere al hablar de la función selectiva de la atención. Los representantes del New Look en psicología se opusieron a tratar la percepción como fenómeno independiente, y señalaron la importancia que en ella ejercían las expectativas perceptivas: hipótesis. Las hipótesis fueron definidas como la intención de percibir una configuración estimular de una determinada manera, con una cierta significación y para un

propósito dado. La fuerza de la hipótesis viene condicionada por factores como la frecuencia de su confirmación, el número de hipótesis alternativas, el apoyo motivacional y cognoscitivo que reciben, factores todos ellos en que lo específicamente perceptivo se halla traspasado de aspectos cognoscitivos superiores y motivacionales.

- **Funcionalismo probabilístico, de Brunswick.** La psicología debe situar el foco de sus descripciones en aquello a que el organismo endereza su actividad; su focus debe ser distal, y no periférico o central. Este autor pretendió fue remediar tal estado de las cosas elaborando una metodología adecuada para el estudio probabilístico de las estructuras estimulares, es decir, para el desarrollo de una auténtica ecología estimular en la que pudiera inscribirse la actividad propositiva de los sujetos.

Para Gibson su teoría está centrada en la percepción visual mantiene que los sentidos han sido preparados para registrar verídicamente la estructura estimular del ambiente, que se concibe con una forma distinta a la usual. Su concepto de la ecología estimular consiste en reformular la teoría clásica de las cualidades sensibles en términos de información representativa de la estructura del mundo exterior.

- **Transaccionalista.** Su característica más destacada es la acentuación de la continua actividad transaccional que tiene lugar en el proceso perceptivo.

- **Teoría tónico sensorial.**

Pretende compensar la unilateralidad de los enfoques exclusivamente sensoriales de la percepción. Werner y Wapner mantienen que en la integración perceptiva los factores tónicos son tan esenciales como los sensoriales, con los que interactúan para dotar a la percepción de su dimensión conativa.

- **Teorías neurofisiológicas de la percepción.**

D. O. Hebb es uno de los autores más destacados. Los inputs sensoriales son registrados corticalmente en términos de agrupaciones de neuronas, a la par que también lo son los correlatos motores de semejantes aferencias, y la asociación entre ambas clases de agrupaciones constituye la estructura donde el input sensorial inicia la actividad motora. Las secuencias básicas son series de agrupaciones neuronales temporalmente estabilizadas, y constituyen la base neurofisiológica de la percepción y el pensamiento. La actividad de estas agrupaciones neuronales representa el caso más simple de una imagen o una idea.

La persona como sujeto del cuidado percibe la atención del personal de enfermería y es capaz de valorar de forma directa y personal este cuidado que se basa en el trato amable. En este sentido la percepción de la atención recibida, como dimensión de la calidad, es la experiencia advertida y expresada por el sujeto y, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. Es una dimensión determinada

por el contexto socio-cultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado.

- **El planteamiento ecologista de Gibson** defiende la teoría de que la percepción es un proceso simple; en el estímulo está la información, sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores. Dicho planteamiento parte del supuesto de que en las leyes naturales subyacentes en cada organismo están las claves intelectuales de la percepción como mecanismo de supervivencia, por tanto, el organismo sólo percibe aquello que puede aprender y le es necesario para sobrevivir.
- La **psicología clásica de Neisser**, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.
- La **psicología moderna**, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Esta definición presenta dos partes bien diferenciadas referidas respectivamente a: El tipo de información obtenida y la forma en que ésta se consigue.

La definición que seleccionamos parte de la existencia del aprendizaje, y considera la percepción como un proceso de tres fases. Así pues, la percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.

d. Componentes de la Percepción

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas. Este fenómeno nos lleva a concebir la percepción como resultado de dos tipos de inputs:

- **Las sensaciones** o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc. Son la respuesta directa e inmediata a una estimulación de los órganos sensoriales. Esta concepción de las sensaciones supone la relación entre tres elementos: Un estímulo, Un órgano sensorial y Una relación sensorial.

La percepción y la sensación son conceptos distintos, cuyas principales diferencias son:

- Una sensación no implica necesariamente que la persona se dé cuenta del origen de lo que lo estimula sensorialmente.
- Una sensación se transforma en percepción cuando tiene algún significado para el individuo. Por eso es importante analizar cuál es la experiencia de las personas con esas

sensaciones, ya que la percepción aumenta o se fortalece conforme se enriquece la experiencia y la cultura del sujeto.

- **Los inputs internos**, que provienen del individuo, del mundo exterior en el que se desenvuelve el individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, y que proporcionarán una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos.

Algunos de los factores internos que influyen en la percepción del individuo son:

Necesidad. Es el reconocimiento de la carencia de algo.

- ***Motivación.*** Es la búsqueda de la satisfacción de la necesidad.
- ***Experiencia.*** El individuo aprende de las experiencias, y esto afecta al comportamiento. El efecto acumulativo de las experiencias cambia las formas de percepción y respuesta.

d. Proceso de Percepción

Todos los individuos reciben estímulos mediante las sensaciones, es decir, flujos de información a través de cada uno de sus cinco sentidos; pero no todo lo que se siente es percibido, sino que hay un proceso perceptivo mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión.

El proceso de la percepción, tal como propuso Hermann Von Helmholtz, es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis, para ello se usa la información que llega a los receptores y se analizando paulatinamente, así como información que viene de

memoria tanto empírica como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación.

Mediante la percepción de la información recopilada por todos los sentidos, se procesa y se forma la idea de un solo objeto. Es posible sentir distintas cualidades de un mismo objeto, y mediante la percepción unirlos y determinar de qué objeto provienen, y determinar a su vez que este es un único objeto.

La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: Selección, organización e interpretación

1. Selección

Los individuos perciben sólo una pequeña porción de los estímulos a los cuales están expuestos.

- **Percepción selectiva**, cuando la percepción se recibe de acuerdo con nuestros intereses; se refiere al hecho de que el sujeto percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades. Se realiza un auténtico procesamiento de la información por parte del sujeto, mediante el cual el mensaje despierta en el individuo toda una serie de juicios de valor que se traducen en reacciones de muy distinto signo.

El individuo participa directamente en lo que experimenta. Esta intervención no se limita a una simple adaptación, sino que se acompaña de una selección efectuada entre los estímulos propuestos.

2. Organización

Una vez seleccionados, las personas han recogido una cantidad de estímulos de forma conjunta que, en esencia, son sólo una simple

colección de elementos sin sentido. Las personas los clasifican de modo rápido asignándoles un significado que varía según cómo han sido clasificadas, obteniéndose distintos resultados.

3. La Interpretación

Es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados. Depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello, la forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses.

Así, la formación de los estereotipos, corresponde en gran parte a la interpretación perceptual que el individuo da a los acontecimientos.

La percepción es más que lo que vemos, oímos, sentimos, saboreamos, u olemos. Es también el significado que damos a estas sensaciones. Llegamos a este significado a través de la manera en que nuestro cerebro organiza la información que proviene de nuestros sentidos (8)

e. Percepción y Significación.

A. Michotte, entendía que la captación del sentido de lo percibido no debe considerarse como una simple adición a la forma, como yuxtaposición, como la aparición de algo que viene a añadirse a la figura, sino como un aspecto esencial de ella.

La percepción se halla limitada por unas coordenadas espaciotemporales muy estrictas, que precisamente la imaginación y el pensamiento están encargados de trascender. La dimensión

significativa de la percepción de los procesos de aprendizaje o bien de su integración funcional con los niveles intelectuales del sujeto percipiente. La experiencia perceptiva es una forma de intuición sensible de la realidad física.

f. Modalidades Perceptivas

La idea de dividir la actividad perceptiva de acuerdo con las modalidades sensoriales que la sirvan parece razonable. Los problemas específicos de la percepción difieren en grado del olfato, y estos de los auditivos. La polivalencia informativa que despliegan los sentidos como órganos de percepción, etc. Hacen pensar que el concepto de modalidad es más adecuado para los sentidos que para la percepción.

Un mismo objeto puede percibirse a través de modalidades diversas. Nuestra percepción de las cosas es a menudo multisensorial, aun cuando aparentemente la percibimos uni modalmente. Lo que queda después de haber cambiado los aspectos sensoriales es la forma. También en la percepción de la casualidad uno se encuentra ante fenómenos perceptivos que trascienden los planteamientos modales. La percepción de la casualidad es amodal, como lo son todas aquellas para cuyo contenido no se encuentra la estimulación específica adecuada.

1. La Percepción de la Realidad Física

Percibimos directamente los objetos y procesos reales. Esta postura es más fácil de mantener cuando se trata de percepciones que tienen como término la pura realidad física, que cuando los objetos y procesos percibidos son de naturaleza social. En el

primer caso la *integración figural* parece que se produce de un modo autóctono en la visión.

Fenómenos como el de la constancia perceptiva sugieren también la existencia de una *integración temporal*.

Los procesos de aprendizaje que tienen lugar en el campo de la percepción social hacen más debatible la postura gustalista respecto de esa integración significativa que confiere variedad de interpretaciones a la misma unidad figural, sobre todo en el ámbito de la percepción social.

El sistema de referencias en que se configura nuestra percepción del espacio no es solo bidimensional. En apariencia nuestra percepción de profundidad parece efectuarse de modo visual directo, pero en realidad se lleva a cabo a través de unas claves indirectas, adquiridas y no siempre visuales. Mencionaremos las siguientes:

2. La Percepción del Tiempo.

El tiempo constituye una especie de marco general referencia de nuestro conocimiento perceptivo. El tiempo se presenta como la experiencia del devenir que hace del presente una inapresable transición entre el antes y el después. Los límites de la experiencia temporal son más bien cortos, y su unidad primaria es difícil de establecer. La duración del lapso de tiempo que puede considerarse como presente es de unos 5 o 6 segundos.

3. La Percepción de la Realidad Social

El ser humano percibe culturalmente lo físico, al tiempo que la realidad social se le manifiesta a través de significantes físicos.

g. Motivación Social y Percepción.

Bruner y Goodman, pretendieron demostrar que, a igualdad de tamaño real, las monedas de más valor se ven más grandes que las de valor menor. Los motivos personales influyen en la manera en que cada uno percibe la realidad.

h.- El Aprendizaje Perceptivo.

El desarrollo de la actividad perceptiva no está sostenido solo por un proceso de maduración biológica. Se ha confirmado la necesaria contribución de la experiencia al desarrollo de la percepción.

i. La Percepción y el Pensamiento.

Las experiencias perceptivas con figuras reversibles han servido para demostrar que una misma figura puede percibirse alternativamente de diversas maneras. En demostraciones se ha podido comprobar que al proyectar la imagen de la suegra o la nuera algunos de los alumnos que perciben en primer término la alternativa de la suegra son incapaces de percibir la figura de la mujer joven, a menos que se les ayude con un puntero a detectar los contornos clave.

Los trabajos de probabilidad subjetiva confirman la idea de que uno tiende a ver lo que desea ver o lo que está preparado para ver. La percepción adopta formas diferentes a tenor de la clase del sujeto que suministra la información. La percepción no es un proceso intelectual, pero se intelectualiza cuando el sujeto que percibe es un ser humano.

2.2.2 Calidad de Atención en Salud

a. Definición de Calidad

Calidad es **hacer lo correcto**, en forma correcto, a tiempo, todo el tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre y siempre satisfaciendo a nuestro cliente.

Se entiende por calidad, la aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Entendiendo por calidad total, el proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente. (17)ⁱ

La calidad es:

Una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. Un conjunto de atributos y / o propiedades que tiene un objeto sobre la base de los cuales se puede emitir algún juicio de valor acerca de él. Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

b. Definición de Calidad en salud

La OMS define la calidad en salud como:

- Un alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Un mínimo riesgo para el paciente
- Aalto grado de satisfacción del paciente
- Impacto final para la salud

Según la OMS calidad de salud “es la capacidad de que un producto consiga el objetivo deseado al costo más bajo posible” (18)

El MINSA considera que “La calidad es un valor en la cultura Organizacional de las instituciones de salud”, “La calidad se expresa en mejores niveles de salud y satisfacción se los usuarios”

Según Joseph Juran: “Consiste en aquellas características de los productos o servicios que aciertan con las necesidades de los usuarios y, por lo tanto producen satisfacción”, “Es adecuación al uso”, “Ausencia de deficiencias”.

Asimismo, la calidad es:

- Una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie.
- Se refieren a un conjunto de atributos y / o propiedades que tiene un objeto sobre la base de los cuales se puede emitir algún juicio de valor acerca de él.
- Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Miguel Orozco (15) El Instituto de Medicina de los EUA (IOM) define la calidad como el grado en que los servicios de atención en salud:

1. Incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud: y
2. Son consistentes con conocimientos profesionales actualizados.

A esta definición se le debe agregar el componente subjetivo de la calidad *que corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios.*

c. Manifestaciones de falta de calidad

La falta de calidad se manifiesta de múltiples formas incluyendo:

- Servicios de salud inefectivos, es decir, que no alcanzan el resultado esperado en salud.
- Se expresa en términos de injustificada variabilidad de la práctica clínica, aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, y un alto porcentaje de servicios no consistentes con el conocimiento profesional actual (MBE)
- La falta de calidad hace al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, causando desconfianza y acciones legales que ocasionan reacciones prácticas de medicina defensiva
- A nivel Regional, son ejemplos de lo anterior el excesivo número de casos de mortalidad materna y neonatal, de infección nosocomial, de uso irracional de medicamentos, y de fallos quirúrgicos.
- Servicios de salud ineficientes, con costos superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado. Este fenómeno contribuye a un aumento excesivo y permanente del gasto en salud sin el correspondiente mejoramiento del desempeño de los servicios de salud.
- Esto supone un costo de oportunidad para el servicio sanitario, retrayendo recursos que podrían invertirse, por ejemplo, en incrementar la cobertura de los servicios a las poblaciones más desprotegidas.
- La baja capacidad resolutive del primer nivel de atención es un paradigma de ineficiencia por su repercusión en la presión sobre urgencias hospitalarias o en consultas en niveles de atención de mayor complejidad.

- La mala calidad se expresa también en limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales, e indiferencia respecto a la perspectiva de género en la provisión de servicios de salud.

Para el usuario, esto significa:

- Largas listas de espera,
- Horarios de atención incompatibles con sus posibilidades,
- Distancias excesivas al centro de atención sanitaria,
- Falta de medicamentos en los centros de atención, y
- Oferta de servicios no adecuada al contexto/preferencias culturales y sociales del ciudadano.
- Finalmente, la falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud.
- Se quejan de maltrato, falta de comunicación e inadecuación de instalaciones de salud.
- Los profesionales y trabajadores de salud, por su lado, sufren de desmotivación, sobrecarga de trabajo, y en los casos más extremos el síndrome de “burnout”, lo que contribuye aún más al deterioro de la calidad del servicio prestado.

A nivel sistémico contribuyen a la mala calidad:

- La falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos;
- Las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados a nivel de desempeño y resultados en salud; y
- La formación de pregrado y postgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos.

- La falta de posicionamiento de la calidad en las prioridades, y agenda de reforma del sector salud;
- La deficiencia de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, y habilitación, y el limitado conocimiento de derechos y deberes de los pacientes;
- La insuficiencia o falta de recursos materiales, humanos y financieros;

d. Causas de mala calidad

A nivel de la prestación de servicios de salud individual, son causas de mala calidad:

- La desmotivación de los trabajadores de la salud;
- La debilidad en materia de competencias y destrezas técnicas;
- La ausencia de trabajo en equipo y de relaciones de confianza adecuadas;
- La atención bajo un modelo paternalista que no involucra al usuario en la toma de decisiones;
- Las condiciones de trabajo inadecuadas; y
- La inexistencia de carrera profesional y programas de actualización profesional.

e. Entornos de práctica favorables

Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente.

En cuanto a la Calidad en la Atención a la Población, el Personal de Salud constituye una de las fortalezas necesarias para actuar como factores de éxito en el Mejoramiento.

Humanización y Calidad, lemas del Personal de Salud para enriquecer el medio laboral en Salud, pues humanización es tanto para población y para personal.

f. Definición de Calidad de Atención

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El Grado de calidad es `por consiguiente la medida. en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

g. Definición de Calidad de Atención en Salud

Es esencial para hablar de calidad de atención en salud, hacer conciencia de la diversidad étnica y cultural del país, es básico un enfoque de dialogo intercultural, tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento.

La propuesta por Avedis Donabedian (1980), una de las más clásicas en el ámbito de la atención de salud expresa la satisfacción del paciente de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". Es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. (Propuesta Metodológica)

El nivel de calidad de atención en servicios de salud se conceptualiza como el rendimiento adecuado de las intervenciones que son seguras (maximizan sus beneficios para la salud sin el correspondiente aumento de los riesgos) y que tienen la capacidad para producir un impacto en la mortalidad, la morbilidad, la discapacidad y la malnutrición (2,5).

El Sistema de Gestión de calidad del MINSA, define como calidad de atención en salud a las condiciones que debe caracterizar una prestación de servicios de salud, para responder a las

necesidades y expectativas de la persona usuaria de manera oportuna y eficaz.

El MINSA, dentro de sus lineamientos de política de gestión, señala "El compromiso por la calidad de la atención", que refiere que se entiende esta lucha por la calidad como la expresión del reconocimiento del derecho ciudadano a ser atendido con estándares óptimos de trato, información y capacidad profesional y técnica, independientemente de su capacidad económica, condición social, género, raza o ubicación geográfica.

Según la política del MINSA, la calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente, similar situación sucede frente a la mayoría de riesgos y daños a la salud que acontecen en un país, de allí la importancia de establecer una gestión de la calidad de la atención que dirija, opere y controle de manera sistémica los procesos destinados a mejorar la atención de la salud.

La gestión de la calidad implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión. Se trata de avanzar en la búsqueda de la excelencia en las organizaciones de salud. Para ello se requiere reforzar el liderazgo de las instancias directivas en el logro de la calidad, el trabajo en equipo, la gestión basada en procesos y la información relevante como sustento de las decisiones.

En nuestro país la percepción de los usuarios de servicios de salud es un fenómeno insuficientemente comprendido, en el cual además la introducción de enfoques y metodologías de medición de calidad son recientes.

h. La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud como la satisfacción del usuario, como resultado de la atención.

La calidad de la atención se ha abordado desde por lo menos dos enfoques:

Enfoque de Donabedian (1980), define la calidad en servicios de salud como “la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos”.

Esta definición tiene una perspectiva técnica y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud y relega a un plano inferior, la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se le presenta

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la presentación del servicio determina en forma definitiva su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella (Groaros, 1984, Vandame y Leunis, 1993).

La calidad de los servicios de salud puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones (2, 8).

La calidad es dependiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo es mensurable a través de métodos cuantitativos y cualitativos, la evaluación de la calidad según el enfoque sistémico de salud comprende:

- a. **Estructura:** referido a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros.
- b. **Proceso:** corresponde al contenido de la atención, es decir los servicios de salud que se ejecutan y la forma como se ejecutan, y
- c. **Resultado:** representa el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

i. Dimensiones de la Calidad:

Avedis Donabedian, propone que calidad es un concepto que debe interpretarse en tres dimensiones que están relacionadas e interdependiente, que son por una parte, los aspectos técnicos de la atención, que representa la aplicación de conocimientos y las técnicas aplicadas para la solución del problema del paciente, las relaciones interpersonales, que se establece en la relación entre el proveedor del servicio y el receptor de éste y el componente de confort, que son los elementos del contexto o entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Dimensiones de la calidad:

1. Dimensión Técnico – Científica

Referida a la aplicación de los aspectos científicos técnicos de la atención, con el que se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo – beneficio. También hace referencia al conjunto de elementos que forman parte del proceso de prestación de servicios de salud como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales, la estructura física, servicios; a

través de los procesos. Medición de utilización de recursos, Incidentes o accidentes, Justificación de procedimientos, Observación de procesos de atención, Auditorias de expedientes.

Implica la ejecución de todos los procedimientos, considerando los aspectos de la calidad más importantes que se centran en los aspectos: eficacia, eficiencia, competencia profesional, continuidad, accesibilidad y seguridad.

Cuyas características básicas son:

- Eficacia, implica el logro de los objetivos, resultados deseados o programados en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas.
- Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población.
- Eficiencia: el uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados; capacidad para reducir al máximo los costos de atención sin deteriorar la calidad, es decir, suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta.
- **Competencia personal.**- Es el nivel de conocimientos, habilidades y desempeño del personal profesional de salud, personal de apoyo técnico y administrativo. Está relacionado con la ejecución de normas y pautas para el ejercicio de la profesión y su realización, considerando la precisión, confiabilidad y uniformidad.
- **Continuidad.**- Es el grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

- Esta dimensión del servicio es importante, su carencia puede disminuir la eficiencia de la atención y reducir la satisfacción del usuario.
- **Accesibilidad.**- Es el grado de factibilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los servicios donde requiere ser atendido.

Esta dimensión implica barreras de índole geográfico, económico, social, cultural u organizacional, que es necesario eliminar, a fin de contribuir al uso eficaz de los servicios.

Seguridad. -la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario;

Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

Dimensión Humano Interpersonal

Esta dimensión se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinda influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente.

Referida al aspecto interpersonal de la atención, que es la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser el servicio de salud es el ser humano como un todo biopsicosocial.

Se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas que se establecen entre los profesionales de la salud, conjuntamente con el resto de su equipo y el paciente.

Opinión del usuario externo con relación a la forma en la que fue atendido por la enfermera. Específicamente, si ella lo llamó por su nombre, lo saludó y le permitió expresar sus dudas o preocupaciones

Tiene las siguientes características:

- a. **Respeto** a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- b. **Información** completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
- c. **Interés manifiesto** en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno.
- d. **Amabilidad**, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- e. **Ética**, la calidad de atención en su dimensión interpersonal se expresa también en el cumplimiento por parte del personal de salud, de los modos de actuación definidos por la ética médica y la ética general de la sociedad. De acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud. Se debate no solo la responsabilidad

ética con los pacientes, sino la que afecta a los profesionales individuales, a los colegios profesionales, a los gestores y a la administración, aportando en todos los casos una visión profunda y global.

Para el paciente, la atención de calidad debe satisfacer sus necesidades percibidas, que debe prestarse de manera cortés y en el momento que los necesiten.

Dimensión del Entorno

Referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

Considera al escenario en donde se lleva a cabo la atención, a las comodidades (confort) y facilidades que disfruta el paciente en el proceso de atención médica. Las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como:

- a.- El orden, La ventilación e iluminación
- b.- El suministro adecuado de alimentos
- c.- El cuidado de la privacidad
- d.- Los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes)
- e.- Señalización adecuada, la limpieza y el orden de los ambientes.

Características tales como una consulta agradable con condiciones de privacidad; cama confortable, alimentación adecuada, tiempo de espera breve eficacia y rapidez en admisión, laboratorios, etc., axial como una total accesibilidad al servicio y en especial a los recursos,

diagnósticos y terapéuticos necesarios, constituyen elementos que influyen de modo importante en la calidad de la atención, pues contribuyen en el paciente a crear un clima de satisfacción y tranquilidad, ya que percibe que todo el entorno material y social que lo rodea, está en función de satisfacer sus necesidades.

Enfoques conceptuales de la Política Nacional de Calidad en Salud

Considera los Enfoques conceptuales siguientes:

1. Calidad en salud como expresión del desarrollo humano

La calidad en salud debe ser concebida como una dimensión de la calidad de vida, por lo tanto, condición fundamental del desarrollo humano. La mejora en la calidad de vida se establece como una tendencia en la historia de la humanidad que se desarrolla cualquiera fuese la cosmovisión y posición social, cultural o económica de los grupos sociales. Esta perspectiva expresa la aspiración permanente de las personas por crecer en dignidad y realización, individual y colectivamente.

Los pobladores usuarios de los servicios de salud al ser portadores de estas aspiraciones las traducen, en lo que concierne a su salud, demandando por una atención que les permita alcanzar una vida plena y digna. Pero también los trabajadores de salud aspiran a estas condiciones y esperan encontrar en el trabajo, el espacio de realización personal. Las instituciones que proveen servicios y otras tantas organizaciones públicas y privadas interesadas por mejor vida y mejor salud, están desafiadas a recoger y dar cuenta de tan diversas aspiraciones, pero cuyo mensaje básico es la exigencia por mejor calidad.

Una de las mejores expresiones de modernidad fue el surgimiento y establecimiento del principio de ciudadanía que se expresa en el ejercicio de derechos y obligaciones como base de las relaciones humanas. En tal sentido, la salud y su atención constituyen un espacio privilegiado de ejercicio de ciudadanía.

La salud es un derecho fundamental e inalienable, al cual debe acceder toda persona al margen de cualquier tipo de diferencias y sin mediar ningún tipo de barreras.

La apuesta por la igualdad en el acceso a la atención, acogiendo y respondiendo las diversas necesidades de salud y expectativas de las personas, supone y reclama a la calidad como atributo indesligable de la atención, que puede resumirse en la frase: “derecho a la salud con calidad”, consagrado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al reconocer que el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

2. El enfoque de la gerencia estratégica

Significó un salto cualitativo para la gerencia de los servicios de salud, pues le permitió reconocer al “otro” como referente fundamental de la organización moderna, sea este otro: usuario, cliente, proveedor, aliado, competidor, regulador, etc. El pensamiento estratégico obligó a “reinventar” las organizaciones “desde el otro” en lo que se dio por llamar la estrategia “de afuera hacia adentro”.

3. El enfoque de calidad

Avanza en precisar quién es ese “otro”, cuáles son sus necesidades, intereses, motivaciones y expectativas, cuán diverso, complejo, y voluble es. Pese a ello, este “otro” se constituye en el centro de la misión de la organización de salud, con lo que esto implica para su gerencia. Se trata precisamente de alcanzar un peldaño más en la gerencia estratégica que tenga en el usuario su referente y en la mejora su paradigma. Por ello, tal vez sea más adecuado referirse a una Gerencia Estratégica hacia la Calidad.

El desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud bajo la estrategia de la calidad, parte por reconocer que la prestación del servicio constituye la experiencia objetiva y tangible que pone en contacto directo a proveedores y usuarios en la realización de los procesos de atención.

El enfoque de calidad como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios busca fortalecer justamente en este conjunto de servicios que conforman los procesos de atención donde se manifiestan unidas indisolublemente las dimensiones técnicas, interpersonales y ambientales de la calidad. En estos servicios se expresa el desempeño eficaz, ético y humano de los diversos proveedores, el adecuado diseño de los procesos y la dotación de tecnología y demás recursos necesarios para la atención.

2.2.3. Políticas Nacionales de Calidad de la Atención de Salud

La Gestión de la Calidad como estrategia de Inclusión Social. La calidad es un valor en la cultura organizacional del Sector: NUEVA ACTITUD. Se desarrollan procesos de mejora de la calidad que involucran a los trabajadores, usuarios y

sociedad: INCLUSIÓN. La calidad se expresa en mejores niveles de salud y satisfacción de los usuarios: EQUIDAD.

Gestión de la Calidad como estrategia de Inclusión Social.

“Derecho a la salud como condición del desarrollo humano”,

“Derecho a la calidad de la atención “

El Lineamiento de Política N° 5: “Mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud”.

Objetivo Estratégico:

Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios.

Objetivo de Gestión

Mejorar la calidad de la atención en redes integradas de establecimientos MINSA y que sea claramente percibido por la población.

Objetivos Específicos

- Lograr la satisfacción y participación ciudadana de los usuarios del servicio
- Lograr la satisfacción y el desarrollo de las personas que brindan los servicios de salud
- Fomentar una cultura de calidad basada en valores
- Implementación de procesos de garantía y mejoramiento de la calidad en todos los niveles.

2.2. 4 Recién Nacido Prematuro

a. Definición de Recién Nacido Prematuro

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días.

b. Características de Recién Nacido Prematuro

Los recién nacidos prematuros no han alcanzado un completo desarrollo de todos los órganos y esto les predispone a padecer determinadas enfermedades. De todas formas los niños muy prematuros aunque estén sanos requieren una serie de cuidados especiales en relación con su inmadurez. Por ejemplo, aunque un niño de 30 semanas y 1200 g de peso esté bien, no podrá comer del pecho paterno o de un biberón durante las primeras semanas.

A las 30 semanas no se tiene una adecuada coordinación de la succión con la deglución y se podría atragantar al pasar la leche a la vía respiratoria. Esto mismo ocurre con la temperatura de su cuerpo, los niños prematuros no son capaces de controlar la temperatura de su cuerpo y por eso hay que ayudarles con las incubadoras. También hay que ocuparse de que la experiencia sea lo menos estresante posible. Su cerebro no está bien organizado y está poco preparado para resistir este ambiente agresivo: mucha luz, mucho ruido y poco descanso, dentro de lo posible, reproducir el ambiente tranquilo del útero materno, poca luz, poco ruido y sobre todo se intenta respetar el sueño de los niños.

Otra preocupación es disminuir el dolor y el sufrimiento. En definitiva son muchos cuidados que hay que proporcionar a los niños prematuros aunque estén sanos.

Durante los primeros días o semanas de vida, los niños suelen presentar problemas, a veces muy importantes. Suelen ser frecuentes enfermedades respiratorias (síndrome de dificultad respiratoria, neumotórax, displásica bronco pulmonar, pausas de apnea), enfermedades cardíacas (ductus arterioso persistente), enfermedades infecciosas (sepsis), patología neurológica (hemorragia intraventricular), enfermedades digestivas (enterocolitis necrotizante) o enfermedades tales como anemia o retinopatía de la prematuridad).

Los recién nacidos prematuros no han alcanzado un completo desarrollo de todos los órganos y esto les predispone a padecer determinadas enfermedades. Durante los primeros días o semanas de vida, los niños suelen presentar problemas, a veces muy importantes. De todas formas, los niños muy prematuros aunque estén sanos requieren una serie de cuidados especiales en relación con su inmadurez.

c. Incidencia de prematuridad

El parto Prematuro y la amenaza de parto pretermo son considerados como problemas de salud pública nacional dada su alta incidencia , esta problemática se presenta en nuestro país con una frecuencia del 5 al 10 %, solo en Lima, el 8% de partos son prematuros lo que conlleva a que en el Perú alrededor de 50 mil niños nazcan prematuramente.

d. Definición de parto prematuro: Los bebés nacidos vivos antes de las 37 semanas completas de gestación.

e. Clasificación de Prematuridad

Subcategorías de nacimiento prematuro, basado en las semanas de gestación:

- Extremadamente prematuro (< 28 semanas)
- Muy Prematuro (28 a < 32 semanas)
- Prematuro moderada o tardío (32 a 37 semanas).

f. Factores de riesgo asociados a la prematuridad

- Desnutrición Materna.
- Anemia de la madre.
- Infecciones del tracto urinario.
- Infecciones maternas (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes simple, Sífilis: TORCHS).
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Ruptura prematura de membranas > 18 horas.
- Polihidramnios.
- Corioamnionitis.
- Intervalo intergenésico corto.
- Leiomiomatosis uterina.
- Útero bicórneo.
- Gestaciones previas pre término.
- Hemorragia del tercer trimestre.
- Anormalidades uterinas congénitas.
- Isoinmunización.
- Tabaquismo.
- Drogadicción.
- Edad materna: menor de 15 años y mayor de 35 años.
- Estado socioeconómico: Pobreza.
- Analfabetismo.
- Control prenatal inadecuado o ausente.
- Antecedente muerte fetal.

f. Diagnóstico

El diagnóstico de la edad gestacional se hará con el Método de Capurro y se corroborará a las 24 horas con el Método de Ballard.

g. Adaptación Intrahospitalaria del Recién Nacido

- Haber sobrepasado cualquier patología existente.
- Haber iniciado y tolerado la alimentación oral (ser capaz de alimentarse por succión, esto no descarta la administración de leche Materna por Jeringa o Sonda Oro Gástrica.
- Tener una apropiada coordinación por succión y deglución (especialmente para bebés de menos 34 semanas de edad pos concepción).
- Tener una madre o persona adecuada que desee participar en el proceso de adaptación.
- Preferiblemente no estar recibiendo líquidos intravenosos.
- Ganancia de peso ya sea en la incubadora o en cuneta de 15 a 20 gramos por día si la edad es mayor a 8 días).

h. Criterios de Elegibilidad

- Tener al salir un peso < 2000 gramos y/o menos de 37 semanas de edad post concepción.
- Haber sido observado y estudiado para descartar cualquier riesgo.
- Haber superado cualquier patología existente.
- Tener una ganancia de peso en la incubadora o cuna mínimo en dos pesadas consecutivas (para los mayores de 8 a 10 días).
- Tener una apropiada coordinación de succión y de elución especialmente para bebés de menos de 34 semanas de edad post concepcional.
- Tener una madre o familia capaz de cumplir las indicaciones de las técnicas canguro.

- Haber tenido una adaptación intrahospitalaria exitosa.
- Tener una hemoglobina y hematocrito recientes que descarten anemia para los niños de más de 15 días de hospitalización.
- En caso de oxígeno dependiente necesitar menos de ½ litro.

2.2.5 Método Mama Canguro (MMC)

a. Antecedentes

El Método Canguro fue puesto en práctica por primera vez como un programa de cuidados del prematuro, por el Dr. Edgar Rey Sanabria en 1978 en Instituto Materno Infantil San Juan de Dios en Colombia donde se desarrolló como alternativa a los cuidados en incubadora, inadecuados e insuficientes, dispensados a recién nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que necesitaban únicamente alimentarse y crecer ; y fue desarrollado más ampliamente por los doctores Héctor Martínez Gómez y Luís Navarrete Pérez a partir 1979.

Colocaron al niño prematuro en el seno de su madre, el contacto piel a piel, para que le ofreciera calor, leche materna, estímulo y afecto. Esta intervención que denominaron “Canguro” (C), ha mostrado ser una solución apropiada cuando los niños prematuros han estabilizado sus condiciones clínicas (Rey 1983, Anderson GC 1991, Chapak N 1996).

En el año 1987, se inicia este método en nuestro país en el Hospital Nacional Docente Madre Niño, convirtiéndose así como la sede Nacional de Capacitación en Método Canguro del Ministerio de Salud.

b. Definición de Método Mamá Canguro ((MMC)

Es la atención a los niños prematuros y de bajo peso al nacer, manteniéndolos en contacto piel a piel con su mamá, papa o algún miembro de la familia. Es una técnica sencilla e inocua de recién nacidos con bajo peso al nacer (BPN). Esta técnica comenzó a aplicarse sobre R.N. que presenta B.P.N., estabilidad hemodinámica, que necesitaban ser alimentados, mantener su temperatura corporal y prevenir el riesgo de infección nosocomial, realizándose el MMC en el hogar como un elemento más de la vida cotidiana de ambos. Es una estrategia de atención al recién nacido. Se inicia en el hospital pudiendo continuar en el hogar.

c. Edad de los niños

Este Método es para todos los recién nacidos prematuros menores de 9 meses de gestación, y a término que poseen menos 2000 gramos, debido a que estos se enferman con mayor facilidad y poseen una mortalidad 40 veces mayor en relación a un recién nacido que llega cumplir los 9 meses.

d. Beneficios del Método Mama Canguro (MMC)

Las evidencias actuales indican que invitar a la madre para que participe en la atención de su hijo prematuro, lo más temprano posible, es una estrategia que tiene grandes beneficios biológicos y psicoafectivos para la salud de la madre y el niño. Por otra parte, los niños atendidos por su madre en la que ella es un miembro más del equipo de salud, permanecen menor tiempo en el hospital, adquieren menos infecciones y al consumir leche materna en vez de fórmulas permanecen más tiempo sano.

Existen numerosas ventajas del MMC sobre el método tradicional (incubadora): Mejor termorregulación, aceleración de la adaptación metabólica de los prematuros, mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones (incluidas las nosocomiales), facilitación de la lactancia materna, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de apnea y aumento de la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos.

Cuando se coloca al bebé prematuro desnudo sobre el tórax de su madre, se estimula el recuerdo de experiencias intrauterinas (el sonido del corazón materno, el movimiento continuo del tórax, las características de la voz materna), que lo tranquilizan. La madre se siente motivada a acariciarlo, y así comienza la estimulación somato-sensorial. El contacto es íntimo y muy emotivo y favorece los lazos afectivos y la interacción madre/hijo. La madre participa donando su leche para alimentar a su hijo, lo calienta poniendo a su hijo en su seno en contacto piel a piel y lo estimula para que cada día vayan madurando sus reflejos de succión y deglución. Además, ella se capacita en los cuidados que necesita su hijo, como bañarlo, curar el cordón umbilical y reconocer cuando puede estar enfermo.

Durante el MMC, las variables fisiológicas del prematuro permanecen normales, la temperatura es estable, la respiración se hace regular y profunda, y la frecuencia cardíaca se estabiliza o aumenta ligeramente. El niño prolonga sus periodos de reposo (alerta reposada, sueño profundo, menos actividad muscular, llora menos), y de este modo se favorece la maduración y la ganancia de peso, al tiempo que disminuye el número de días de ingreso. Las madres participan más en el cuidado de su hijo prematuro, pues lo estimulan y le dan su leche.

El MMC, facilita y prolonga la lactancia materna. Cuando se inicia de forma precoz, en la sala de partos, el bebé repta hasta el pecho de su madre y, espontánea y correctamente, hace la primera toma, que resulta muy gratificante para su madre y fundamental para el mantenimiento y duración de la lactancia materna.

Es un método eficaz y fácil de aplicar, que fomenta la salud y que proporciona el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término como a sus madres, cuando la mamá sustituye a la incubadora, porque la mejor fuente de calor es el humano. De esta manera, el bebé prematuro permanecerá todo el tiempo con su madre, padre o algún miembro de la familia, como hacen los canguros cuando tienen a sus crías y terminan su maduración en estrecho contacto, piel con piel, con su progenitora.

Es ideal para el cuidado de los recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer (aquellos que pueden respirar sin asistencia adicional y no presentan problemas de salud importantes) y que necesitan mantener la temperatura, la alimentación adecuada, la observación frecuente y la protección frente a infecciones.

Con esta técnica las instituciones públicas y privadas que las implementen se ahorran los altos costos de los cuidados del recién nacido internado, el riesgo de las infecciones y enfermedades que pueden poner en riesgo la vida de los niños. No se utiliza la tecnología para el cuidado del bebé sino el apoyo y el cuidado de la madre, el padre, la familia y los trabajadores de salud. Es un método agradable.

e. Características del Método Mamá Canguro ((MMC)

Sus principales características son:

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé;
- Lactancia materna exclusiva (en el caso ideal);
- Se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar;
- Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve;
- Las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo de su esposo y la familia así como un seguimiento adecuado;
- Es un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros.

f. Objetivos del Método Mamá Canguro

- Estimular una estrecha relación entre el niño y su madre tan pronto como sea posible después del nacimiento.
- Humanizar el cuidado hospitalario y ambulatorio de los niños prematuros.
- Favorecer la producción de leche materna.
- Disminuir la angustia de los padres.
- Preparar a los padres para el mejor cuidado del recién nacido prematuro en el hogar.
- Favorecer el desarrollo neuromotor del recién nacido.
- Mejorar el pronóstico y el desarrollo de los niños con bajo peso al nacer.
- Hacer un uso más racional de los recursos tecnológicos, y más aún si estos son limitados.
- Reducir los costos de la hospitalización.

g. Elementos básicos del Método Canguro

- **Egreso temprano al hogar** para niños en buenas condiciones clínicas sin importar su peso.

- **Lactancia materna exclusiva** como única fuente de nutrición y protección en los primeros meses de vida.
- **Posición Canguro** para proveer calor, amor, estimulación, facilidad y seguridad en la alimentación materna.
- **Educación** de la madre en el cuidado de su maqueño hijo
- **Consulta ambulatoria** con el fin de controlar el crecimiento Desarrollo del niño y continuar la educación de la madre.

h. Importancia del Método Madre Canguro

El MMC repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna, y el desarrollo de vínculos afectivos referido a todos los neonatos, independiente de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica, técnicos y materiales de los que disponga el hospital.

En el momento en que la madre adquiría confianza en los cuidados que estaba proporcionando a su bebé, seguía dispensándolos en su hogar con el asesoramiento de profesionales

i. Requisitos para cuándo comenzar el MMC

- 1. La Mamá:** Todas las mamás, sin importar su edad, número de partos, educación, cultura y religión, pueden aplicar el MMC. Sólo se debe tener en cuenta:
 - La voluntad: la mamá debe querer dar cuidados MMC.
 - La completa disponibilidad para prestar cuidados: otros miembros de la familia pueden ofrecer contacto piel a piel intermitente pero no pueden amamantar al bebe.
 - El estado de salud de la mamá.

- Estar cerca del bebe: la mamá debería poder permanecer en el hospital hasta el momento del alta, o bien regresar tan pronto como su bebé esté listo para recibir el MMC.
- Contar con el apoyo de la familia y de la comunidad: sobre todo si existen dificultades de orden social, económico o familiar.

2. El bebé: Tan pronto como el bebé comience su recuperación, deberá iniciar el MMC.

3. Posición canguro: Colocar al bebe entre los pechos de la madre, en posición vertical, para que el pecho del bebe esté en contacto con la mamá. Se sostendrá al bebe con la faja. La cabeza hacia un lado, se hallará ligeramente extendida. La parte superior de la faja se hallará justo debajo de la oreja del bebé. Las caderas del bebé deben estar flexionadas y las piernas extendidas (posición de rana), los brazos flexionados.

El tratamiento posterior consiste en un seguimiento ambulatorio del estado del bebé que es tratado con la técnica MMC por profesionales capacitados para este tipo de pacientes.

El Método Mama Canguro se basa fundamentalmente en lactancia materna exclusiva, calor y estimulación temprana. Está demostrado en este método, el rol termorregulador de la madre o del padre, que evite que el prematuro se enfríe, el calor que es generado por el cuerpo de la madre es transmitido al recién nacido para lo cual debe estar en contacto piel a piel (sin ropa), muy cerca del seno materno, durante las 24 horas del día, debajo de su ropa de uso diario. El prematuro debe estar en posición de cubito prono

“parado pecho a pecho con la mama y desnudo y/o en posición Canguro.

j. Experiencias y Reacciones de los padres con el recién Nacido Prematuro

Unas de las grandes preocupaciones de los padres, es pensar si su hijo podrá llevar una vida como la de los otros niños. La mayoría de los prematuros tendrán una vida sin limitaciones, pero unos pocos tendrán problemas motores, intelectuales o sensoriales

Según Guerra (2008) al interpretar las experiencias y vivencias de los padres de los neonatos acerca del cuidado de enfermería que reciben sus hijos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Universitario de la Samaritana, arrojó 5 categorías:

1. Expectativas de los padres frente al cuidado del neonato: la expectativa que tienen los padres frente al cuidado de su hijo neonato hospitalizado frente a su pronta recuperación y poder llevarlo a casa, los padres quieren tener la tranquilidad y la confianza que les genera un cuidado oportuno, solícito y diligente, en el cual las enfermeras están pendientes del neonato.
2. Comunicación asertiva: interactuar asertivamente con los padres de los neonatos, reconocerse y reconocerlos como personas genera confianza, demostrada en el cuidado y en los conocimientos que se tienen para hacerlo bien, la comunicación asertiva es una herramienta del cuidado de enfermería.
3. Significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo en la unidad de cuidado intensivo neonatal.

4. Los padres aprenden de las (os) enfermeras(os): la enseñanza que enfermería ofrece a los padres acerca del cuidado de su hijo pretérmino es fundamental y se debe retroalimentar continuamente.
5. Las madres se adaptan a la hospitalización de sus hijos mediante la exploración y el apoyo, se plantean tres categorías evidenciadas en la madre:

Apoyo: el apoyo formal para la madre es el equipo de salud, en un contexto en el que haya una comunicación de parte de las enfermeras, con alegría y una actitud positiva, donde estén atentos a sus reacciones y las del recién nacido, lo cual favorece en las madres, asumir todo lo que genera la hospitalización y enfermedad del hijo, disminuyendo el efecto estresante que representa la hospitalización del neonato, favoreciendo en la madre una conducta más positiva en relación con esta nueva experiencia en su vida (16).

2.2.6 Atención de Enfermería al niño Prematuro en Cuidados de Servicio Método Mamá Canguro

a. Aspectos Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú

Según el Código de Ética y Deontología (17) del Colegio de Enfermeros del Perú (CEP); en el Capítulo I. La Enfermera(o) y la Persona (2), según los:

Artículo 1º.- La enfermera(o) brinda cuidados de Enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, política, cultural, económica o social.

Artículo 2º.- La enfermera(o) debe respetar los valores, usos, hábitos, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad; siempre que estos no pongan en riesgo su salud, considerando los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Artículo 3º.- El cuidado de Enfermería en la interrelación enfermera(o)-persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia.

Artículo 4º.- Es deber de la enfermera(o) brindar atención eminentemente humana, oportuna, continua y segura, considerando la individualidad de la persona a quien cuida.

Artículo 5º.- La enfermera(o) debe interactuar en todo momento con empatía e identificación con la persona a la que brinda el cuidado.

Artículo 6º.- La enfermera(o) debe adoptar formas apropiadas de comunicación con la persona usuaria, especialmente con las personas que presenten dificultades para relacionarse porque habla otro idioma o dialecto.

Artículo 7º.- Comete falta ética la enfermera(o) que no denuncie ante las autoridades competentes cualquier tipo de tortura y/o maltrato físico, mental o sexual de las personas a su cuidado.

Artículo 8º.- La enfermera(o) debe respetar las creencias religiosas y facilitar la relación de la persona a su cuidado con el representante de su credo para la ayuda espiritual necesaria.

Artículo 9º.- La enfermera(o) debe incorporar a la familia como parte activa en el cuidado de la persona en los niveles preventivo promocional, tratamiento, recuperación y rehabilitación.

Artículo 10º.- La enfermera(o) debe brindar información veraz, clara y oportuna dentro del área de su competencia a la familia y/o comunidad con el consentimiento de la persona, considerando su estado de salud y las excepciones que la ley establece.

Artículo 11º.- La enfermera(o) debe proteger el derecho de la persona a la comunicación y promover los lazos afectivos con su entorno.

Artículo 12º.- La enfermera(o) debe cerciorarse de que la persona, familia y comunidad reciban información clara, suficiente y oportuna para fundamentar el consentimiento informado.

Artículo 13º.- Es deber de la enfermera(o) fomentar en la persona, familia y sociedad una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque de promoción y prevención del riesgo y daño que permita desarrollar un entorno seguro y su capacidad de autodeterminación

Artículo 14º.- Es deber de la enfermera(o) vigilar que la tecnología empleada y los avances científicos aplicados sean compatibles con la seguridad, dignidad y los derechos de las personas.

b. Cuidados de Enfermería

El CEP del Perú, menciona “ si, Brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud, podemos conceptualizar el Cuidado Enfermero como “conjunto de funciones

que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad”.(17)

c. Atributos del Cuidado de Enfermería:

Constituye la esencia de la profesión, pero con una mirada global se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas

- Se basa en el respeto a las personas
- Es intencional, es planificado, es dirigido
- Es un proceso, tiene etapas
- Relacional, es un proceso interpersonal
- Su carácter es personal ya que implica una interacción profesional.
- Competente, requiere preparación profesional
- Se da en un contexto, no es aislado
- Se mueve en un continuo salud – enfermedad.

d. Gestión del Cuidado

Colliere, 1993 manifiesta que muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles, ejemplos de estas acciones son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros.

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutoria y a la normatividad legal existente.

Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien “cuidar con calidad” y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción.

Por tanto la Gestión del cuidado, “Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos” (17)

Meleis (1989) señala que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.

e. Definición Calidad de los Servicios de Enfermería

Se concibe como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable”

Expresada de otra forma:

"La orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos"

La calidad del cuidado de enfermería busca la satisfacción de los pacientes y la satisfacción de los cuidadores (enfermeras). La satisfacción de los usuarios ha sido reconocida como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones de reforma del sector salud en las Américas. Existe una amplia experiencia de uso de este indicador en los últimos 20 años, además de existir a nivel internacional diversas aproximaciones de los usuarios de los servicios de salud.

Es la atención que brinda la enfermera que busca lograr la solución de los problemas de los usuarios evidenciando a través de un alto nivel de desempeño técnico en el área asistencial, gestión, y educativa e investigación que asegure una atención humana, oportuna, segura y libre de riesgos.

f. Tipo de Atención de Enfermería

1. Atención Directa:

Debe basarse en las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales, espirituales del paciente que van a determinar los procedimientos de enfermería necesarios, y las necesidades de enseñanza en salud.

Los resultados del proceso de evaluación van a determinar la clasificación de pacientes según el grado I, II, III, IV de Dependencia de Enfermería.

2. Atención Indirecta:

Son las actividades que desempeña el personal profesional, lejos de la cama del paciente, pero en beneficio de los mismos y para su bienestar, por ejemplo: tareas administrativas, preparación de medicamentos, trámites documentarios, comunicaciones.

g. Índice de Atención de Enfermería

Es el tiempo promedio en horas de atención que se brinda a la persona usuaria, en un servicio hospitalario, en un periodo de 24 horas.

h. Cuidado de Enfermería según Grado de Dependencia

Grado de dependencia: consiste en la categorización de atención, basado en la valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo.

En cualquiera de los sistemas de clasificación, generalmente hay de tres a cinco categorías de atención que van desde un mínimo o autocuidado hasta la terapia intensiva. El número apropiado de categorías para cualquier situación dependería del grado de precisión requerida y la diversidad de los requisitos de atención de los pacientes.

Objetivos:

- a) Ubicar a los pacientes en grupos de atención para garantizar un cuidado de calidad.
- b) Determinar las horas necesarias y el personal adecuado acorde a la demanda de cuidados.

- c) Lograr la distribución oportuna y adecuada del recurso humano de enfermería basado en la valoración objetiva y exacta de la gravedad y necesidades del paciente.

Los Grados de Dependencia que se viene aplicando actualmente en las áreas asistenciales de los establecimientos de salud son:

2.2.7. Atención de Enfermería A Recién Nacido Prematuro, Manejo Según Niveles de Complejidad

A. Medidas Generales que debe brindar la enfermera (o) al recién nacido

✓ Atención en la Dimensión contexto

a. Termorregulación

Antes del nacimiento, se debe asegurar que la temperatura de la sala de partos se encuentre sobre los 24°C. Los recién nacidos prematuros y sobre todo los de peso muy bajo son los que sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal, debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular; por lo tanto menor aislamiento térmico con respecto al recién nacido a término.

b. Incubadoras

La temperatura varía según la edad gestacional, edad Post natal y peso.

c. Calor Local

Para mantener temperatura corporal en 36.5 - 37 °C. Puede ser con estufa (no colocarla debajo de la cuna), o lámpara de cuello de ganso. No usar bolsa de agua caliente porque puede causar quemaduras.

d. Método Canguro

El recién nacido prematuro o el de peso menor de 2,000 gr una vez estable, debe permanecer en contacto piel a piel con su madre, colocarlo entre los senos maternos, donde ella le pueda proporcionar calor y temperatura adecuada las 24 horas del día.

No se debe bañar al recién nacido prematuro mientras esté con el método canguro, para evitar la hipotermia.

Los padres pueden ingresar a la unidad de hospitalización, contribuir con el cuidado del recién nacido y estimularlo a través de la voz, arrullo y caricias.

Todo prematuro que requiera hospitalización, debe ser acompañado por su madre al establecimiento de salud.

✓ Actividades Técnicas

- a. Control de funciones vitales:** Frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria tomadas al minuto según sea necesario (máximo cada 4 horas).

- b. Control diario de peso:** Se debe de pesar al niño diariamente para evaluar la tendencia de subida de peso y realizar los cálculos de sus necesidades energéticas y del equilibrio hidroelectrolítico.

- c. Prevenir hipoglicemia:** Mantener suministro de energéticos, asegurando una adecuada lactancia materna temprana y frecuente, monitorizar la glicemia con tiras reactivas en la primera y la tercera hora de vida y luego cada 4 horas hasta que haya pasado el periodo de riesgo (en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional y los hijos de madre

diabética deben continuar al menos durante 24 horas) (Revisar GPC Hipoglicemia).

d. Temperaturas recomendadas para incubadoras según peso del recién nacido.

e. Oxigenoterapia: Se suministrará según necesidad (cuadro clínico saturación de O₂ y gases arteriales).

f. Alimentación: debe ser exclusivamente con leche materna a libre demanda, de día y de noche.

- No debe recibir sueros glucosados ni leches artificiales.
- Debe recibir el calostro de su propia madre lo antes posible,
- ⁱⁱevitando el ayuno prolongado.
- A partir de las 34 semanas, cuando ya existe coordinación entre la succión y deglución, alimentar al recién nacido directamente del pecho materno.
- Iniciar la leche materna (leche final) de la siguiente forma:
 - RNPT < 1,000 gr: 0,5ml c/3 horas por SNG medir residuo gástrico antes de cada ingesta.
 - RNPT 1,000 – 1,499 gr: 1-2 ml c/2 horas por SNG, gotero, vasito o jeringa. Medir residuo gástrico antes de cada ingesta.
 - RNPT 1,500 – 2,000 gr: 3 – 5 ml c/2 horas con gotero, vasito, jeringa, cucharita o succión (según EG).
 - Si a las 48 horas hay aceptación de leche materna vía oral, se indicará el 50% adicional del volumen ofrecido hasta el momento, luego seguir incrementando progresivamente la cantidad hasta iniciar la succión directa y a libre demanda.

g. Inmunizaciones: de acuerdo a calendario nacional de vacunas. En el Recién Nacido de Bajo peso (menor de 2,000 gr) debe posponerse la aplicación hasta alcanzar su maduración. (Directiva N° 013-MINSA/DGSP-V01, esquema o calendario de vacunación del Perú 2003).

h. Control obligatorio de la hemoglobina y hematocrito, debe realizarse en las siguientes edades:

- 01 mes.
- 02 meses.
- 06 meses.
- 12 meses.
- 18 meses.

i. Administración de sulfato ferroso

Se administrará sulfato ferroso en dosis terapéuticas cuando la concentración de Hemoglobina en relación a la edad post-natal sea;

- Primera semana de vida; Hb igual o menor de 13 gr/dl.
- Segunda a cuarta semana de vida; Hb menor a 10 gr/dl.
- Quinta a octava semanas de vida; Hb igual o menor a 8 gr/dl.

➤ Dosis profiláctica:

➤ 2 – 3mg/Kg de peso por día, a partir de las 4 semanas de edad.

➤ Dosis terapéutica:

➤ 4-6mg/Kg de peso día.

- **Vitamina E:** 25 UI/día vía oral en recién nacidos < de 1,500 gr hasta completar las 40 semanas de edad gestacional corregida o hasta los 2000 gr.

- **Vitamina A:** 1,500 UI/día vía oral hasta completar las 40 semanas de edad gestacional corregida.

j. Medidas complementarias:

1. **Terapia específica según patología:** Proceder según Guía de Práctica Clínica correspondiente a los daños observados.
2. **Mantener equilibrio hidroelectrolítico:** Redefinir requerimientos de agua y glucosa a partir de cada evaluación que se le realice al recién nacido.
3. **Balance Hídrico:** asegurar la adecuada medición de ingresos y egresos.
4. **Exámenes auxiliares:** glicemia, bilirrubinas. De ser necesario indicar reactantes de fase aguda (hemograma, velocidad de sedimentación globular), gases arteriales (AGA).

B. Medidas en Establecimientos de Salud con Categoría Cuidados Primarios

- Aplicar medidas generales.
- Transferencia inmediata del recién nacido de manera conjunta con su madre a establecimientos de salud con capacidad resolutive necesaria para la atención.
- Si no tolera vía oral, iniciar tratamiento según Guía de Práctica Clínica de hipoglicemia.

C. Medidas en Establecimientos de Salud con Categoría Cuidados Básicos

- Medidas generales según necesidad.
- Coordinar la transferencia del neonato de manera conjunta con su madre a establecimientos de salud con capacidad resolutive necesaria.
- Medidas complementarias y prevenir la anemia.
- Si no tolera vía oral, iniciar tratamiento según Guía de Práctica Clínica de hipoglicemia.

D. Medidas Establecimientos de Salud con Categoría Cuidados Esenciales e Intensivos

- Aplicar medidas generales y complementarias.
- Si no tolera vía oral, tratamiento según Guía de Práctica Clínica de hipoglicemia.
- Tratamiento específico de acuerdo al tipo de neonato.

Complicaciones

a) Problemas Inmediatos

- Termorregulación: hipotermia.
- Metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis metabólica

1. Hiperglicemia.

- Respiratorios: enfermedad de membrana hialina, apnea recurrente, Taquípnea transitoria, asfixia perinatal, broncoaspiración.
- Infecciosos: sepsis, meningitis.
- Neurológicos: hemorragia intracraneana, encefalopatía hipóxica isquémica, leucomalacia periventricular.
- Cardiovasculares: hipotensión e hipovolemia, persistència ductus arterioso (PDA) persistencia de La circulación fetal (PCF).
- Hematológicos: anemia y hemorragias.
- Renales: hiponatremia, incapacidad para manejar exceso de líquidos.
- Nutricionales: inmadurez enzimática del tracto intestinal.
- Gastrointestinales: enterocolitis necrotizante (NEC).
- Ictericia: hiperbilirrubinemia.

- Malformaciones congénitas.
- Trauma al nacer.

b) Problemas mediatos

- Disfunción del sistema nervioso central (motora, visual, auditiva y parálisis cerebral).
- Displasia bronco pulmonar.
- Patrones de crecimiento alterado.
- Retinopatía del prematuro.
- Enfermedad metabólica ósea: osteopenia.
- Anemia.
- Lesión del nervio auditivo.

Problemas inmediatos más frecuentes en el Neonato. Criterios de Referencia y Contrarreferencia

➤ **Criterios de Hospitalización:**

Deberá hospitalizarse a todo recién nacido prematuro de 2,000 logró menos con o sin complicaciones en un establecimiento de salud con capacidad resolutive.

➤ **Criterios de alta:**

- Función metabólica y funciones vitales estables (frecuencia cardiaca y respiratoria).
- Reflejos de succión y deglución coordinados.
- Regular temperatura y mantener su condición clínica estable independientemente del peso o edad gestacional.
- El neonato, al momento del alta debe estar recibiendo vitamina E y vitamina A.

- La madre debe haber sido entrenada adecuadamente en el cuidado del neonato incluyendo el método canguro, y en lo posible haber dormido en el hospital con su hijo aplicando el método.
- El niño prematuro deberá ser controlado a las 24 horas de haber sido dado de alta o a criterio médico.
- Durante el control ambulatorio la madre y su entorno familiar recibirán obligatoriamente una charla de puericultura, sobre lactancia materna exclusiva e inicio de alimentación complementaria (a partir del sexto mes).
- Anotar en la historia clínica, la alimentación que recibe el prematuro, el peso, la talla, perímetro cefálico, temperatura, inmunizaciones.
- Interconsulta a oftalmología, neurología, desarrollo psicomotriz y ecografía cerebral.
- Seguimiento:
Control periódico por las siguientes especialidades: oftalmología (incluye fondo de ojo para prevención de retinopatía: 4ta semana de vida), neurología, medicina física y rehabilitación, cardiología y otorrinolaringología (incluyendo potenciales evocados auditivos) de acuerdo a la evaluación médica.
El control pediátrico se realizará de la siguiente forma:
 - A las 24 horas de haber salido de alta.
 - Cada 72 horas los primeros 15 días.
 - Semanalmente hasta salir de método canguro.
 - Cada 15 días hasta los tres meses de edad.
 - Mensualmente hasta el año de edad.
 - Cada dos meses hasta los dos años de edad.
 - Cada tres meses hasta los tres años de edad.
 - Cada seis meses hasta los cinco años de edad.

Los cuidados han significado la tarea de prestar cuidados físicos a otra persona. En la actualidad los cuidados también tienen una dimensión afectiva, que incorpora una propuesta humanista.

Muchas investigaciones han demostrado que los pacientes ponen énfasis en las tareas de cuidados enfermeros, aunque también quieren que las enfermeras sean amables, simpáticas, consideradas y cuidadosas en la manera en que prestan los cuidados. Por ende, es importante que las enfermeras siempre apliquen una propuesta de cuidados en sus prácticas, como por ejemplo en el momento de dar un baño, cuando este valorando el dolor del paciente o administrando alguna medicación; el tono de voz, la expresión facial y la elección de las palabras transmiten el alcance del cuidado que la enfermera realiza a la persona. Se considera que este es el arte de la enfermería; es la expresión de este arte lo que puede marcar la diferencia en el sentido de bienestar y de satisfacción del paciente o usuario respecto a los cuidados enfermeros.

2.2.8 Atención de Enfermería al Niño Prematuro en Cuidados de Servicio de Intermedios con Método Mamá Canguro

El programa “Madre Canguro” junto a la lactancia materna exclusiva se aplica a los prematuros y recién nacidos que pesan menos de 2,000 gramos, a fin de contrarrestar la baja temperatura y los problemas en su crecimiento y desarrollo neurológico. Con este Método, los bebés, a través del contacto piel a piel, el latido del corazón, la voz, el arrullo, y las caricias de la mamá o el papá, los estímulos más fuertes para sobrevivir, ya que se crea un ambiente de incubadora. Así mismo más de 70% de niños ha sobrevivido y se encuentran bien de salud.

Funciones de la enfermera en el método Mamá Canguro

Se han descrito las siguientes funciones, que debe cumplir la enfermera:

- Control de signos vitales, principalmente la temperatura axilar.
- Conseguir un sillón o silla cómoda para los padres que practican la técnica madre canguro.
- Asegurar la privacidad de la madre durante la técnica.
- Pasar un delantal, dejarlo abierto en el frente, abrir la blusa y desajustar el sostén en el caso de la madre: el padre debe de abrocharse la camisa.
- La blusa o camisa deben quedar dentro del pantalón o falda, asegurando la posición y evitando caída del paciente. Si algunos padres lo desean pueden utilizar un colgador tipo canguro para colocar más seguro al recién nacido.
- El personal de enfermería debe preocuparse de asegurar bien las vías venosas
- El personal de enfermería debe proporcionar las bigoteras para continuar la administración de oxígeno necesaria que el paciente requiera.
- Ubicar al recién nacido verticalmente sobre el tórax materno o paterno.
- Colocar al neonato en contacto piel con piel con su madre o padre.
- Cubriendo su espalda con una manta o cobertor. También se puede Poner un gorro al paciente.

- Controlar la temperatura antes y durante el procedimiento, cada media hora durante la técnica.
- Registrar en hoja de observaciones correspondiente. Durante la técnica: temperatura axilar, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.
- Monitorizar al paciente cada 30 o 60 minutos según condiciones del paciente.
- Durante la técnica escribir en hoja de registro correspondiente: manifestaciones del recién nacido como por ejemplo: recién nacido tranquilo, irritable, dormido, etc.
- Durante la técnica anotar estado de la madre y/o padre: participación, confort, agrado, etc.
- Ofrecer apoyo y guía en caso de que los padres lo necesiten, sin interferir en su privacidad durante la técnica.
- Reforzar conocimientos de la técnica y requisitos antes de cada inicio de esta.
- Observar el cumplimiento del lavado de manos antes y después de la técnica
- Apoyar a los padres durante la alimentación al pecho o por sonda orogástrico estimulando la succión.

Padres y la Hospitalización de su hijo Recién Nacido Pre término Extremo en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (URN)

Probablemente la entrada de los padres y madres en la unidad neonatal y la recuperación de su papel como cuidadores no deba justificarse desde la evidencia científica y deba enfocarse más desde

una perspectiva de derechos ciudadanos y de lo que ha sido natural en la especie humana. La crianza de los niños y niñas en la especie humana ha dependido de la presencia de los padres, fundamentalmente de la madre porque es ella quien además le va a alimentar.

Los padres dentro de la URN son personas fundamentales en el cuidado del neonato, por ello, se reconoce la importancia de atender no solo las necesidades del recién nacido, sino también los aspectos psicosociales de los padres brindando especial atención al cuidado que ameritan, el cual debe ser otorgado a través de una comunicación terapéutica, intervención en crisis y técnicas de soporte para asistirlos durante la hospitalización del neonato, con métodos que favorezcan atención integral al neonato y su familia, mediante la identificación de factores de riesgo sociales adicionales, incluyendo el lenguaje o diferencias de culturas, pobreza y enfermedad crónica, permitiendo que de esta forma se realice una intervención temprana por parte del personal de enfermería, que puede tener un efecto positivo en estas familias consideradas de alto riesgo y además, disminuyendo las largas estancias del neonato en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

Los principios para el cuidado neonatal centrado en la familia y en especial en los padres incluye una comunicación honesta y abierta en términos de consideraciones éticas y médicas, una información profunda sobre el estado del neonato en términos entendibles y adecuados para los padres, incluyendo intervenciones como alivio del dolor, asegurar un medio ambiente adecuado al neonato, dar seguridad, tratamientos efectivos, recomendaciones y programas que promuevan las capacidades de los padres y el compromiso con el cuidado de su hijo en la URN.

La educación en salud e incorporación de los padres en el proceso salud – enfermedad de sus hijos es de vital importancia, ya que son los padres y/o cuidadores del neonato quienes ocupan un lugar preponderante en el cuidado integral del RN, logrando con ello una óptima recuperación y un adecuado crecimiento y desarrollo acordes a su condición.

Durante la estancia del neonato y sus padres en la URN, se pasa por unos periodos de adaptación, que, gracias al trabajo integrado del equipo interdisciplinario involucrado en la atención del recién nacido, se puede contribuir a una recuperación de la relación padres-hijo y también ayudar a los padres a la vinculación con el equipo de salud para la atención y cuidado del neonato.

Según los resultados del estudio de Rizatto (2006) realizado a padres, se determinaron una serie de categorías culturales que influyen en la experiencia de ser padre, de las cuales la tienen relación con este trabajo de investigación:

- El nacimiento: un viaje de acontecimientos no previstos
El nacimiento prematuro significa romper con el sueño de tener un niño ideal, sin complicaciones, pero por las condiciones físicas derivadas de la patología materna o embarazo interfieren en el ciclo de la gestación siendo necesaria la interrupción para garantizar la vida del bebé.
- La singularidad del niño prematuro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal
Tener un hijo hospitalizado en la unidad fue una experiencia inesperada que desencadenó la reacción de shock, incredulidad, dolor y tristeza profunda. Por encima de todo el miedo de perder al niño, el alejamiento del niño, el mundo desconocido y la tecnología

del lugar. Significado que le asigna el padre a la hospitalización de su hijo recién nacido pretérmino extremo en la unidad de cuidado intensivo neonatal

La primera visita fue la constatación de la realidad vivida por el niño y un momento inolvidable para el padre antes de contemplar la tecnología para mantener la vida. Desde la primera visita, la imagen y condición del bebé se están transformando, en ocasiones la información recibida de los profesionales de la salud es fundamental y ofrece apoyo a los padres asustados y frágiles frente a esta situación.

- *La vida en la guardería, un puerto casi seguro*

El fortalecimiento del apego con el bebé, contacto piel a piel, sentimientos de afecto y visita del padre facilitaron esta etapa.

- *La confianza y el respeto por el trabajo de los profesionales de salud*

Los padres expresaron su confianza en el equipo de salud y en el cuidado de su niño, la confianza de los padres en el personal asistencial, fomentó la relación de empatía, favoreciendo la explicación, la información, atención, hospitalidad y cordialidad diaria. El padre tiene la percepción del equipo de salud como un elemento importante que ayuda a la presencia paterna en el contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

1. Percepción de las madres del MMC sobre la atención brindada por las enfermeras del servicio de INMP

Es la respuesta expresada por la madre sobre la impresión vivida, aprendida y obtenida mediante los sentidos durante el tiempo que realiza el Método Mamá Canguro, sobre la atención brindada por la

enfermera a su niño prematuro, considerando las dimensiones de la calidad: interpersonal, técnica y del entorno con el fin de satisfacer sus necesidades biopsicosociales.

2. **Niño Prematuro**, niño o niña con edad gestacional de menos de 37 semanas, que se encuentra hospitalizado en el Servicio Intermedios 1 y 2 , donde se realiza MMC en INPN de Lima.
3. **Atención brindada por la enfermera**, son las acciones que realiza el personal de Enfermería cuando realiza la atención del niño prematuro y madre del MMC, en las dimensiones de la calidad: interpersonal, técnica y del entorno con el fin de satisfacer sus necesidades biopsicosociales.
4. **Servicio intermedio neonatal**, es el servicio que pertenece a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) del departamento de Neonatología de INMI, y brinda el Método de Mama Canguro (MMC).

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio será de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, ya que permite exponer los datos tal y como se presenta en un tiempo y espacio.

3.2 LUGAR DE ESTUDIO

El presente estudio se realizara en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), ubicado en el distrito de Cercado de Lima, antes llamado Maternidad de Lima y que tiene como misión el de brindar atención especializada a la mujer en salud reproductiva y al neonato de alto riesgo, efectuando su seguimiento, desarrollando investigación y docencia a nivel nacional. El INMP tiene los siguientes servicios: Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos Materno, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), Servicio de Adolescencia, Unidad de Medicina Fetal, Servicio de Ginecología, Unidad de Apoyo Nutricional y Unidad de Ginecología Oncológica y Mamario. El departamento de Neonatología cuenta con los siguientes servicios: Atención Inmediata, Intermedios Neonatales, de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) y Alojamiento Conjunto.

Dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), se encuentra el Servicio de Intermedios Neonatal, el cual está dividido en cuatro ambientes con una capacidad instalada para la Hospitalización de setenta (70) recién nacidos de riesgo, sin

embargo existe una sobre población por que se atienden aproximadamente 80 hasta 100 recién nacidos.

La distribución es de la siguiente manera, el ambiente donde funciona el Método Mama Canguro de los servicios de intermedios neonatales I e intermedios II, es un ambiente cerrado con una temperatura adecuada donde las mamás ingresan con mandilones mascarillas y gorros para realizar el método mama canguro, donde hay un vínculo directo madre niño.

La distribución del personal es de la siguiente manera:

- **Servicios Intermedios I:**
 - 20 Recién Nacidos en incubadora (estado delicado)
 - 1 Enfermera por cada 6 a 7 recién nacido
 - 1 Técnica de enfermería para 10 niños
- **Intermedios II:**
 - 10 Recién Nacidos de bajo peso que reciben método Mamá Canguro, en Ganancia ponderal > 1500 a 1800 gr.
 - 1 Enfermera para 10 recién nacidos
 - 1 Técnica de enfermería para 10 niños.
- **Intermedios III:**
 - 20 Recién Nacidos de bajo peso con patologías >De 1800 a 2500 gr.
 - 1 Enfermera para 20 recién nacidos
 - 1 Técnica de enfermería por cada 10 recién nacido.
- **Intermedios IV:**
 - 20 Recién Nacidos con trastornos patológicos de sistemas, con peso de 2500 gr.
 - 1 enfermera para 20 recién nacidos.
 - 1 Técnica de Enfermería por cada 10 recién nacidos.

Respecto a la visita de los padres existe una afluencia diaria de visita de los neonatos Hospitalizados de 50 a 60%.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estará conformada por 30 madres de los niños prematuros Hospitalizados en el Servicio de Intermedios Neonatal, I y II del INPN.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Las madres de familia de los neonatos de los Servicios de Intermedios Neonatal, I y II del INPN.

3.5. MUESTRA Y MUESTREO

30 Madres de familia en el Servicio de Intermedios Neonatal, I y II del INPN.

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1 Criterios de Inclusión:

- Madres de recién nacidos del ambiente de intermedios I e II que realizan método Mamá Canguro.
- Madres que acepten a participar voluntariamente a realizar el formulario.
- Madres que hablen castellano.

3.6.2 Criterios de Exclusión:

- Madres que se encuentran Hospitalizadas en Cuidados Intensivos.
- Madres que no acepten a participar.
- Madres Quechua hablantes u otro idioma.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente estudio se utilizó la técnica encuesta y como instrumento una escala modificada de tipo Likert (Anexo A), que tiene por objetivos: Determinar la percepción de las madres que practican el Método Mama Canguro sobre la atención que brinda la enfermera (o) en el servicio de Intermedios Neonatal I e II del INPN. El instrumento consta de partes: presentación, datos generales, y datos específicos con 30 enunciados.

La validez del instrumento se determinó mediante juicio de expertos, se contó con la participación de ocho profesionales expertos en el área, enfermeras y médicos que están a cargo del Método Mama Canguro; siendo procesada la información en la tabla de concordancia y prueba binomial. , Luego se realiza la corrección del instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos, obteniéndose el valor de $p < 0,05$ en cada ítem, por lo que el grado de concordancia del instrumento es significativo, (Anexo B).

Luego se realiza la validez y la confiabilidad estadística del instrumento, mediante la prueba de Coeficiente de Correlación ítem test R de Pearson. Obteniéndose que la mayoría de ítems presenta un Coeficiente de correlación /r/ mayor a 0,2; por lo que existe validez estadística del instrumento. (Anexo E)

Para dar consistencia interna al instrumento se aplicó la prueba el Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach para la variable en forma global, en una prueba piloto; realizada en madres del programa mama canguro para determinar la confiabilidad del

instrumento. Donde α es igual a 0.64; por lo que el instrumento es confiable.

Para clasificar la escala de Likert en: desfavorable, medianamente favorable y favorable, según los puntajes obtenidos, Se realiza mediante la Escala de Estanones agrupada en tres dimensiones. Para esto, para cada dimensión y para el total de conocimientos, se calculó la media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (s) de los puntajes.

Escala de Estanones (Anexo G)

Entonces puntaje:

Así se obtuvieron los siguientes intervalos para cada dimensión del test de likert y el total mediante las fórmulas de a y b anteriores y con las medias y desviaciones estándar que se muestran a continuación.

Niveles	Dimension 1 Interpersonal	Dimension 2 Técnica	Dimension 3 Entorno	Total
Desfavorable	De 19 a menos	De 35 a menos	De 13 a menos	De 70 a menos
Medianamente favorable)	20 a 22	De 36 a42	De 14 a17	De 71 a 80
Favorable	De 23 a más	De 43 a más	De 18 a más	De 81 a más
	$\bar{x} =21,1$ s =1,3480	$\bar{x} =39,3$ s =3,1856	$\bar{x} =15,4$ s =1,4044	$\bar{x} =75.8$ s =4.4829

3.8. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se inicia con la presentación del proyecto, luego las gestiones administrativas con la Unidad de Post Grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y con la Oficina de Investigación del INPN con el propósito de dar a conocer la investigación y así obtener el permiso necesario para ingresar al Programa Mama Canguro y recolectar los datos.

La ejecución de la recolección de datos a las madres de familia, se inicia con la previa orientación y solicitud de un consentimiento informado de aceptar participar en el estudio; a las madres que aceptan participar se le aplica el instrumento. La aplicación del instrumento se realiza durante el mes de julio y agosto, un día por semana.

Luego de culminar la etapa de recolección de datos se procede a la elaboración de la tabla de códigos (Anexo F). Una vez determinados los valores se realiza el procesamiento de datos en la matriz tripartita y luego la presentación de los datos a través de gráficos y tablas. El trabajo se realiza en formato SPS versión 14. Los cuadros estadísticos se realizarán con la prueba del CHI cuadrado.

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio considera solicitar la autorización de las madres de participar en el proyecto mediante la orientación y firma de una hoja de consentimiento informado brindada por la investigadora (Anexo C)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

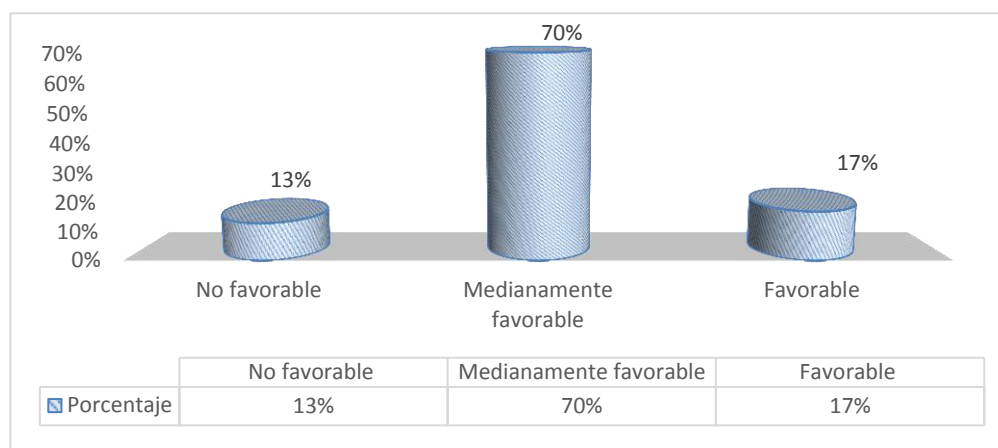
4.1.1 Datos Generales

En el presente estudio la población estudiada estuvo conformada por 30 madres.

En cuanto a la edad grupo etáreo, el 83.4% (24) corresponde a la edad comprendida entre 20 a 35 años, el 13.3% (4) tiene entre 15 a 19 años, el 3.3% (4) tiene entre 36 a 45 años. (Anexo I). En cuanto al Grado de Instrucción, el 33% (10) tienen secundaria completa, el 30% (9) tiene primaria completa, el 27% (8) tiene superior incompleta, y el 10% (3) tiene superior completa. (Anexo N). Respecto al lugar de residencia, el 30 (100%) vive en Lima (Anexo I); siendo el distrito de procedencia; el 33.4% (10) es de Lima Ciudad, el 16.5% (5) son de San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho, Villa El Salvador y el Agustino y. (Anexo K). Acerca de la ocupación, el 77.3 % (22) es ama de casa y el 42.7% (8) es estudiante. (Anexo L). En cuanto al estado civil, el 70% (21) son solteras, el 16.7 % (5) son convivientes y 13.3 % (4) son casadas. (Anexo L).

4.1.2 Datos Específicos

GRÁFICO Nº 1
PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC SOBRE LA ATENCIÓN
BRINDADA POR LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE
INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP,
LIMA – CERCAO 2016



Fuente: Resultados del instrumento aplicado a las madres del MMC - 2016

En relación a los datos del RN, del 100% (30). En cuanto a la Edad Gestacional del RN el 37% (11) tiene 33 semanas, el 27% (8) tiene 30 semanas, el 23% (7) tiene 31 semanas, y el 10% (3) de 34 a más semanas y 3% tiene 32 semanas (Anexo Ñ). Respecto a la edad del niño del MMC, el 56% (17) corresponde a la edad comprendida entre 30 A 35 días; el 30% (9) tiene entre 51 a más días y el 7% (2) tiene entre 36 a 40 días y de 41 a 45 días y no hay ninguno entre de 46 a 50 días (Anexo O).

Por lo expuesto anteriormente, encontramos que la mayoría de madres del MMC tiene una edad entre 20 a 35 años, tiene secundaria completa, seguida de primaria completa, reside en Lima, en el distrito de Cercado de Lima, su ocupación es ama de casa, estado civil soltera.

En relación a la edad gestacional del RN, la mayoría tiene 33 semanas y su edad es de 30 a 35 días.

En el grafico 1 respecto a la Percepción de las madres del MMC sobre a la atención que brinda la enfermera en el servicio de Intermedios Neonatal, los resultados muestran que del 100% (30) de madres, en la mayoría su percepción es medianamente favorable 70 % (21); a diferencia de las madres cuya percepción de la atención es favorable en el 17 % (5) y en una minoría de las madres cuya percepción es desfavorable el 13% (4).

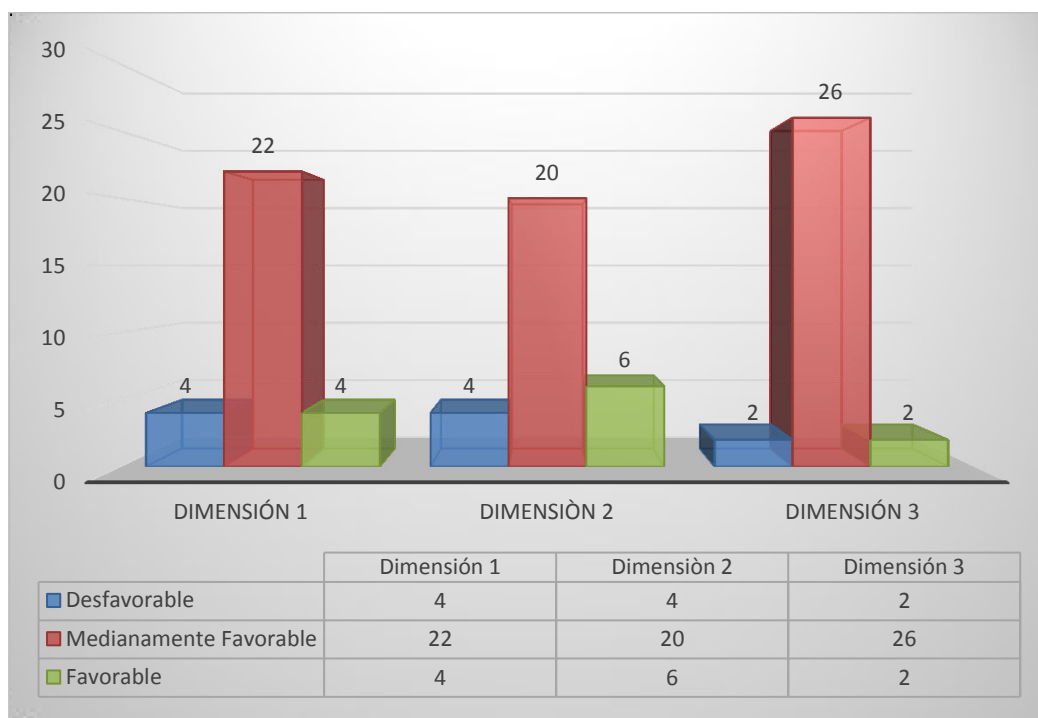
En el grafico N° 2, se evidencia que la mayoría de madres del MMC perciben que la atención que brindan en la dimensión técnica, interpersonal y entorno la enfermera; como medianamente favorables.

En la dimensión entorno, en el 87% (26) de madres su percepción es medianamente favorable y, en una minoría el 6.5% (2) de madres su percepción es desfavorable y favorable respectivamente.

En la dimensión técnica en el 73% (22 madres) su percepción es medianamente favorable y en el 13.5% (4 madres) su percepción es igual desfavorable y 13.5% (4 madres) es favorable.

Por otro lado en la dimensión interpersonal, en el 67% (20 madres) su percepción es medianamente favorable y en el 20% (6 madres) su percepción es favorable y en el 13% (4 madres) es desfavorable.

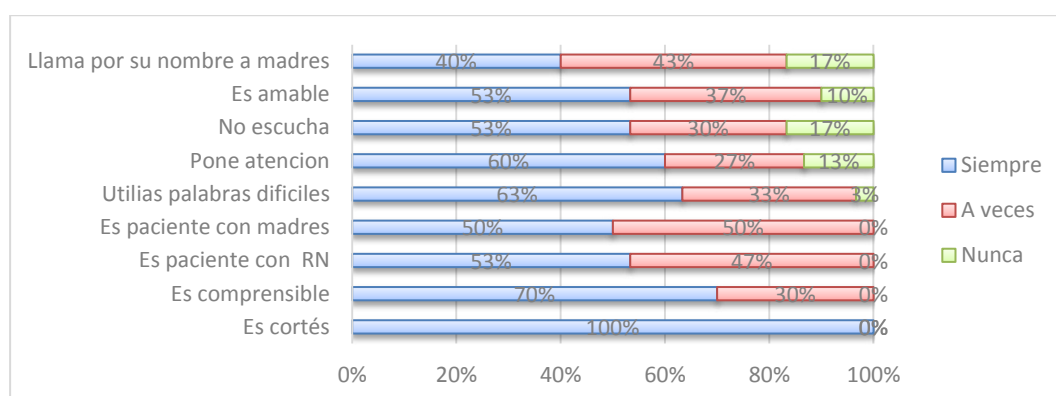
GRÁFICO Nº 2
PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC SOBRE LA ATENCIÓN
BRINDADA POR LA ENFERMERA EN LAS DIMENSIONES
INTERPERSONAL, TÉCNICO Y DEL ENTORNO, EN EL
SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL
INMP, LIMA – CERCADO, 2016



Fuente: Resultados del instrumento aplicado a las madres del MMC – 2016

Respecto a la Percepción de las madres del MMC en la dimensión interpersonal de la Atención de enfermería, la mayoría considera que es medianamente favorable, representado en los aspectos interpersonales “La enfermera es cortés en los momentos que atiende a mi niño” el 100% (30 madres), “la enfermera comprende cómo me siento por el estado de salud de mi bebé” el 70% (21 madres), “La enfermera pone atención en mi hijo y en los RN” el 60% (18 madres), en que las madres tienen una respuesta de siempre; que significa que la mayoría tienen respuestas favorables.

GRAFICO Nº 3
PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC SOBRE LOS
ASPECTOS INTERPERSONALES EN LA ATENCIÓN BRINDADA
POR LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS
NEONATAL DEL INMP, LIMA - CERCADO, 2016



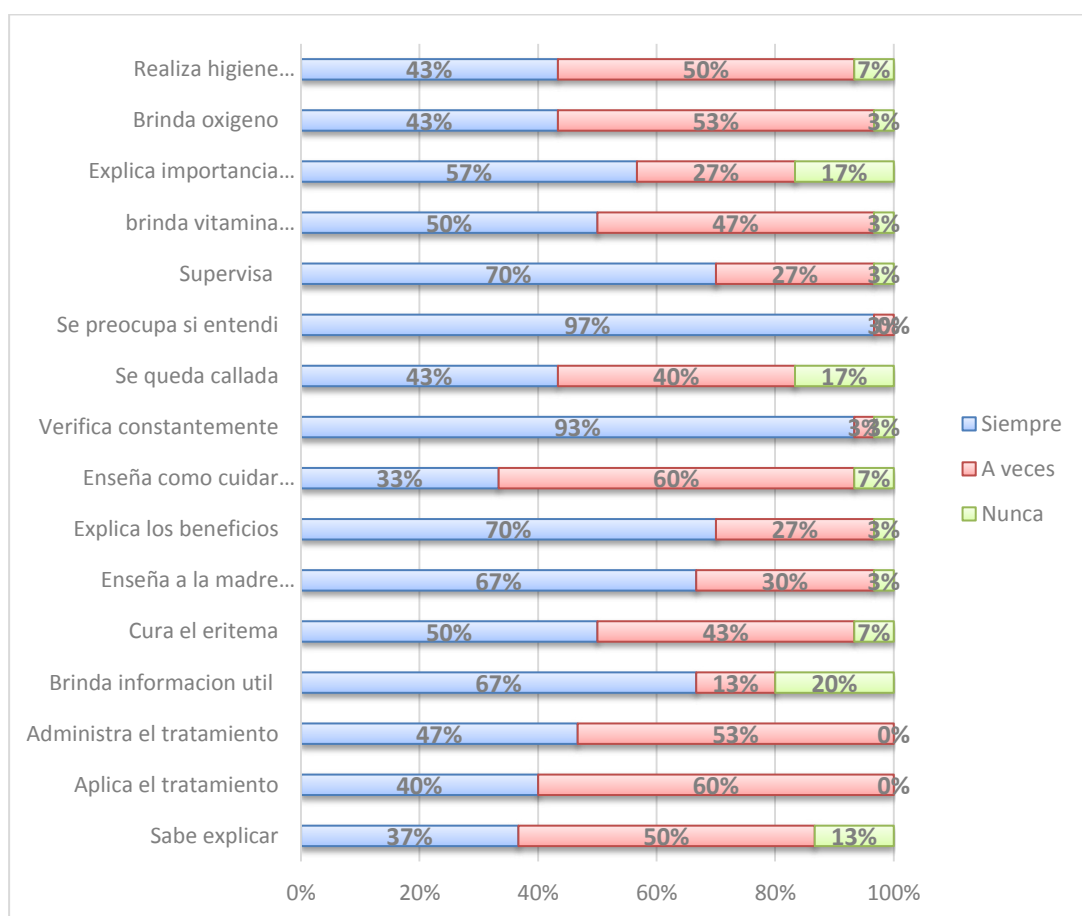
Fuente: Resultados del instrumento aplicado a las madres del MMC - 2016

En relación a los aspectos “La enfermera tiene paciencia cuando atiende al RN” y “La enfermera es amable con las madres” el 53.3 % (16 madres) hay una mínima mayoría con respuesta siempre.

En cuanto a la percepción de la madre del MMC, en los aspectos “La enfermera tiene paciencia con las madres cuando se le pide información” la mitad de madres, el 50% (15 madres) responde a veces y en “La enfermera llama por su nombre a las madres”, el 43.3% (13 madres), la mayoría tienen la respuesta a veces, que son respuestas desfavorables.

En cuanto a la percepción de la madre del MMC en los aspectos “La enfermera utiliza palabras difíciles cuando brinda orientación sobre los RN” en el 63.3% (19 madres) y “La enfermera no escucha se muestra apurada cuando tengo/ tienen algo que decirle o preguntarle”, el 53% (16 madres), la mayoría de madres tienen la respuesta siempre, que significa respuestas desfavorables.

GRAFICO Nº 4
PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC SOBRE LOS
ASPECTOS TECNICOS EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA
ENFERMERA EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS
NEONATAL DEL INMP, LIMA - CERCADO, 2016



Fuente: Resultados del instrumento aplicado a las madres del MMC – 2016

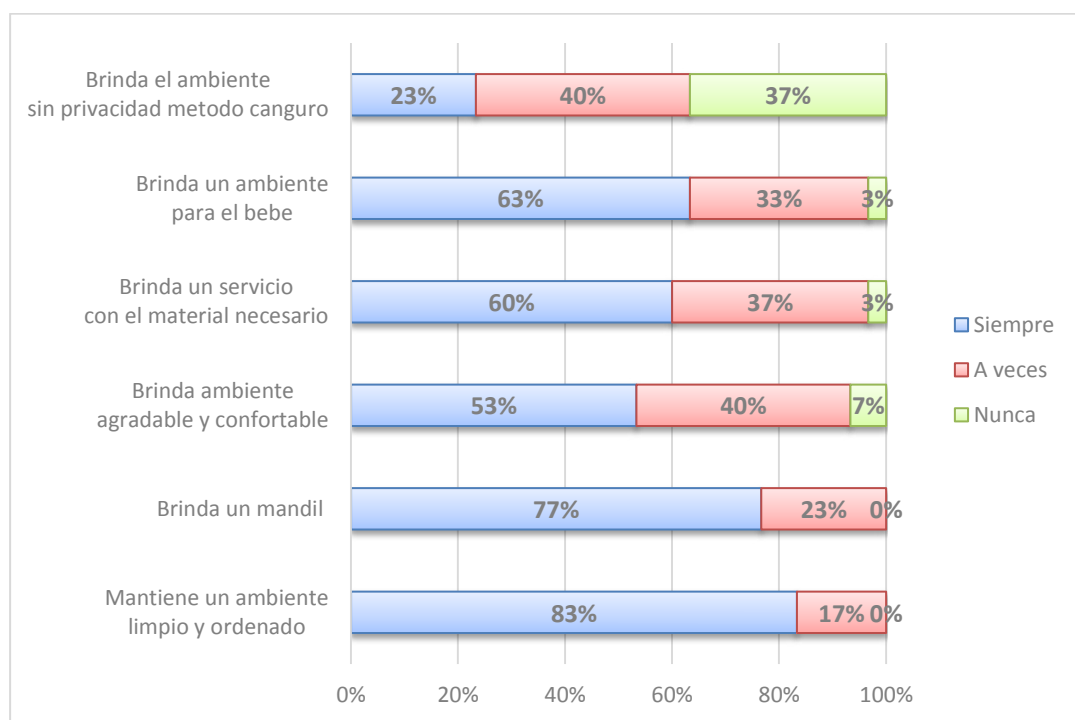
De los 9 aspectos de la dimensión interpersonal, en 4 aspectos la mayoría las respuestas han sido desfavorables y en 2 aspectos hay una mínima mayoría con respuesta favorable y en solo en 3 las respuestas son favorables.

Respecto a la percepción de las madres del MMC, la mayoría considera que en la dimensión técnica la atención de Enfermería es medianamente favorable, Se observa que la mayoría valoro con respuesta siempre los aspectos “La enfermera se preocupa de verificar si entendí lo que me explico”, el 96.7% (29 madres); “La Enfermera verifica constantemente si estoy realizando correctamente la técnica MMC”, el 93.3% (28 madres), “La enfermera enseña a la madre la técnica correcta de amamantamiento” y “Supervisa si realice el lavado de manos” en el 70 % (21 madres), “La enfermera explica los beneficios de la técnica del amamantamiento para el RN” y “La enfermera brinda información útil y precisa sobre normas y rutinas del servicio en el 66.7% (20 madres), “La enfermera explica a la madre la importancia del contacto físico” en el 57% (17 madres),”Brinda vitamina vía oral” en el 50% (15 madres). En 7 indicadores enunciados las respuestas son favorables

La mayoría de madres del MMC, valoro con respuesta a veces los aspectos “La Enfermera me enseña cómo cuidar mis pechos para dar de lactar a mi hijo”, y “La Enfermera aplica el tratamiento farmacológico cuidadosamente y en forma correcta” el 60% (18 madres); en “La Enfermera administra el tratamiento farmacológico en el horario indicado” el 53.3% (15 madres). La mitad de madres “La enfermera sabe explicar acerca del tratamiento farmacológico de pastillas e inyectables de los RN y de cómo está evolucionando” y “La Enfermera realiza la higiene perineal y aplica crema” el 50% (15 madres) y “ La Enfermera brinda Oxigeno a mi hijo” en el 53% (16 madres) ; que significa que en los 6 aspectos tienen respuestas desfavorables. En relación a la percepción de las madres del MMC, la mayoría valoro con respuesta siempre “La Enfermera se queda callada cuando le pregunto algo”, el 43% (13 madres) significa que son respuestas desfavorable.

GRAFICA N° 5

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC SOBRE LOS ASPECTOS DEL ENTORNO EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP, LIMA - CERCADO, 2016



Fuente: Resultados del instrumento aplicado a las madres del MMC - 2016

De los 14 aspectos de la dimensión técnica, en 7 aspectos la mayoría de las respuestas de las madres del MMC han sido favorables y en 7 aspectos desfavorables.

La Percepción de las madres del MMC, en la dimensión entorno de la atención que la brinda la enfermera, es la mayoría medianamente favorable.

La mayoría de madres responde con la respuesta siempre en los aspectos “La enfermera mantiene un ambiente donde está el RN, limpio y ordenado” en el 83% (25 madres) , “La enfermera brinda un mandil limpio y en buenas condiciones a las madres” el 77% (23 madres), “La enfermera brinda un ambiente que tiene una temperatura cálida para el RN y sin corrientes de aire” en el 63% (19 madres) , “La enfermera brinda un servicio que cuenta con material necesario para el lavado de manos” en el 60% (18 madres) lo que significa respuestas favorables.

En el aspecto “La enfermera brinda ambiente agradable y confortable” en el 53% (16 madres) la respuesta es siempre en la mitad de madres, lo que es una mínima mayoría.

En el aspecto “La enfermera brinda el ambiente sin privacidad para realizar el método canguro” en el 40% (12 madres), la mayoría responde a veces, que significa que es una respuesta negativa.

4.2 DISCUSIÓN

En el estudio encontramos que la mayoría de madres del MMC tiene una edad entre 20 a 35 años, secundaria completa, seguida de primaria completa, reside en Lima, en el distrito de Cercado de Lima; su ocupación es ama de casa, estado civil soltera. En relación a RN, en cuanto a la edad gestacional del RN, la mayoría tiene 33 semanas y su edad es de 30 a 35 días; , resultado que coincide con Ethel Marinta Corpus Ramírez autora de la tesis “Satisfacción de los Usuarios y Nivel de conocimientos del personal de Enfermería en un Programa Mama Canguro”, realizado en un Hospital de Maternidad San Luis de Potosí, el 2015, que en sus conclusiones menciona que “Más mitad de la población de estudio se encontraba en el grupo de edad de 15 a 24 años, en una edad media de 23.3, la mayoría de ellas en unión libre, casi

la mitad contaba con escolaridad secundaria y solo una contaba con licenciatura; la mayoría de dedicaba al hogar, excepto dos madres estudiantes y una empleada.

La distribución por sexo en los neonatos fue casi homogénea. Un poco más de la mitad se agrupó en la categoría de muy prematuro, en la clasificación realizada por la OMS, con un promedio de 31.9 semanas de gestación y una desviación estándar de 2.3 semanas. Los días de vida extrauterina tuvieron un promedio de 28.6, con una desviación estándar de 14.8 días.

La percepción puede definirse como una función psíquica que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos, puede hacer mención también a un determinado conocimiento, a una idea o a la sensación interior que surge a raíz de una impresión material derivada de nuestros sentidos.

En el ámbito del servicio al usuario, la percepción es la base para establecer la credibilidad en toda su organización. Existen factores biológicos de la percepción, con los cuales nacemos y otros aprendidos; esto significa que la forma en la que percibimos nuestro entorno se modifica a lo largo de nuestra vida a través de las experiencias.

Se conceptualiza el Cuidado Enfermero como “conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad”. (3)

La calidad del cuidado de enfermería busca la satisfacción de los pacientes y la satisfacción de los cuidadores (enfermeras). La satisfacción de los usuarios ha sido reconocida como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones de reforma del sector salud en las Américas. La calidad se refiere a un conjunto de atributos y / o propiedades que tiene un objeto sobre la base de los cuales se puede emitir algún juicio de valor acerca de él. El componente subjetivo de la calidad *corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios.*

Los resultados de esta investigación es que la mayoría de las madres del MMC, perciben que la atención que brinda la enfermera en el servicio de Intermedios Neonatal, es medianamente favorable, y en casi 1/5 parte de madres cuya percepción de la atención de enfermería es favorable y en una minoría , menos de 1/5 de las madres su percepción es desfavorable. Hay coincidencia con Doris Delgadillo Morales, quien en su investigación “Satisfacción de la Madre del Recién Nacido Hospitalizado sobre la Calidad del Cuidado del Profesional de Enfermería en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013”, realizado con 33 madres; tiene como resultados el 61%(20) tienen satisfacción media, 21%(7) alta y 18%(6) baja; en la dimensión Técnico-Científica, 61%(20) tienen satisfacción media; en la dimensión Humana 46%(15) tienen satisfacción media, en la dimensión Entorno 70%(23) tienen satisfacción media.

Los resultados de nuestra investigación no coincide con la autora Ethel Marinta Corpus Ramírez en su tesis “Satisfacción de los Usuarios y Nivel de conocimientos del personal de Enfermería en un programa Mama Canguro”, que uno de sus conclusiones es : que el nivel de satisfacción global es de 87.7%, en el dominio impresión general.

En cuanto a la percepción de las madres del MMC sobre la **dimensión interpersonal** de la atención brindada por la enfermera, en la mayoría es medianamente favorable, luego es favorable y en la minoría es desfavorable.

En cuanto a los aspectos de la dimensión interpersonal, la mayoría de las madres da una respuesta de siempre, en el ítem “La enfermera es cortés en los momentos que atiende a mi niño”, “la enfermera comprende cómo me siento por el estado de salud de mi bebé”, “La enfermera pone atención en mi hijo y en los RN”, “La enfermera tiene paciencia cuando atiende al RN” y “La enfermera es amable con las madres”; lo que significa que son respuesta favorables. La mayoría de madres tienen la respuesta de nunca, en los ítems “La enfermera utiliza palabras difíciles cuando brinda orientación sobre los RN” y “La enfermera no escucha, se muestra apurada cuando tengo/ tienen algo que decirle o preguntarle”, lo que significa que son respuestas favorables.

La mayoría de madres tienen la respuesta a veces en el aspecto “La enfermera tiene paciencia con las madres cuando se le pide información”, y en una proporción similar de madres da una respuesta de siempre en el ítem “La enfermera llama por su nombre a las madres”, lo que son respuestas medianamente favorable.

Encontramos resultados que coinciden con Ethel Marinta Corpus Ramírez en su tesis “Satisfacción de los Usuarios y Nivel de conocimientos del personal de Enfermería en un programa Mama Canguro”, quien encuentra como resultado, en el dominio de cortesía de las enfermeras y respeto, un excelente puntaje de satisfacción en cuanto al respeto de la privacidad y al trato digno al hijo. En el dominio

accesibilidad y disponibilidad excelente satisfacción en la recepción de los cuidados necesarios al hijo, a la respuesta a la petición de ayuda y las interconsultas. La mayoría de usuarias consideraron que el personal de enfermería fue accesible a responder sus preguntas. En el dominio información y comunicación, el personal de enfermería obtuvo un puntaje alto en respuestas claras a las preguntas realizadas, las madres refirieron un puntaje de satisfacción en cuanto a la información recibida. En el dominio relación entre los padres y el equipo de salud, las madres presentaron un puntaje de satisfacción de 61.6%; un puntaje de satisfacción de 96.6% en cuanto a la escucha de sus comentarios y sugerencias al equipo de salud.

No coincidimos con Doris Delgadillo Morales, autora de la investigación Satisfacción de la Madre del Recién Nacido Hospitalizado sobre la Calidad del Cuidado del Profesional de Enfermería en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal- 2013, que concluye que “detecta satisfacción baja ya que muy pocas veces se identificó y la saludó por su nombre, algunas veces cuando le informó utilizó un lenguaje difícil de entender y a veces estuvo dispuesta a atenderla en lo que le solicitaba. En su mayoría es de media a alta, referido a que la enfermera algunas veces se demora cuando tiene que atender al bebé, se molesta cuando solicitó algo respecto a su bebé y porque a veces le produce desconfianza para expresar lo que siente. Seguido de un mínimo porcentaje significativamente alto que está dado a que la enfermera está uniformada y limpia, respeta sus derechos y le orienta sobre normas del servicio. Sin embargo, un mínimo porcentaje de madres que experimentan satisfacción baja está dado porque la enfermera muy pocas veces se identifica y la saluda por su nombre, cuando le informa sobre los cuidados de su bebé utiliza un lenguaje

difícil de entender y durante su permanencia ella algunas veces estuvo dispuesta a atenderla en lo que le solicitaba.

La Dimensión Interpersonal, se refiere a el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente, la madre, RN y el personal de salud, profesional de enfermera, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. En una adecuada relación interpersonal debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que se brinda influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente. El aspecto interpersonal de la atención, es la parte fundamental de la atención en salud, ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biopsicosocial. Tiene las características de respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona. El Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas. La calidad de atención en su dimensión interpersonal se expresa en el cumplimiento por parte del personal de salud, de los modos de actuación definidos por la ética médica y la ética general de la sociedad. Para el paciente, la atención de calidad debe satisfacer sus necesidades percibidas, que debe prestarse de manera cortés y en el momento que los necesiten.

En la dimensión técnica la mayoría de madres del MMC tienen percepción medianamente favorable y en una minoría en una proporción similar la percepción de las madres del MMC es desfavorable y favorable.

Respecto a los aspectos de la dimensión técnica, la mayoría de madres del MMC valoro con respuesta siempre los aspectos “La enfermera se preocupa de verificar si entendí lo que me explico”; “La Enfermera verifica constantemente si estoy realizando correctamente la

técnica MMC”, “La enfermera enseña a la madre la técnica correcta de amamantamiento”, “La enfermera explica los beneficios de la técnica del amamantamiento para el RN” y “La enfermera brinda información útil y precisa sobre normas y rutinas del servicio”, que son respuestas favorables o positivas.

La mayoría de MMC valoro con respuesta a veces, los aspectos “La Enfermera me enseña cómo cuidar mis pechos para dar de lactar a mi hijo”, “La Enfermera aplica el tratamiento farmacológico cuidadosamente y en forma correcta”; “La Enfermera administra el tratamiento farmacológico en el horario adecuado”, “La enfermera sabe explicar acerca del tratamiento farmacológico de pastillas e inyectables de los RN y de cómo está evolucionando” y “La Enfermera realiza la higiene perineal y aplica crema”. Hay coincidencia con Ethel Marinta Corpus Ramírez quien en su tesis “Satisfacción de los Usuarios y Nivel de conocimientos del personal de Enfermería en un programa Mama Canguro”, encontró que “el promedio más alto de satisfacción fue respecto a la comprensión de la enfermedad y tratamiento del personal de salud que atendieron al neonato. En el dominio accesibilidad y disponibilidad se encontró excelente satisfacción en la recepción de los cuidados necesarios al hijo, la respuesta a la petición de ayuda y las interconsultas. Las usuarias consideraron que el personal de enfermería fue accesible a responder sus preguntas. En el dominio relación entre los padres y el equipo de salud, las madres presentaron un puntaje de satisfacción mayoritario, predominando el bajo grado de satisfacción en la participación en la toma de decisiones con los cuidados que sus hijos recibieron.

Asimismo, la mayoría de MMC valoro con respuesta siempre y a veces el aspecto “La Enfermera se queda callada cuando le pregunto algo” que es una respuesta desfavorable o negativa.

Doris Delgadillo Morales Respecto encuentra como resultados en la dimensión Técnico-Científica, que la mayoría de madres tienen satisfacción media; y en sus conclusiones “que la satisfacción de la madre del RN hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería es en su mayoría de medio a alta, referida a que algunas veces la enfermera se demora cuando tiene que atender al bebé. En su mayoría es de media a baja, ya que siente que la enfermera con sus cuidados influyó positivamente en la salud de su bebé, permaneció en el servicio, mostró seguridad cuando brindó sus cuidados; y frecuentemente la enfermera se lava las manos antes y después de los procedimientos, siente que la enfermera algunas veces muestra desinterés en el estado de salud de su bebé y a veces dejó que sonara la alarma de los equipos. Un mínimo porcentaje significativamente alto que está dado a que la enfermera respeta sus derechos y le orienta sobre normas del servicio. Sin embargo, un mínimo porcentaje de madres que experimentan satisfacción baja está dado porque la enfermera muy pocas veces se identifica y la saluda por su nombre, cuando le informa sobre los cuidados de su bebé utiliza un lenguaje difícil de entender y durante su permanencia ella algunas veces estuvo dispuesta a atenderla en lo que le solicitaba.

La Dimensión Técnico Científica es referida a la aplicación de los aspectos científicos técnicos de la atención, con el que se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo – beneficio. También hace referencia al conjunto de elementos que forman parte del proceso de prestación de servicios de salud como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales, la estructura física, servicios; a través de los procesos, la medición de utilización de recursos, Incidentes o accidentes, la justificación de procedimientos, la

observación de procesos de atención, Auditorias de expedientes. Implica la ejecución de todos los procedimientos, considerando los aspectos de la calidad que se centran en los aspectos: eficacia, eficiencia, competencia profesional, continuidad, accesibilidad y seguridad.

Las características básicas de esta dimensión son, la Eficacia que implica el logro de los objetivos, resultados deseados o programados en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas; la Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población, la Eficiencia, que es suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta; la competencia personal que es el nivel de conocimientos, habilidades y desempeño del personal profesional de salud, personal de apoyo técnico y administrativo. Está relacionado con la ejecución de normas y pautas para el ejercicio de la profesión y su realización, considerando la precisión, confiabilidad y uniformidad. La Continuidad, que es el grado en el cual los clientes, pacientes reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento; la Accesibilidad., es el grado de factibilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los servicios donde requiere ser atendido, la Seguridad, que la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario; la Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante. La carencia de esta dimensión puede disminuir la eficiencia de la atención y reducir la satisfacción del usuario.

En la dimensión entorno la percepción de la mayoría de las madres del MMC es medianamente favorable, y en una minoría similar su percepción es desfavorable y favorable.

Respecto a los aspectos que caracterizan la dimensión entorno, la mayoría de la madres del MMC responde siempre en los aspectos “La enfermera mantiene un ambiente donde está el RN, limpio y ordenado”, “La enfermera brinda un mandil limpio y en buenas condiciones a las madres”, “La enfermera brinda un ambiente que tiene una temperatura cálida para el RN y sin corrientes de aire”, “La enfermera brinda un servicio que cuenta con material necesario para el lavado de manos”, “La enfermera brinda ambiente agradable y comfortable”; que significa que son respuestas favorables.

La mayoría de madres del MMC responde a veces en cuanto al aspecto “La enfermera brinda el ambiente sin privacidad para realizar el método canguro”, que significa que es una respuesta no favorable, y un tercio de madres del MMC, responde nunca, que es la respuesta favorable; y una minoría responde siempre, que es una respuesta negativa no favorable.

Doris Delgadillo Morales Respecto encuentra como resultados en la dimensión entorno, “que un mínimo porcentaje de madres experimenta satisfacción alta referido a que el bebé siempre se mantuvo protegido por nidos de contención, cunetas, de las corrientes de aire y porque los materiales que le pidieron fueron suficientes”. En la mayoría la satisfacción de la madres es de media a alta, referida a que los ambientes están adecuadamente distribuidos, en orden, los equipos funcionaron adecuadamente, el servicio se mantuvo limpio, las instalaciones son modernas y sintió comodidad en el área de extracción de leche materna, mientras que un mínimo porcentaje expresa que es

satisfacción baja está referida a que algunas veces faltan equipos y/o aparatos en el servicio. Frecuentemente sintió que influyó positivamente en la salud de su bebe y aprecian que las instalaciones están adecuadamente distribuidas, son modernas y limpias, sienten comodidad en el área que se extraen leche y que su bebe se mantuvo protegido por nidos de contención y cunetas apropiadas. Acerca de la satisfacción de la madre la mayoría es de media a alta, referida a que los ambientes están adecuadamente distribuidos, en orden, los equipos funcionaron adecuadamente, el servicio se mantuvo limpio, las instalaciones son modernas y sintió comodidad en el área de extracción de leche materna, mientras que un mínimo porcentaje expresa que es satisfacción baja está referida a que algunas veces faltan equipos y/o aparatos en el servicio. En la dimensión confort físico, se presentó un puntaje de satisfacción alta puntaje en cuanto a la importancia del calmar el dolor al hijo. En el dominio continuidad del cuidado, presentaron bajo puntaje de satisfacción las preguntas relacionadas con la educación acerca de los medicamentos, los signos de alarma y los cuidados necesarios para el egreso del hijo (75%), lo cual arroja un bajo nivel de satisfacción. El dominio con menor puntaje fue continuidad del cuidado.

Hay coincidencia con la autora Ethel Marinta Corpus Ramírez en su tesis "Satisfacción de los Usuarios y Nivel de conocimientos del personal de Enfermería en un programa Mama Canguro", encuentra como resultado en los dominios con mayor satisfacción fueron confort físico.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al término de esta investigación, ha sido posible llegar a las siguientes conclusiones

- La percepción de la mayoría de madres del MMC sobre la atención brindada por la enfermera del Servicio de Intermedios Neonatal del INMP, es medianamente favorable
- La percepción de la mayoría de madres del MMC sobre la dimensión interpersonal en la atención brindada por la enfermera del Servicio de Intermedios Neonatal del INMP es medianamente favorable.
- La percepción de la mayoría de madres del MMC sobre la dimensión técnica en la atención brindada por la enfermera del Servicio de Intermedios Neonatal del INMP es medianamente favorable.
- La percepción de la mayoría de madres del MMC sobre la dimensión entorno en la atención brindada por la enfermera del Servicio de Intermedios Neonatal del INMP es medianamente favorable.
- La mayoría de madres del MMC tiene una edad entre 20 a 35 años, secundaria completa, seguida de primaria completa, reside en Lima, en el distrito de Cercado de Lima, su ocupación es ama de casa y es de estado civil soltera.

- La mayoría de madres del MMC, considera que la dimensión interpersonal de la atención es medianamente favorable, principalmente por tener 3 aspectos con respuestas favorables y 2 aspectos con una mínima mayoría con respuesta favorables y 4 aspectos con respuestas desfavorables que son “La enfermera utiliza palabras difíciles cuando brinda orientación sobre los RN”, y “La enfermera no escucha se muestra apurada cuando tengo/ tienen algo que decirle o preguntarle”, “La enfermera tiene paciencia con las madres cuando se le pide información”, y en los “La enfermera llama por su nombre a las madres”.
- La mayoría de madres del MMC, considera que la dimensión técnica de la atención de Enfermería es medianamente favorable, representado por que en 7 aspectos la mayoría de las respuestas son favorables y en 7 aspectos desfavorables.
- La mayoría de madres del MMC, considera que en la dimensión entorno es medianamente favorable, con respuestas negativa en los aspectos “La enfermera brinda ambiente agradable y confortable” y La enfermera brinda el ambiente sin privacidad para realizar el método canguro”.

5.2. RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones sobre la percepción de las madres con enfoque cualitativo en grupos de madres a fin de conocer el mundo subjetivo de los ismos frente a este fenómeno

Realizar investigaciones sobre el la percepción de las madres ampliando el ámbito geográfico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) (3) Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto. El informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Resumen Ejecutivo. 2012.
- (2) <http://peru21.pe/actualidad/alrededor-12400-recien-nacidos-prematuros-mueren-al-año-peru-2157901>
- (4) (5) Ticona Rendón Manuel, Huanco Apaza Diana, Ticona Vildoso Maricarmen. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *GinecolObstetMex* 2012; 80(2):51-60.
- 6) (7) Ministerio de Salud. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud RM N° 727-2009/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Dirección de Calidad en Salud. Lima, Perú. 2009
- (8) Barrientos Schuler Tania, Figueroa Pantoja Daniela, de Valdivia Chile 2013. Estudio “Percepción de Madres de Recién Nacidos Prematuros de muy Bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación Brindada Durante el Periodo de Hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, Periodo 2012”. (Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería) Universidad Austral de Chile. Valdivia – Chile. 2013.
- (9) Guadalupe Norma Cantu Gonzales. Estudio Satisfacción con el cuidado de Enfermería en las Usuaris del Programa Mamá Canguro Setiembre 2002. (Como Requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería Con Énfasis en

Administración de Servicios). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. México. 2002

- (10) Corpus Ramírez, Ethel Marinta. Estudio “Satisfacción de los Usuarios y Nivel de conocimientos del personal de Enfermería en un Programa Mama Canguro, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, el año (Tesis para obtener el Grado de Maestra en Administración de la Atención de Enfermería) Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. Bolivia 2015
- (11) Ojeda Cordero Ana Karen. Estudio a investigación Trato Digno por el Personal de Enfermería en el Recién Nacido Hospitalizado. México UNAM/ENEO. Instituto Nacional de Pediatría
- (12) Cañas Lopera, Erika. Significado que le da el Padre a la hospitalización de su hijo RN Pre termino Extremo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Colombia .2012.
- (12) M. P. Rodríguez-Quezada* Artículo de investigación. Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú. Departamento de Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas, Perú. 2013
- (13) Delgadillo Morales, Doris. “Satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal-2013”. (Trabajo de Investigación Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología). Lima - Perú. UNMSM. 2014
- (14) Márquez Bazán Flor Belinda. “Nivel de Conocimiento y actitudes de las enfermeras del servicio de Intermedios Neonatal del

Instituto Especializado Materno Perinatal acerca del método Canguro 2004-2005. (Tesis para optar Título de Lic. En Enfermería). Lima-Perú.2006.

- (15) Orozco Miguel. Calidad en Salud. Cuarto Curso internacional de desarrollo de los sistemas de salud. CIES-UNAN. Nicaragua 2009
- (16) Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. 2009. Perú. Pág. 172 – 173
http://www.cep.org.pe/beta/download/codigo_etica_deontologia.pdf
- (17) Colegio de Enfermeras(os) del Perú Consejo Nacional. “Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado
- (18) MINSA. Calidad en Servicios Nuestra Prioridad. Dirección de Salud de las Personas. Taller de Capacitación D.U. 058-2011. PPT.
www.minsa.gob.pe/portada/Archivos/2011/DU058-2011/.../03CalidadMinsa.ppt
- (19) Propuesta Metodológica que permite Evaluar la Percepción de la Calidad Percibida desde los Usuarios de Salud. Diciembre 2010 Departamento Estudios y Desarrollo. Superintendencia de salud. Chile.
http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7318_recurso_1.pdf
- http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_7507.pdf
 - http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/marquez_bf/html/index-frames.htm
 - http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/Salud/delgado_qe/delgado_qe.PDF
 - cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080116289.pdf

- <http://www.aibarra.org/neonatologia/capitulo3/default.htm>
- [http://www.prematuros.info/prematuro .asp](http://www.prematuros.info/prematuro.asp)
- <http://galeon.hispavista.com/mipaginamedicina/Elninoprematuro.html>
- www.onu.org.pe/upload/.../MINSA-Gia-Atencion-Recien-Nacido.pdf
- (www.onu.org.pe/upload/.../MINSA-Gia-Atencion-Recien-Nacido.pdf)
- <http://www.prematuros.cl/guiasneo/cuidadosenfermeria.pdf>
- <http://gerenciasalud.com/calidadsalud.htm>
- [http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/31 .pdf](http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/31.pdf)
- www.minsa.gob.pe/dgsp/.../Sistema%20%20Calidad%20Minsa.pdf
- <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
- www.holistika.net
- www.prematuros.info/PDF/libroprematuros.pdf
- www.colapaz.esdomo-ciencia/4bio-prematuro.htm

BIBLIOGRAFIA

- Barrientos Schuler Tania, Figueroa Pantoja Daniela, de Valdivia Chile 2013. Estudio “Percepción de Madres de Recién Nacidos Prematuros de muy Bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación Brindada Durante el Periodo de Hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, Periodo 2012”. (Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería) Universidad Austral de Chile. Valdivia – Chile. 2013.
- Barrientos Schuler Tania, Figueroa Pantoja Daniela, de Valdivia Chile 2013. Estudio “Percepción de Madres de Recién Nacidos Prematuros de muy Bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación Brindada Durante el Periodo de Hospitalización en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, Periodo 2012”. (Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería) Universidad Austral de Chile. Valdivia – Chile. 2013.
- Cañas Lopera, Erika. Significado que le da el Padre a la hospitalización de su hijo RN Pre termino Extremo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Colombia .2012
- Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. 2009. Perú. Pág. 172 – 173
- Colegio de Enfermeras(os) del Perú Consejo Nacional. “Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero” Lima - Perú 2008
- Delgadillo Morales, Doris. “Satisfacción de la madre del recién nacido hospitalizado sobre la calidad del cuidado del profesional de enfermería en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional

Materno Perinatal-2013”. (Trabajo de Investigación Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología). Lima - Perú. UNMSM. 2014

- Guadalupe Norma Cantu Gonzales. Estudio Satisfacción con el cuidado de Enfermería en las Usuaris del Programa Mamá Canguro Setiembre 2002. (Como Requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería Con Énfasis en Administración de Servicios). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. México. 2002
- Márquez Bazán Flor Belinda. “Nivel de Conocimiento y actitudes de las enfermeras del servicio de Intermedios Neonatal del Instituto Especializado Materno Perinatal acerca del método Canguro 2004-2005. (Tesis para optar Título de Lic. En Enfermería). Lima-Perú.2006.
- Ministerio de Salud. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud RM N° 727-2009/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Dirección de Calidad en Salud. Lima, Perú. 2009
- Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto. El informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Resumen Ejecutivo. 2012.
- Rodríguez-Quezada, M.P* Artículo de investigación. Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú. Departamento de Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas, Perú. 2013

- Ticona Rendón Manuel, Huanco Apaza Diana, Ticona Vildoso Maricarmen. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *GinecolObstetMex* 2012; 80(2):51-60
- Ojeda Cordero Ana Karen. Estudio a investigación Trato Digno por el Personal de Enfermería en el Recién Nacido Hospitalizado. México UNAM/ENEO. Instituto Nacional de Pediatría

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	PÁG.
A. Cuestionario	I
B. Tabla de Concordancia. Prueba Binomial	V
C. Hoja de Consentimiento Informado	VI
D. Operacionalización de la variable	VII
E. Confiabilidad del instrumento	XI
F. Libro de códigos	XII
G. Escala de Estaciones Adaptada para tres Categorías: Medición de la Variable Percepción	XV
H. Matriz de datos generales y según dimensiones.	XVII
I. Edad de las Madres del MMC en el Servicio de Intermedios Neonatal del INMP, Lima – Cercado 2016.	XVIII
J. Lugar de Residencia de las Madres del MMC en el Servicio de Intermedios Neonatal del INMP, Lima – Cercado, 2016	XVIII
K. Distritos de procedencia de las madres del MMC del Servicio de Intermedios neonatal del INMP, Lima – Cercado, 2016	XIX
L. Grado de instrucción de las madres del MMC del Servicio de Intermedios Neonatal del INMP, Lima – Cercado, 2016	XIX
M. Ocupación de las madres del MMC del servicio de intermedios neonatal del INMP. Lima – Cercado, 2016	XX
N. Estado civil de las madres del MMC en el Servicio de Intermedios Neonatal del INMP. Lima – Cercado. 2016	XX
O. Edad Gestacional del RN del MMC en el Servicio de Intermedios Neonatal del INM. Lima – Cercado. 2016.	XXI
P. Edad del Niño del MMC en el Servicio de Intermedios Neonatal del INM. Lima – Cercado. 2016.	XXI
Q. Percepción de las madres del MMC sobre la atención brindada por la enfermera en el Servicio de Intermedios Neonatal, INMP, Lima - Cercado, 2016	XXII

ANEXO	PÁG.
R. Percepción de las madres del MMC en su dimensión interpersonal, técnica y entorno sobre la atención que brindada por la enfermera en el Servicio de Intermedios Neonatal, INMP, Lima - Cercado, 2016	XXII
S. Percepción de las Madres del MMC según Aspectos Interpersonales en la Atención brindada por la Enfermera en el Servicio de Intermedios Neonatal, INMP, Lima - Cercado, 2016	XXIII
T. Percepción de las Madres del MMC según Aspectos Técnicos en la Atención brindada por la Enfermera en el Servicio de Intermedios Neonatal, INMP, Lima - Cercado, 2016	XXIV
U. Percepción de las Madres del MMC según aspectos del entorno en la Atención brindada por la Enfermera en el Servicio de Intermedios Neonatal, INMP, Lima - Cercado, 2016	XXVI

ANEXO A
CUESTIONARIO

I PRESENTACION:

Buen día, soy alumna de la Segunda Especialidad de Enfermería Neonatal de la Unidad de Post Grado de la U.N.M.S.M, en esta oportunidad estoy realizando un trabajo de investigación con el fin de obtener información sobre la percepción de las madres del Método Mama Canguro sobre la atención brindada por la enfermera del servicio de intermedios Neonatal. Los resultados se utilizarán solo con fines de estudio y para hacer mejoras, es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad, se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

I. INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómense el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdad.

III. DATOS GENERALES

A. Datos de la Madre:

1.- Edad-----años cumplidos

2.- Lugar de residencia -----

3.- Grado de instrucción:

4.- Ocupación:

a. Analfabeta ()

a. Ama de casa ()

b. Secundaria Incompleta ()

b Estudiante ()

c. Primaria Incompleta ()

c. Trabajo estable ()

d. Superior Incompleta ()

d. Trabajo Eventual ()

e. Primaria Completa ()

f. Superior Completa ()

g. Secundaria Completa ()

5.-Estado Civil

- a. Soltera ()
- b. Casada ()
- c. Conviviente ()
- d. Divorciada ()
- e. Viuda ()

B. Datos del Recién nacido

1. Nombre: 2. Edad gestacional:
3. FN: 4. Edad:
5. Peso actual: 6. Diagnóstico:
- a. Prematuridad ()
- b. Bajo peso al nacer ()
- c. Síndrome distres respiratorio ()

IV. CONTENIDO:

N°	Enunciado	Siempre	A veces	Nunca
1	La enfermera es cortés en los momentos que atiende a mi niño			
2	La enfermera comprende cómo me siento por el estado de salud de mi bebé			
3	La enfermera tiene paciencia cuando atiende al RN.			
4	La enfermera tiene paciencia con las madres cuando se le pide información			
5	La enfermera utiliza palabras difíciles cuando brinda orientación sobre los niños RN.			
6	La enfermera pone atención en mi hijo y en los RN.			

7	La enfermera no escucha y se muestra apurada cuando tengo/o tienen algo que decirle o preguntarle.			
8	La enfermera es amable con las madres.			
9	La enfermera llama por su nombre a las madres.			
10	La enfermera sabe explicar acerca del tratamiento farmacológico de pastillas e inyectables de los RN y de cómo está evolucionando.			
11.	La enfermera aplica el tratamiento farmacológico cuidadosamente y en forma correcta.			
12	La Enfermera administra el tratamiento Farmacológico en el horario indicado.			
13	La enfermera brinda información útil y precisa sobre normas y rutinas del servicio.			
14	La enfermera cura el eritema de pañal de mi niño con delicadeza.			
15	La enfermera enseña a la madre la técnica correcta de amamantamiento.			
16	La enfermera explica los beneficios de la técnica de amamantamiento para el RN.			
17	La enfermera enseña cómo cuidar mis pechos para dar de lactar a mi hijo.			
18	La enfermera verifica constantemente si estoy realizando correctamente la técnica mama canguro.			
19	La enfermera se queda callada cuando le			

	pregunto algo.			
20	La enfermera se preocupa de verificar si entendí lo que me explico.			
21	La enfermera supervisa si realice o no el lavado de manos.			
22	La enfermera brinda su vitamina vía oral en la dosis indicada al RN.			
23	La enfermera explica a la madre la importancia del contacto físico.			
24	La enfermera brinda oxígeno a mi hijo RN			
25	La enfermera realiza la higiene perianal y aplica crema al RN.			
26	La enfermera mantiene un ambiente donde está el RN, limpio y ordenado.			
27	La enfermera brinda un mandil limpio y en buenas condiciones a las madres.			
28	La enfermera brinda ambiente agradable y confortable.			
29	La enfermera brinda un servicio que cuenta con material necesario para el lavado de manos.			
30	La enfermera brinda un ambiente que tiene una temperatura cálida para el bebé y sin que no haya corrientes de aire.			
31	La enfermera brinda el ambiente sin privacidad para realizar el método canguro.			

Gracias, por su participación.

ANEXO B.
TABLA DE CONCORDANCIA. PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
2.	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6.	1	1	1	1	0	0	1	1	0.145 (*)
7.	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035

* En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO C.
HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con DNI N°, luego de haber sido invitado a participar en este Estudio de investigación titulado, “PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL METODO MAMA CANGURO SOBRE LA ATENCION BRINDADA POR LA ENFERMERA DEL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL” LIMA, CERCADO 2016” , desarrollado por la Lic. MAGNOLIA ROJAS ALEGRÍA, estudiante de la Segunda Especialidad de Enfermería Neonatología, y de haber sido informado del alcance de esta investigación, autorizo mi participación en esta investigación, quedándome claro que puedo retirarme en cualquier instante que yo considere conveniente. Los resultados de las evaluaciones solo serán usados para los propósitos de la presente investigación.

Lima, de del 2016

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

I.- Estimado usuario del Programa MMC.

La investigadora del proyecto para la cual Ud. Ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado. Se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atte.

Lic. Magnolia Rojas Alegría
Autora del estudio

ANEXO D. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICION VALOR FINAL
Percepción de las madres del método mamá canguro sobre la atención brindada por las enfermeras del servicio de intermedios neonatal	La percepción es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información de su entorno, la razón de esta información es que usa la que está implícita en las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo formar una representación de la realidad de su entorno.	Es la respuesta expresada por la madre sobre la impresión vivida y aprendida obtenida a través de los sentidos acerca de la atención brindada por la enfermera durante el tiempo que realiza el método canguro en el periodo de hospitalización de su niño prematuro, considerando para ello las dimensiones de la calidad: interpersonal, técnica y del entorno con fin de satisfacer sus necesidades biopsicosiales.	Dimensiones de la Atención: 1. Interpersonal	<ol style="list-style-type: none"> 1. La enfermera es cortés en los momentos que atiende a mi niño RN. 2. La enfermera comprende cómo me siento por el estado de salud de mi bebe. 3. La enfermera tiene paciencia cuando atiende al RN. 4. La enfermera tiene paciencia con las madres cuando se le pide información. 5. La enfermera utiliza palabras difíciles cuando brinda orientación sobre los niños. 6. La enfermera pone atención en mi hijo y los RN. 7. La enfermera no escucha y se muestra apurada cuando tengo o tienen algo que decirle o preguntarle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorable - Medianamente Favorable. - Desfavorable

				<p>8. La enfermera es amable con las madres.</p> <p>9. La enfermera llama por su nombre a las madres.</p>	
			<p>2. Técnica</p>	<p>10. La enfermera sabe explicar acerca del tratamiento farmacológico de pastillas, e inyectable de los RN y de cómo está evolucionando.</p> <p>11. La enfermera aplica el tratamiento farmacológico cuidadosamente y en forma correcta</p> <p>12. La Enfermera administra el tratamiento Farmacológico en el horario indicado.</p> <p>13. La enfermera brinda información útil y precisa sobre normas y rutinas del servicio.</p> <p>14. La enfermera cura el eritema de pañal de mi niño con delicadeza.</p> <p>15. La enfermera enseña a la madre la técnica correcta de amamantamiento.</p>	

				<p>16.La enfermera explica los beneficios de la técnica de amamantamiento para el RN.</p> <p>17.La enfermera enseña como cuida mis pechos para dar de lactar a mi hijo.</p> <p>18.La enfermera verifica constantemente si estoy realizando correctamente la técnica canguro.</p> <p>19.La enfermera se queda callada cuando le pregunto algo.</p> <p>20.La enfermera se preocupa de verificar si entendí lo que me explicó</p> <p>21.La enfermera supervisa si realice o no el lavado de manos..</p> <p>22.La enfermera brinda la vitamina vía oral en la dosis indicada al RN.</p> <p>23.La enfermera explica a la madre la importancia del contacto físico.</p> <p>24.La enfermera brinda oxígeno a mi hijo</p> <p>25.-La enfermera realiza la higiene perianal y aplica crema al RN.</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>3.Entorno</p>	<p>26. La enfermera mantiene un ambiente donde está el RN, limpio y ordenado.</p> <p>27.La enfermera brinda un mandil limpio y en buenas condiciones a las madres.</p> <p>28.La enfermera brinda un ambiente agradable y confortable.</p> <p>29La enfermera brinda un servicio que cuenta con material necesario para el lavado de manos.</p> <p>30.La enfermera brinda un ambiente que tiene una temperatura cálida para él bebe y sin que no haya corrientes de aire</p> <p>31. La enfermera brinda el ambiente sin privacidad para realizar el método canguro.</p>	
--	--	--	-------------------------	---	--

ANEXO E

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se procedió a tomar una prueba piloto a 10 madres del MMC, los cuales mediante la fórmula del Alfa de Crombach, se determinó:

$$a = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[\frac{1 - 0.463}{S^2 T} \right]$$

Donde:

$\sum S^2 i$ = Varianza de cada ítem

$S^2 T$ = Varianza de los puntos totales

K = Número de ítems del instrumento

Coeficiente de Alfa de Crombach (α)

$$\alpha = \left[\frac{16}{15} \right] \left[\frac{1 - 0.463}{7.729} \right]$$

$$\alpha = (1.07) (0.93) = 0.9951 = 0.99$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.50$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO F. LIBRO DE CODIGOS

Nº	NOMBRE DE LA VARIABLE	CATEGORIAS	CODIGO	NOMBRE DE LA VARIABLE DE COMPUTO
	Datos Generales			
1	Sexo	Masculino=1 Femenino=2		SEXO
2	Edad	15 a 19=1 20 a 35=2 36 a 46=3 Más de 46=4	1 2 3 4	EDAD
3	Grado de Instrucción	Analfabeta=0 Primaria completa=1 Primaria Incompleta:2 Secundaria completa=3 Secundaria Incompleta.4 Superior completa=5 Superior Incompleta=6	0 1 2 3 4 5 6	INSTRUCCIÓN
4.	Lugar de Residencia	Lima:1 Fuera de Lima:2	1 2	LUGAR DE RESIDENCIA
1.	Distrito de Procedencia	San Martín de Porres:1 San Juan de Lurigancho:2 Villa El Salvador:3 El Agustino:4 Lima Cercado:5	1 2 3 4 5	DISTRITO DE PROCEDENCIA
6.	Ocupación	Ama de Casa:1 Esrudiante:2	1 2	OCUPACIÓN
7.	Tipo de Ocupación	Trabajo Estable: 1 Trabajo Eventual:2	1 2	TIPO DE OCUPACIÓN
8.	Estado Civil	Soltera:1 Casada:2 Conviviente:3 Divorciada:4 Viuda:5	1 2 3 4 5	ESTADO CIVIL
9.	Edad Gestacional del Recién Nacido	30 Semanas:1 31 Semanas:2 32 Semanas:3 33Semanas:4 34 a Más Semanas:5	1 2 3 4 5	EDAD GESTACIONAL DEL RN
10	Edad del Niño del Método Mama Canguro	30 a 36 días 37 a 40 Días 41 a 45 días 46 a 50 días 51 a más días	1 2 3 4 5	EDAD DEL NIÑO DEL METODO CANGURO
11.	Diagnóstico medico al Nacer	Prematuridad;1 Bajo Peso al Nacer:2 Síndrome Distres	1 2 3	DIAGNOSTICO AL NACER

		Respiratorio:3		
12	Socioeconomica	Trabaja=1 No trabaja=2	1 2	SOCECONOMICO
	CONTENIDO			
1	Dimension Interpersonal	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P1
2	Dimension Interpersonal	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P2
3	Dimension Interpersonal	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P3
4	Dimension Interpersonal	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P4
5	Dimension Interpersonal	Siempre=1 Aveces=2 Nunca=3	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P5
6	Dimension Interpersonal	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P6
7	Dimension Interpersonal	Siempre=1 Aveces=2 Nunca=3	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P7
8	Dimension Interpersonal	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P8
9	Dimension Interpersonal	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P9
10	Dimension Interpersonal	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P10
11	Dimension técnica	Siempre=1 Aveces=2 Nunca=3	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P11
12	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P12
13	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P13
14	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P14
15	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P15
16	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P16
17	Dimension	Siempre=3	1=incorrecto	P17

	técnica	Aveces=2 Nunca=1	2=incorrecto 3=correcto	
18	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P18
19	Dimension técnica	Siempre=1 Aveces=2 Nunca=3	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P19
20	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P20
21	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P21
22	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P22
23	Dimension técnica Dimension	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P23
24	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P24
25	Dimension técnica	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P25
26	Dimension Entorno	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P26
27	Dimension Entorno	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P27
28	Dimension Entorno	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P28
29	Dimension Entorno	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P29
30	Dimension Entorno	Siempre=3 Aveces=2 Nunca=1	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P30
31	Dimension Entorno	Siempre=1 Aveces=2 Nunca=3	1=incorrecto 2=incorrecto 3=correcto	P31

SIEMPRE 3
A VECES 2
NUNCA 1

ANEXO G.

ESCALA DE ESTANONES ADAPTADA PARA TRES CATEGORÍAS:

MEDICIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN

Para clasificar la percepción de las madres de familia, escala de Likert en tres categorías: percepción favorable (alta), medianamente Favorable (media, regular) y desfavorable (baja), según los puntajes obtenidos, se utilizó la escala de mediación de Estanones agrupada en tres dimensiones y la comparación cualitativa a través de la campana de Gauss.

Para esto, para cada dimensión y para el total de conocimientos, se calculó la media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (s) de los puntajes. Luego se obtuvieron a y b (puntos de corte) de la siguiente manera.

1. Se determinó el promedio: 92.5
2. Se calculó la desviación estándar: 5.962
3. Aplicar Escala de Estanones, donde:

$$a = \bar{x} - 1x(s)$$

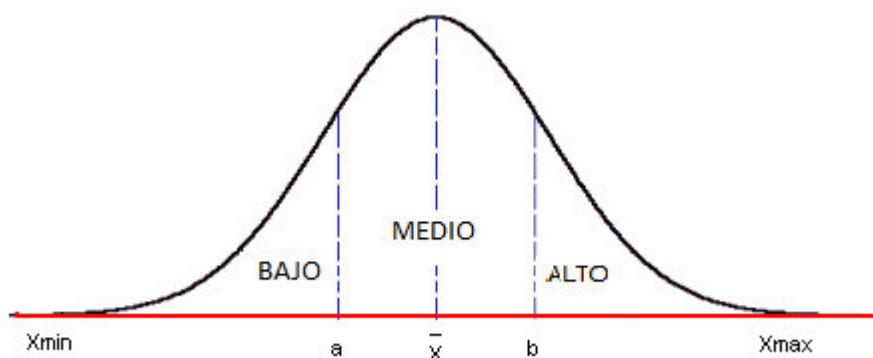
$$b = \bar{x} + 1x(s)$$

Entonces puntaje:

NO FAVORABLE X_{min} --- (a-1): De 70 a menos

MEDIANAMENTE FAVORABLE a ---- b : De 71 a 80

FAVORABLE $(b+1)$ --- X_{max} : De 81 a más



Rechazo a Indecisión b Aceptación

7081

Así se obtuvieron los siguientes intervalos para cada dimensión del test de likert y el total mediante las fórmulas de a y b anteriores y con las medias y desviaciones estándar que se muestran a continuación.

Niveles	Dimension 1 tecnico	Dimension 2 Interpersonal	Dimension 3entorno	Total
DESFAVORABLE	De 19 a menos	De 35 a menos	De 13 a menos	De 70 a menos
MEDIAMENTE FAVORABLE	20 a 22	De 36 a42	De 14 a17	De 71 a 80
FAVORABLE	De 23 a más	De 43 a más	De 18 a más	De 81 a más
	$\bar{x} = 21,1$ s = 1,3480	$\bar{x} = 39,3$ s = 3,1856	$\bar{x} = 15,4$ s = 1,4044	$\bar{x} = 75.8$ s = 4.4829

**ANEXO H.
MATRIZ DE DATOS GENERALES Y SEGÚN DIMENSIONES**

Nº	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	ST1	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	ST2	E26	E27	E28	E29	E30	E31	ST3	TOTAL
1	3	3	2	2	2	2	1	3	3	21	2	3	3	3	2	1	3	3	3	1	2	2	3	3	2	3	39	2	3	3	2	3	3	16	76
2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	24	3	1	3	3	2	2	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	41	3	3	3	3	2	3	17	82
3	3	2	3	3	1	3	1	3	2	21	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	44	2	2	3	2	3	3	15	80
4	3	3	2	3	2	2	1	2	3	21	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	2	3	2	3	3	2	41	3	3	3	2	3	3	17	79
5	3	3	3	2	1	3	3	3	2	23	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	43	3	3	3	2	3	3	17	83
6	3	2	3	3	1	3	2	3	2	22	2	3	2	3	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3	2	3	40	2	3	3	2	3	2	15	77
7	3	3	3	3	2	2	2	3	3	24	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	42	3	3	3	3	3	3	18	84
8	3	2	3	3	1	3	2	3	1	21	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	43	3	3	2	3	3	2	16	80
9	3	2	2	3	1	3	2	3	3	22	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	41	3	3	3	3	3	3	3	18	81
10	3	3	3	2	1	2	3	3	1	21	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	42	2	2	3	1	2	3	13	76	
11	3	3	2	3	1	3	1	2	3	21	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	44	3	2	3	3	2	2	15	80	
12	3	3	3	3	2	3	1	3	2	23	2	1	1	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	1	34	3	3	2	2	1	3	14	71
13	3	3	3	2	2	3	1	3	2	22	2	1	1	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	1	34	3	3	2	2	1	3	14	70
14	3	3	2	2	2	2	1	3	1	19	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	2	1	2	1	3	3	37	3	3	3	3	3	2	17	73
15	3	3	3	2	2	2	2	2	3	22	1	3	1	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	38	2	2	3	3	3	1	14	74
16	3	2	3	3	1	2	1	3	2	20	3	1	2	2	1	3	3	3	2	2	1	3	2	3	2	3	36	3	3	2	2	3	2	15	71
17	3	3	3	3	1	1	2	1	3	20	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	2	3	3	3	2	2	38	3	2	2	3	3	1	14	72
18	3	3	3	2	1	1	2	1	3	19	2	2	2	3	3	3	3	2	3	1	2	3	3	2	3	2	39	3	3	2	2	3	3	16	74
19	3	3	2	2	1	3	1	2	2	19	3	3	2	1	2	3	3	3	3	2	2	2	3	1	3	2	38	3	3	3	2	2	3	16	73
20	3	3	2	3	1	3	1	2	3	21	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	38	3	3	3	3	2	2	16	75
21	3	3	2	2	2	3	1	3	1	20	1	3	2	3	2	3	3	2	2	1	3	3	1	2	3	2	36	3	2	3	3	2	2	15	71
22	3	3	3	2	1	3	1	2	3	21	1	3	3	2	2	3	3	3	2	1	3	2	2	2	3	3	38	3	3	2	1	3	1	13	72
23	3	2	2	2	1	3	3	1	2	19	2	3	2	2	2	3	3	2	2	1	2	3	3	2	2	3	37	2	3	3	3	2	1	14	70
24	3	2	3	2	1	2	2	3	2	20	2	1	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	38	3	3	3	2	2	1	14	72
25	3	3	2	3	1	3	2	2	3	22	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	43	3	3	2	3	3	1	15	80	
26	3	3	2	2	1	3	2	3	3	22	2	3	2	2	2	3	3	2	2	1	3	2	1	1	2	2	33	3	3	2	2	3	2	15	70
27	3	2	2	3	1	3	3	2	2	21	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	43	3	3	3	2	3	3	17	81	
28	3	3	3	3	1	1	3	2	2	21	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	42	3	3	2	3	3	3	17	80	
29	3	2	2	3	3	1	1	2	3	20	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	42	3	3	2	3	3	1	15	77
30	3	3	2	2	2	3	3	2	1	21	3	3	3	2	2	3	3	2	2	1	3	2	2	1	1	2	35	3	3		3	3	2	14	70

633
puntaje ideal: 85

1179
X1= 633/30=21,1
S1=1,3480

462 2274

X2= 39.3
S2= 3.186

X3= 15.4
S3= 1.4044
XT=75.8
ST=4.4829

ESCALA DE ESTANINOS

a=x - 1xdesv.stand

baja: todos aquellos que son menos al valor "a"

ANEXO I

EDAD DE LAS MADRES DEL MMC EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP, LIMA – CERCADO 2016

EDAD	MADRES	
	N	%
DE 15 A 19 AÑOS	4	14
DE 20 A 35 AÑOS	22	73
DE 36 A 45 AÑOS	4	13
DE MAS DE 45 AÑOS	0	0
TOTAL	30	100

ANEXO J

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS MADRES DEL MMC EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP, LIMA – CERCADO, 2016

LUGAR DE RESIDENCIA	MADRES	
	N	%
LIMA	30	100
FUERA DE LIMA	0	0
TOTAL	30	100

ANEXO K

DISTRITOS DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES DEL MMC DEL
SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP, LIMA –
CERCADO, 2016

DISTRITO DE PROCEDENCIA	MADRES	
	N	%
SAN MARTIN DE PORRES	5	16.7
SAN JUAN DE LURIGANCHO	5	16.7
VILLA EL SALVADOR	5	16.7
EL AGUSTINO	5	16.6
LIMA CERCADO	10	33.3
TOTAL	30	100

ANEXO L

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC DEL
SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP, LIMA –
CERCADO, 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	MADRES	
	N	%
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA COMPLETA	9	30
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0
SECUNDARIA COMPLETA	10	33
SECUNDARIA INCOMPLETA	0	0
SUPERIOR COMPLETA	8	27
SUPERIOR INCOMPLETA	3	10
TOTAL	30	100

ANEXO M

OCUPACION DE LAS MADRES DEL MMC DEL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP. LIMA – CERCADO, 2016

OCUPACIÓN	MADRES	
	N	%
AMA DE CASA	22	77.3
ESTUDIANTE	8	42.7
TOTAL	30	100

ANEXO N

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DEL MMC EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP. LIMA – CERCADO. 2016

ESTADO CIVIL	MADRES	
	N	%
SOLTERA	21	70
CASADA	4	13
CONVIVIENTE	5	17
DIVORCIADA	0	0
VIUDA	0	0
TOTAL	30	100

ANEXO O

EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO DEL MMC EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP. LIMA – CERCADO, 2016

EDAD GESTACIONAL	RECIEN NACIDO	
	N	%
30 SEMANAS	8	27
31 SEMANAS	7	23
32 SEMANAS	1	3
33 SEMANAS	11	37
34 A MAS SEMANAS	3	10
TOTAL	30	100

ANEXO P

EDAD DEL RECIEN NACIDO DEL MMC EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP, LIMA – CERCADO, 2016

EDAD	RECIEN NACIDO	
	N	%
30 A 35 DIAS	17	56
36 A 40 DIAS	2	7
41 A 45 DIAS	2	7
46 A 50 DIAS	0	0
51 A MAS DIAS	9	30
TOTAL	30	100

ANEXO Q

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC SOBRE LA ATENCIÓN
BRINDADA POR LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE
INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP,
LIMA – CERCADO 2016

Percepción	Madres	
	Frecuencia	%
Desfavorable:	4	13
Medianamente Favorable:	21	70
Favorable:	5	17
TOTAL	30	100

ANEXO R

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC SOBRE LAS
DIMENSIONES TÉCNICO, INTERPERSONAL Y DEL ENTORNO
DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA ENFERMERA EN EL
SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP
LIMA - CERCADO, 2016

Percepción	Dimensiones					
	Técnica		Interpersonal		Entorno	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Desfavorable:	4	13.5	4	13	2	6.5
Medianamente Favorable:	22	73	20	67	26	87
Favorable:	4	13.5	6	20	2	6.5
TOTAL	30	100	30	100	30	100

ANEXO S

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC, SOBRE LOS ASPECTOS INTERPERSONALES EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL INMP. LIMA – CERCADO. 2016

ASPECTOS INTERPERSONALES	RESPUESTAS						TOTAL	
	SIEMPRE		A VECES		NUNCA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. La enfermera es cortés en los momentos que atiende a mi niño	30	100	0	0	0	0	30	100
2. La enfermera comprende cómo me siento por el estado de salud de mi bebé	21	70	9	30	0	0	30	100
3. La enfermera tiene paciencia cuando atiende al RN. 53.3	16	53.3	14	46.7	0	0	30	100
4. La enfermera tiene paciencia con las madres cuando se le pide información	15	50	15	50	0	0	30	100
5. La enfermera utiliza palabras difíciles cuando brinda orientación sobre los RN.	19	63.3	10	33.3	1	3.4	30	100
6. La enfermera pone atención en mi hijo y en los RN. 60	18	60	8	26.7	4	13.3	30	100
7. La enfermera no escucha se muestra apurada cuando tengo/ tienen algo que decirle o preguntarle.	16	53.3	9	30	5	16.7	30	100
8. La enfermera es amable con las madres.	16	53.3	11	36.7	3	10	30	100
9. La enfermera llama por su nombre a las madres.	12	40	13	43.3	5	16.7	30	100
TOTAL							30	100

ANEXO T

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC, SOBRE LOS
ASPECTOS TÉCNICOS EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA
ENFERMERA EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL
DEL INMP. LIMA - CERCADO. 2016

ASPECTOS TÉCNICOS	RESPUESTAS						TOTAL	
	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1.La enfermera sabe explicar acerca del tratamiento farmacológico de pastillas e inyectables de los RN y de cómo está evolucionando.	11	36.6	15	50	4	13.4	30	100
2.La enfermera aplica el tratamiento farmacológico cuidadosamente y en forma correcta.	12	40	18	60	0	0	30	100
3.La Enfermera administra el tratamiento Farmacológico en el horario indicado.	14	46.7	16	53.3	0	0	30	100
4. La enfermera brinda información útil y precisa sobre normas y rutinas del servicio.	20	66.6	4	13.3	6	20	30	100
5. La enfermera cura el eritema de pañal de mi niño con delicadeza.	15	50	13	43.3	2	6.7	30	100
6.La enfermera enseña a la madre la técnica correcta de amamantamiento	20	66.7	9	30	1	3.3	30	100
7.La enfermera explica los beneficios de la técnica del amamantamiento para el RN.	21	70	8	26.6	1	3.4	30	100
8.La enfermera me enseña cómo cuidar mis pechos para dar de lactar a mi hijo.	10	33.3	18	60	2	6.7	30	100
9.La enfermera verifica constantemente si estoy realizando correctamente la técnica canguro.	28	93.3	1	3.3	1	3.4	30	100
10 .La enfermera se queda callada cuando le pregunto algo.	13	43.3	12	40	5	16.7	30	100

11. La enfermera se preocupa de verificar si entendí lo que me explico.	29	96.7	1	3.3	0	0	30	100
12.La enfermera supervisa si realice o no el lavado de manos	21	70	8	26.7	1	3.3	30	100
12. La enfermera brinda su vitamina vía oral en la dosis indicada.	15	50	14	46.7	1	3.3	30	100
14.La enfermera explica a la madre la importancia del contacto físico.	15	50	10	33.3	5 /	16.7	30	100
15.La enfermera brinda oxígeno a mi hijo	13	43.4	16	53.3	1	3.3	30	100
16.La enfermera realiza la higiene perianal y aplica crema al RN.	13	43.4	15	50	2	6.6	30	100
TOTAL							30	100

ANEXO U

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES DEL MMC, SOBRE LOS
ASPECTOS DEL ENTORNO EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR LA
ENFERMERA EN EL SERVICIO DE INTERMEDIOS NEONATAL DEL
INMP. LIMA - CERCADO 2016

ASPECTOS DEL ENTORNO	RESPUESTAS						TOTAL	
	SIEMPRE		A VECES		NUNCA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. La enfermera mantiene el ambiente donde está el RN, limpio y ordenado	25	83.3	5	16.7	0	0	30	100
2. La enfermera brinda un mandil limpio y en buenas condiciones a las madres.	23	76.6	7	23.4	0	0	30	100
3. La enfermera brinda ambiente agradable y confortable.	16	53.3	12	40	2	6.7	30	100
4. La enfermera brinda un servicio que cuenta con material necesario para el lavado de manos.	18	60	11	36.6	1	3.3	30	100
5. La enfermera brinda un ambiente que tiene una temperatura cálida para el bebé y sin corrientes de aire.	19	63.3	10	33.3	1	3.4	30	100
6. La enfermera brinda el ambiente sin privacidad para realizar el método canguro.	7	23.3	12	40	11	36.7	30	100
TOTAL							30	100