



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN UN PROGRAMA MADRE CANGURO**

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

P R E S E N T A

**Licenciada en Enfermería
ETHEL MARINTA CORPUS RAMÍREZ**

COMITÉ DE TESIS

Directora:

DRA. JOSEFINA GALLEGOS MARTÍNEZ, UASLP

Co-Asesores

DR. JAIME REYES HERNÁNDEZ, UASLP

DRA. ADRIANA MORAES LEITE, USP-EERP

MAE SOFÍA CHEVERRÍA RIVERA, UASLP

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., DICIEMBRE 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Satisfacción de las Usuarias y Nivel de Conocimientos del
Personal de Enfermería en un Programa Madre Canguro

TESIS

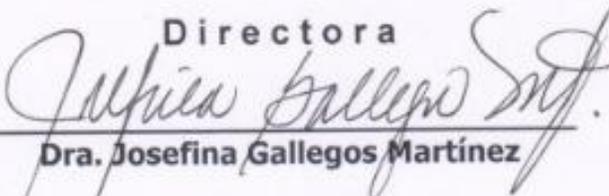
Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

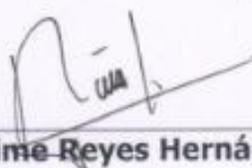
Licenciada en Enfermería
ETHEL MARINTA CORPUS RAMÍREZ

Aprobado por el Comité de Tesis:

Directora


Dra. Josefina Gallegos Martínez

Co-Directores


Dr. Jaime Reyes Hernández


Dra. Adriana Moraes Leite


MAAE. Sofia Cheverría Rivera

18 de Diciembre de 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

“Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un programa madre canguro

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
ETHEL MARINTA CORPUS RAMÍREZ**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO

MEP. Claudia Elena González Acevedo

SECRETARIO

Dra. Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez

VOCAL

Dra. Josefina Gallegos Martínez

18 DE DICIEMBRE DE 2015

RESUMEN

Introducción: Según el informe mundial “Nacidos demasiado pronto” uno de cada diez nacimientos son prematuros y se estiman más de un millón de muertes por año debido a las complicaciones del nacimiento prematuro. Como respuesta a esta problemática, surgió en Colombia el Método Madre Canguro el cual se ha demostrado que presenta un modelo de atención seguro y humanizado, con una importante relación costo-beneficio, que permite no sólo una mayor sobrevivencia sino una mejor calidad de vida del neonato.

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. **Metodología:** 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 además 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.

Palabras Clave: Método Madre-Canguro, Prematuro, Enfermería neonatal

***“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino
como una oportunidad para penetrar en el bello
y maravilloso mundo del saber”***

Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

A CONACyT, por el apoyo brindado durante el curso de la maestría.

Al Hospital del Niño y la Mujer de San Luis Potosí por abrir las puertas de la institución para la presente investigación; a la Lic. Rosy Corpus y a la Lic. Isabel Moreno, por sus valiosas aportaciones.

A la Escola de Enfermagem de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto por la facilidad brindada para realizar la estancia; a las docentes Carmen Gracinda Silvan Scochi y Adriana Moraes Leite por fungir como anfitrionas y por compartir su experiencia y conocimiento; a Talita y Lucy por el apoyo y amistad ofrecida.

Al proyecto VEVA FMSLP-2012-C01-195424 “Panorama epidemiológico, nuevos blancos y estrategias terapéuticas para enfermedades crónico-degenerativas afiliadas a sobrepeso y obesidad den población pediátrica en San Luis Potosí”, por el apoyo para realizar la estancia en la USP-RP.

A mi directora de tesis la Dra. Josefina Gallegos Martínez, por compartirme sus conocimientos y brindarme su amistad; a mis asesores Dra. Adriana Moraes Leite, MAAE Sofía Cheverría Rivera y Dr. Jaime Reyes Hernández, por enriquecer la tesis con sus particulares conocimientos.

A mi familia, amigos y todas las personas que estuvieron acompañándome durante esta etapa y que me ayudaron a llegar a la meta.

En especial, gracias a las madres que aceptaron participar en el estudio.

INDICE

| | |
|---|----|
| I. Introducción..... | 10 |
| II. Justificación..... | 12 |
| III. Objetivos..... | 19 |
| IV. Marco teórico | |
| 4.1 Fisiopatología de la prematuridad..... | 20 |
| 4.2 Los avances en cuidados neonatales y el método canguro..... | 24 |
| 4.3 Conocimiento como base de la práctica enfermera..... | 27 |
| 4.4 Satisfacción del usuario como indicador de calidad de la atención..... | 29 |
| 4.5 Percepciones, expresión de la calidad del servicio..... | 31 |
| 4.6 Antecedentes científicos relacionados con la satisfacción de las usuarias y el nivel de conocimientos del PMC..... | 31 |
| V. Metodología..... | 36 |
| VI. Resultados..... | 48 |
| VII. Discusión | 73 |
| VIII. Conclusiones..... | 78 |
| IX. Recomendaciones..... | 79 |
| X. Limitantes..... | 80 |
| XI. Bibliografía..... | 81 |
| XII. Anexos..... | 89 |

INDICE DE CUADROS

| No. Cuadro | Título | Página |
|---------------|--|--------|
| 1 | Características generales del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Abril 2015. | 44 |
| 2 | Capacitación y tipo de capacitación del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Abril 2015 | 45 |
| 3 | Nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Abril 2015. | 46 |
| 4 | Nivel de conocimientos del personal vinculado al Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, Abril 2015. | 47 |
| 5 | Características generales de las usuarias del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015 | 48 |
| 6 | Características perinatales de los neonatos del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015. | 49 |
| 7 | Satisfacción de las usuarias en el dominio Impresión general del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo-Septiembre 2015. | 50 |
| 8 | Satisfacción de las usuarias en el dominio Accesibilidad y disponibilidad del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015 | 51 |
| 9 | Satisfacción de las usuarias en el dominio Cortesía y respeto del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015. | 52 |

| | | |
|----|--|----|
| 10 | Satisfacción de las usuarias en el dominio Coordinación e integración de los cuidados del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015. | 53 |
| 11 | Satisfacción de las usuarias en el dominio Información y comunicación del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015. | 54 |
| 12 | Satisfacción de las usuarias en la dimensión Relación entre los padres y el equipo de salud del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015. | 55 |
| 13 | Satisfacción de las usuarias en el dominio Confort físico del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015. | 56 |
| 14 | Promedio de satisfacción en porcentaje de las usuarias en el dominio Continuidad del cuidado del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015. | 56 |
| 15 | Satisfacción por dominios y global de las usuarias del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015. | 57 |

I. INTRODUCCIÓN

Según el informe mundial “Nacidos demasiado pronto” uno de cada diez nacimientos son prematuros. Se estiman más de un millón de muertes por año debido a las complicaciones del nacimiento prematuro y muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica o educativa, a menudo a un gran costo para las familias y la sociedad. Cerca del 75 por ciento 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.¹

Como respuesta a esta problemática, surgió en Colombia en la década de los 70, el Programa Madre Canguro (PMC) el cual se ha demostrado que presenta un modelo de atención seguro y humanizado, con una importante relación costo-beneficio, que permite no sólo una mayor sobrevivencia sino una mejor calidad de vida del neonato. Este modelo puede aplicarse tanto en los países desarrollados como en los países tecnológicamente menos desarrollados. Pero sobre todo, el Programa Madre Canguro garantiza el fortalecimiento del vínculo de la diada madre-hijo.²

El implementar el PMC en una unidad neonatal sustenta una serie de beneficios para el binomio madre-hijo, la sociedad, la familia y la ecología que inducen a establecer estrategias y medidas de acción para la implementación de políticas institucionales que fomenten, a partir de un estado de enfermedad, el óptimo crecimiento y desarrollo del neonato.³

Entre los recursos más importantes relativos a la articulación del PMC la OMS hace énfasis en la madre, el personal capacitado y un entorno propicio⁴; es por eso que un acercamiento a la evaluación de estos requerimientos mínimos es indispensable para asegurar el adecuado funcionamiento del Programa Madre Canguro.

En este estudio implementado en el Hospital del Niño y la Mujer, de carácter cualitativo-cuantitativo se abordaron dos de los elementos antes mencionados en el PMC; por un lado se identificó el nivel de conocimientos del personal de enfermería que se encuentra vinculado al PMC; por otra parte se midió la satisfacción de las usuarias como un indicador de la atención, complementándose con una parte cualitativa donde se exploraron las percepciones y expectativas que las madres usuarias tenían del programa.

El presente trabajo se conforma de varios apartados. En el primer capítulo se plantea el problema y justificantes con base en la magnitud y trascendencia de la prematuridad como problema epidemiológico, costos y complicaciones, partiendo de ahí para puntualizar la importancia del uso del PMC como uno de las soluciones a esta situación.

Posteriormente se plantean los objetivos que guiaron el desarrollo de la investigación, seguidos del segundo capítulo o marco teórico donde se abordan los referentes sobre la prematuridad, el PMC, el conocimiento en enfermería, la satisfacción del usuario y un análisis de estudios previos, así como un referencial sobre percepciones y expectativas para el abordaje cualitativo.

En el tercer capítulo se describe la metodología empleada donde se incluye el tipo, diseño del estudio, universo, muestra y muestreo, límites de estudio, lugar de estudio, variables, criterios de investigación, instrumentos, procedimientos, prueba piloto, análisis de la información, financiamiento y aspectos ético-legales.

Finalmente, se describen los resultados encontrados que permiten realizar el análisis y la discusión, plantear las conclusiones y construir las recomendaciones al programa.

II. JUSTIFICACIÓN

El parto y nacimiento prematuro continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye aún un reto y punto de atención para el obstetra y el neonatólogo. El aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, refleja no solo el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como prematuro al neonato nacido antes de las 37 semanas de gestación.⁶ Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (<28 semanas), muy prematuros (28 a <32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas).⁶ La tasa de nacimientos prematuros en 184 países afiliados a la OMS va de 5 a 18%,⁹ por eso la OMS en las metas ampliadas estableció que deberá reducirse la tasa de mortalidad neonatal por parto prematuro en 50% en el periodo 2010-2025 en los países con tasa $\geq 5 \times 1,000$ nacidos vivos, lo que evitaría que 550,000 prematuros mueran cada año para el 2025.⁷ Las tres recomendaciones básicas de la OMS para evitar la muerte neonatal son: el uso de inyecciones de esteroides prenatales, el uso de antibióticos básicos y la aplicación del Método Madre Canguro.⁶

Para alcanzar el cuarto de los Objetivo de Desarrollo del Milenio los países en desarrollo deben abordar y reducir el exceso de mortalidad neonatal ya que cada año más de 20 millones de bebés nacen prematuros y / o con bajo peso al nacer, el 95% de estos ocurre en el mundo en desarrollo.⁸

El riesgo de nacimientos prematuros para la población internacional se estima aproximadamente entre el 6 y 10%. Después de las 28 semanas de gestación, las tasas de mortalidad prenatal y neonatal se hayan estrechamente ligadas con la incidencia de prematuridad. La contribución a la mortalidad infantil de este grupo de niños es entre 40 y 60% debido a la alta mortalidad antes de cumplir 28 días de vida. Las tasas de parto prematuro en el periodo 1990-2010 sugieren un aumento de recién nacidos pretérmino que puede explicarse, en parte, por el mejor registro de los nacimientos prematuros; sin embargo, las tendencias de la tasa de prematuridad de los países de bajos y medianos ingresos siguen siendo inciertas.⁶

El nacimiento de un niño prematuro lleva implícita una repercusión importante en las familias y elevado costo monetario para los sistemas de salud; los niños que sobreviven tienen un aumento del riesgo de discapacidad visual, auditiva y de aprendizaje durante toda su vida.¹⁰

En Estados Unidos, por ejemplo, el costo económico- social asociado con el parto prematuro en 2005 fue de 26.2 mil millones de dólares. Los costos médicos promedio del primer año en atención hospitalaria y ambulatoria fueron 10 veces mayores para los prematuros que para los recién nacidos a término y la estancia hospitalaria media fue nueve veces más prolongada.¹¹

En México, el Instituto Nacional de Perinatología reportó una incidencia de prematuridad de 19.7% que contribuye con 38.4% de muertes neonatales, por lo que se ubica como la primera causa de mortalidad perinatal. El Instituto Mexicano del Seguro Social reporta una frecuencia de prematuridad de 8%, con cifras que van desde 2.8% en Sinaloa hasta 16.6% en Hidalgo. En el Hospital General de México, la incidencia de prematuridad reportada fue 4.1%, con 2.8% de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en un estudio realizado de 1995 a 2001.¹² En el estado de San Luis Potosí se reportó una incidencia del 8.2%

de partos prematuros en el periodo del año 2007 al 2012, encontrándose entre las más altas del país, superado solamente por Aguascalientes con un 9.2% y por Zacatecas con un 8.8%.⁹

En México en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, por medio del Plan Sectorial de Salud, aborda estrategias y líneas de acción en las que se afronta la mortalidad infantil ya que, según datos del INEGI la tasa de mortalidad neonatal en México se encuentra en 8.6 muy superior a la tasa de 2.8 como objetivo que indica la OCDE. En la cuarta estrategia *Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país*, se mencionan varias líneas de acción, entre ellas se encuentra el asegurar la participación de todos los actores para disminuir la mortalidad infantil, mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y menores de cinco años, promover la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad, fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buena prácticas de crianza y estimulación temprana¹³. Estas líneas de acción se pueden impulsar por programas como el de Madre Canguro.

Los recién nacidos prematuros que presenten alguna patología son candidatos para la unidad de cuidado intensivo neonatal; estos niños son muy propensos a las complicaciones y por esta razón gran parte del cuidado intensivo neonatal consiste en la utilización de máquinas, equipos y otras terapias a fin de compensar la falta de pleno desarrollo del niño¹⁴.

Las tecnologías más comunes son los ventiladores y los dispositivos de respiración a presión para el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria (SDR), las incubadoras, cunas radiantes, terapia intravenosa, fototerapia y otras. Algunas de estas terapias tienen efectos secundarios o pueden causar alguna incapacidad al niño, aunque muchos niños por el solo hecho de que son prematuros quedan con secuelas neurológicas.¹⁴

El aumento de la tasa de sobrevida de esta población ha llevado a la implementación de programas para fortalecer el vínculo padres- hijos¹⁵ como lo es el PMC, el cual fue implementado por los médicos Edgar Rey y Héctor Martínez en Colombia a finales de la década de los setenta. Este programa surge como respuesta a una problemática en la Unidad Neonatal en el Instituto Materno Infantil de Colombia, Bogotá donde se presentaba una situación crítica de hacinamiento y aislamiento de los neonatos de su propia madre; además de una mortalidad extremadamente alta de neonatos de bajo peso aunado a la posibilidad de infecciones cruzadas que empeoraba el pronóstico.²

El PMC presenta un modelo de atención seguro y humanizado, con una importante ventaja en la relación costo-beneficio, que permite no sólo una mayor sobrevida sino una mejor calidad de vida del neonato. Puede aplicarse tanto en los países desarrollados como en los países tecnológicamente menos desarrollados. Pero sobre todo, garantiza el fortalecimiento del vínculo de la diada madre-hijo.² El PMC ha sido reconocido como una metodología eficaz y costo-efectiva que permite a las instituciones de salud realizar un proceso de cuidado y seguimiento de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer, mejora el pronóstico y las secuelas por prematuridad.¹⁶

Diversos estudios justifican la aplicación de este método teniendo en cuenta los siguientes beneficios demostrados:

- Desarrollo neurocomportamental.¹⁷
- El estrechamiento de los vínculos afectivos madre-hijo y el resto de la familia.¹⁸
- La reducción de la morbi-mortalidad hospitalaria.¹⁹
- Reducción significativa de los costos.²⁰

El Hospital del Niño y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa integró el Método Madre Canguro en el año de 2013, como respuesta a la incidencia de partos

prematuros en la institución y como apoyo para la iniciativa “Hospital amigo del niño y de la madre” para fortalecer, promover, prevenir y apoyar la lactancia materna y los derechos del niño prematuro.

El PMC se lleva a cabo en la sala de crecimiento y desarrollo del servicio de pediatría, donde se inició en el 2013, ya que según las estadísticas de ingreso al servicio, el 68% de éstos eran neonatos de bajo peso al nacer o prematuros. El programa va dirigido a todo aquel recién nacido de bajo peso o prematuro que se encuentre internado en esta área y a las madres que cubran los requisitos para participar en el programa (sin enfermedades infecto-contagiosas, sin problemas de farmacodependencia, con capacidad física y mental, que acepten el contacto continuo, que practiquen la lactancia materna).

Este programa tiene como objetivo general: Establecer el manejo de madre canguro en los servicios donde se atienden recién nacidos de bajo peso al nacer y prematuridad. Como objetivos específicos: establecer el acercamiento madre e hijo a través del contacto piel a piel y posición canguro a los bebés hospitalizados tan pronto como su condición lo permita, en la sala de crecimiento y desarrollo del servicio de pediatría; proporcionar orientación a las madres sobre lactancia materna y extracción manual para ser proveedoras de la alimentación de su bebé basada en leche humana; aplicar el cuidado con enfoque humanístico por el personal de enfermería en la atención de los bebés prematuros y de bajo peso al nacer en la sala de crecimiento y desarrollo del servicio de pediatría; capacitar a los padres sobre estimulación temprana de los niños internados en la sala de crecimiento y desarrollo.

Las investigaciones han mostrado que las madres aprecian el PMC una vez que se han familiarizado con él. Todas las madres pueden aplicarlo, independientemente de su edad, número de partos, educación, cultura y religión. Sin embargo, es indispensable describirles cuidadosamente los aspectos que conforman el método, ventajas y las implicaciones de los cuidados. Debe de

tomarse en consideración: la voluntad de la madre, la completa disponibilidad, el estado de salud en general, el apoyo familiar.⁴

Un estudio realizado en un hospital arrojó que el 70.9% de las madres que estuvieron satisfechas con la aplicación del método piel a piel, manifestaron menos temor, mayor confianza y seguridad, así como mejor desempeño en el manejo de estos bebés.²¹

La satisfacción del usuario además de ser en sí un objetivo y resultado de la atención, puede verse también como una contribución al logro de los mismos. Es más probable que un usuario satisfecho coopere eficazmente y que acepte y siga las recomendaciones. La satisfacción del usuario es fundamental como una medida de calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor; por lo tanto es un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación.²²

Por otro lado, la revisión de la literatura acerca del PMC sugiere que, si bien se han demostrado los beneficios tanto para los bebés y los padres, algunas enfermeras neonatales no muestran una conciencia de la investigación actual método canguro. Como tienen el mayor contacto entre padres e infantil y la influencia sobre si el método canguro se lleva a cabo, sus conocimientos y creencias son de importancia.²⁷ El rol de personal de enfermería en el PMC es clave, ya que tiene mayor contacto con los padres, estando sus actividades relacionadas con la enseñanza, orientación, supervisión de los diferentes aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del neonato y su entorno.

La educación hacia los padres, tiene el objetivo de favorecer la aceptación, la adaptación emocional y psicológica con el cuidado del niño en el ambiente hospitalario y posteriormente en el hogar. La enfermera ayuda a desarrollar la

capacidad materna y la autosuficiencia, teniendo en cuenta su diferencias culturales, sus hábitos, costumbres, creencias y actitudes que puedan interferir en la interpretación de los padres hacia el PMC; es por esto que lo conocimientos del personal deben de ser sólidos y científicos, para así poder transmitirlos a los padres.²³

Preguntas de investigación

¿Cuál es el nivel de satisfacción de las usuarias y el nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer?

¿Cuáles son las percepciones de las usuarias participantes del Programa Madre Canguro en el Hospital del Niño y la Mujer?

III. OBJETIVOS

Generales

Analizar el nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro, en el Hospital del Niño y la Mujer de San Luis Potosí.

Analizar el nivel de satisfacción de las usuarias participantes del Programa Madre Canguro, en el Hospital del Niño y la Mujer de San Luis Potosí.

Analizar las percepciones que tienen las usuarias participantes del Programa Madre Canguro, en el Hospital del Niño y la Mujer de San Luis Potosí.

IV. MARCO TEÓRICO

Como ya se ha analizado en el capítulo anterior, el objetivo primordial del Programa Madre Canguro es el cuidado del neonato. Para comprender su importancia es necesario analizar los referentes sobre la prematuridad y todas las posibles complicaciones que se puede derivar de esta condición; así como del PMC, el conocimiento en enfermería, la satisfacción del usuario y un análisis de estudios previos, así como un referencial sobre percepciones y expectativas para el abordaje cualitativo

4.1 Fisiopatología de la prematuridad

La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros, y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales.¹³ Antes de los años 60 se consideraba inviable el feto menor de 28 semanas. Si bien se reportaba ocasionalmente sobrevivencia de niños menores de 1.000 g, la mortalidad para ese grupo era mayor del 90%. El cuidado de los prematuros y la tecnología han ido aumentando gradualmente la sobrevivencia de niños, y, hoy en día, el límite de viabilidad (suficiente madurez biológica para poder vivir) aceptada en la mayor parte de los países está en las 24 semanas.²⁴

Cerca del 75 por ciento de estos bebés prematuros que mueren podrían sobrevivir sin una atención costosa, con tratamientos simples, comprobados y económicos, así como medidas preventivas que estuvieran disponibles en todo el mundo, según un informe de la OMS. El nacimiento prematuro es definido como de menos

de 37 semanas completas de gestación, que es la definición estándar de la OMS. Los neonatos prematuros se definen en tres categorías:

- Prematuro tardío—aquellos nacidos entre las 32 y 37 semanas—que representan el 84 por ciento del total de nacimientos prematuros o 12.5 millones. La mayoría sobrevive con atención de apoyo.
- Muy prematuros —aquellos nacidos entre las 28 y 32 semanas. Estos bebés requieren atención de apoyo adicional. La mayoría sobrevive.
- Extremadamente prematuros —aquellos nacidos antes de las 28 semanas. Estos recién nacidos requieren la atención más intensiva y costosa para sobrevivir. En los países desarrollados, estos bebés tienen un 90 por ciento de posibilidades de supervivencia, aunque pueden sufrir discapacidades física, neurológicas y de aprendizaje. En países de bajos ingresos, sólo el 10 por ciento sobrevive.²⁵

La inmadurez de las funciones orgánicas, las complicaciones y los trastornos específicos de la prematuridad determinan la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades que difieren en comparación con los recién nacidos normales. Las patologías más frecuentes a las que enfrentan los prematuros pueden ser:

Respiratoria:

La función pulmonar del pretérmino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo-capilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares. Por último existe una probable hiposensibilidad de quimiorreceptores responsables del servocontrol. La patología respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad del pretérmino y viene representada por el distrés respiratorio por

déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina, seguida de las apneas del pretérmino y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición.⁵

Neurológica:

La inmadurez es la constante del SNC del pretérmino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija. La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y es casa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular (HIV) y su forma más grave de infarto hemorrágico. Su frecuencia en pretérminos con peso inferior a 750 gr supera el 50%, mientras que baja al 10% en los de peso superior a 1250 gr.⁵

Oftalmológica:

La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pretérmino y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del pretérmino (ROP). La tasa de ROP es desciende conforme aumenta la edad gestacional (EG); las formas severas aparecen con EG inferior a 28 semanas y peso inferior a 1000gr.⁵

Cardiaca:

La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardiaca. La persistencia del ductus arterioso (PDA) es una patología prevalente en los pretérminos, debido por una parte a la insensibilidad al aumento de la oxigenación y por otra parte a la caída anticipada

de la presión pulmonar que hace que el *shunt* izquierda derecha se establezca precozmente.⁵

Gastrointestinal:

La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas, existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta. La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación. El tubo digestivo es susceptible de maduración substrato inducida por lo que se consigue eficaz digestión de forma rápida, siendo el déficit más persistente el de la absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles. La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de enterocolitis necrotizante (ECN) en cuya patogenia se mezclan factores madurativos, vasculares, hipoxémicos e infecciosos.⁵

Inmunológica

El sistema inmune del recién nacido pretérmino, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica muestra una disminución de IgG que es de transferencia materna, y prácticamente ausencia de Ig A e Ig M; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente. La incapacidad de limitar la infección a un territorio orgánico, hace que la infección neonatal sea sinónimo de sepsis, con focos secundarios que comprometen severamente el pronóstico como es la meningitis neonatal.⁵

Metabólica:

La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia.⁵

4.2 Los avances en cuidados neonatales y el método canguro

Uno de los factores que más incide en la aparición de eventos adversos es el tiempo de estancia hospitalaria. Durante el tiempo en que el neonato está hospitalizado, se ve sometido a gran cantidad de procedimientos; generalmente invasivos, que alteran su integridad y predisponen a la aparición de complicaciones, siendo la más comunes las infecciones nosocomiales.²⁶ Con los avances científicos se ha disminuido enormemente los porcentajes de mortalidad para recién nacidos pretérmino y recién nacidos de alto riesgo que pudieran presentar compromiso en su desarrollo. El desafío que enfrentan los profesionales de la salud al cuidado de estos bebés y sus familias no es sólo asegurar la supervivencia del bebé, sino también optimizar el curso y resultado de su desarrollo.²⁷

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo constituyen un sistema de cuidados que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad. Los CCD se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente y los aplica al periodo neonatal. Es así como surgen programas basados en CCD los cuales comprenden:

- 1) Intervenciones dirigidas a optimizar el macroambiente mediante reducción de luces, ruidos.

- 2) Intervenciones dirigidas a optimizar el microambiente, contención mediante la postura límites físicos externos, manipulación reducida mediante agrupación de cuidados, alivio del dolor.
- 3) Intervenciones sobre la familia para facilitar su participación y optimizar su papel de cuidador principal del niño.²⁸

La implementación de estos cuidados comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo. El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de atención, y las intervenciones terapéuticas en sí mismas quedan en un segundo plano. Los procesos se adaptan a las características del niño y de sus familias y no al contrario. Los CCD suponen, no tanto un cambio en los procesos terapéuticos, como un cambio en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes. De aquí es donde se desprende el MMC, con el fin de potenciar el rol de cuidador de la madre.

El MMC es un sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y su madre y que busca empoderar a la madre (a los padres o cuidadores) y transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.²⁹

En 1979, los doctores Rey y Martínez, del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá (Colombia), preocupados por el número insuficiente de incubadoras para atender a los niños prematuros y por la alta frecuencia de infecciones hospitalarias, iniciaron un programa de cuidados del prematuro que, en síntesis, consistía en colocar al niño en contacto piel con piel entre los pechos de su madre, alimentarle con leche materna, adelantarle el alta y continuar con este tipo de cuidados en el domicilio.³⁰

La OMS en su guía práctica define al MMC como la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre “se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término”

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 inicia 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 y seguimiento adecuados
- Se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros.

El momento del inicio del MMC en los estudios examinados varía desde el post parto inmediato hasta algunos días después del nacimiento. La duración diaria y general del contacto piel a piel fluctúa asimismo desde algunos minutos (por ej., 30 minutos al día como promedio) hasta prácticamente las 24 horas del día, y desde unos pocos días hasta varias semanas. Cuanto más duran los cuidados, más fuerza adquiere la posible asociación directa y causal entre el MMC y los resultados obtenidos. Además, en los casos en los que el MMC se dispensa a lo largo de un periodo de tiempo prolongado, suele ser la madre, en lugar del personal de enfermería o la incubadora, la encargada de aplicarlo.⁴

Actualmente, se dispone de numerosos estudios, algunos de ellos con diseño de ensayo clínico, que han abordado el MMC desde uno u otro aspecto. Se ha prestado especial atención a la termorregulación, la lactancia materna, las pausas de apnea, el dolor, las infecciones, el incremento ponderal y los aspectos afectivos y de vinculación de los padres con el niño.

La posición canguro favorece la recepción de una serie de estímulos positivos: auditiva a través de la voz materna, olfativa por la proximidad al cuerpo de la madre, vestibular-cinestésica por la situación del bebé sobre el tórax materno, táctil a través del contacto piel con piel permanente, y visual, ya que colocar al niño en posición semincorporada (unos 60° de inclinación vertical) le permite ver la cara y el cuerpo maternos. El MMC también parece prevenir los déficit de atención y del lóbulo frontal en el periodo neonatal. Todos los cuidados que favorezcan el desarrollo del niño durante el ingreso facilitarán la adecuada organización cerebral y la evolución posterior.³⁰

Entre los recursos más importantes relativos al MMC se incluye a la madre, un personal que cuente con capacitación especial y un entorno propicio⁴; es por eso que la evaluación del programa y de estos requerimientos mínimos es indispensable para asegurar el adecuado funcionamiento del PMC.

De acuerdo a Donabedian la capacitación de los recursos humanos que están al frente de la atención médica es la base para la buena praxis, y de ahí deriva la satisfacción del paciente.

4.3 Conocimiento como base de la práctica enfermera.

Al conocimiento se le define como el conjunto de información que posee el hombre, adquirido como producto de su experiencia individual de lo que ha visto, oído y de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos.

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente, dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan bases al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que

permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la enfermería aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes. El personal de enfermería, frecuentemente se pregunta si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del paciente, estas interrogantes las mantendrán interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistemas clásicos y de vanguardia.³¹

Estos conocimientos fundamentan el saber y permite enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día.³²

La guía de la OMS refiere que el MMC⁴ no precisa más personal que la atención convencional, pero deben contar con formación básica en materia de lactancia materna y conocimientos en todos los aspectos que se describen a continuación:

- Cuándo y cómo iniciar el MMC

- Como colocar al recién nacido entre y durante las tomas
- Alimentación de los recién nacidos prematuros y con BPN
- Métodos de alimentación alternativos
- Involucrar a la madre en los aspectos relativos a la atención del bebé
- Empezar las acciones oportunas y apropiadas cuando se detecte algún problema
- Criterios del alta

Aunado a la formación del recurso humano, la satisfacción del usuario se ha tomado como un indicador importante de la calidad, además de ser en sí un objetivo y resultado de la atención puede verse también como una contribución a otros objetivos y resultados. La evaluación del usuario acerca de la calidad, de alguna manera corresponde a la evaluación de un profesional sobre la calidad de la misma atención.²²

4.4 Satisfacción del usuario como indicador de calidad de la atención.

Siendo la madre la protagonista en el mayor de los casos del cuidado del prematuro, es indispensable conocer su opinión como usuaria, ya que como Donabedian²² refiere “es más probable que un usuario satisfecho coopere eficazmente, acepte y siga las recomendaciones”

Avedis Donabedian definió en 1980 la calidad de la atención como “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”³³

La International Organization for Standardization (ISO), 1989 definió la calidad como “el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”³⁴. De esta forma se cuenta con dos conceptos fundamentales, uno, que la calidad de la asistencia es medible y el otro que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo por lo cual depende de su definición.

La contribución de la OMS en 1991 enfocó dos elementos para la alta calidad de la atención sanitaria, por una parte la identificación de las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y por otra parte los recursos (humanos y otros), destinados de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.³⁵

El concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración o la gerencia, a cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común. En toda acción de evaluación y mejora de la calidad debe establecerse cuál es la mejor práctica considerada correcta, lo cual constituye el criterio de comparación, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a la mejor evidencia científica o por consenso entre los afectados por un determinado problema. Los resultados se usan para proponer e implantar medidas correctoras y eficaces hasta alcanzar los niveles de calidad previamente establecidos. La mejora de la calidad debe ser continua y consecuentemente los estándares elevarse continuamente y de forma relevante, debe estar centrado en el paciente.³³

Todo parece indicar que la calidad de los servicios es un constructo considerablemente cambiante e inestable y dado que el concepto de satisfacción

se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los servicios que ha recibido, se decidió complementar este estudio con una parte cualitativa que diera a conocer estos dos aspectos de las usuarias del PMC.³⁶

4.5 Percepción del usuario, expresión de la calidad del servicio

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio.³⁷

La percepción de los usuarios, ha sido definida como la actividad guiada por ciertas expectativas que son modificadas por la información que se ha obtenido, de esta actividad se obtiene como consecuencia en gran medida la satisfacción de la calidad de la atención recibida.³⁸

La percepción es un proceso nervioso superior que le permite al organismo, a través de los sentidos recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno y de uno mismo. La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los cinco sentidos: vista, olfato, audición, tacto y gusto, los cuales dan una realidad física del medio ambiente.³⁹

4.6 Antecedentes científicos relacionados con la satisfacción de las usuarias y el nivel de conocimientos del PMC.

Estudios científicos relacionados con la satisfacción de los padres en áreas pediátricas así como específicos del área neonatal han sido realizados; también estudios han medido el nivel de conocimientos del personal en cuanto al Método Canguro.

En una investigación de corte transversal realizada en el instituto Especializado Materno Perinatal, se midió el nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras acerca del Método Canguro por medio de un cuestionario de nivel de conocimientos y una escala de actitudes del Método Madre Canguro, se determinó que el personal de enfermería contaba con conocimiento alto y medio, sin embargo existió una significativa indecisión, poca aceptación y un mínimo rechazo hacia el método. Recomiendan elaborar un Programa de Educación Continua con relación a la aplicación del MMC para las enfermeras que brinden cuidados a los prematuros, que les permita mantenerse actualizadas en nuevas tecnologías y mejorar el cuidado del prematuro en conjunto con la madre.²³

En otra investigación titulada “Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal” realizada en la unidad neonatal (UN) del Institut Universitari Dexeus de Barcelona, se tuvo como objetivos: determinar la influencia del nivel de gravedad de los recién nacidos sobre la satisfacción de los padres y comparar los resultados antes y después de un traslado de centro. Se aplicó una encuesta de satisfacción a los padres de los neonatos (RN) ingresados en la UN. Se recogieron datos de 87 de los RN ingresados durante 10 meses, distribuidos en 2 categorías según la gravedad. Se valoró la satisfacción de los padres sobre aspectos humanos y físicos en la UN, estudiando si esta se afectó por la gravedad del RN. Se valoró el impacto del traslado sobre la satisfacción. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y modelos multivariantes. En los resultados se observó una polarización entre los aspectos humanos y los relacionados con el medio, éstos últimos fueron estadísticamente significativos con respecto a la valoración del horario de acceso de los padres y la crítica sobre mobiliario, luz y espacio físico. Los padres de los RN más graves valoraron mejor el horario pero peor el entorno. La percepción de dolor en los procedimientos es mayor en niños más graves y un 66% de los padres preferiría estar presente en los mismos. Comparando entre la UN antigua y la nueva, el único parámetro significativo fue la percepción sobre la información suministrada, peor valorada en el nuevo hospital.

La lactancia materna mejoró significativamente. La satisfacción general fue elevada. En conclusión se obtuvo que los padres de niños graves valoran la accesibilidad y son críticos con la comodidad. El horario de entrada de los padres y la ausencia de luz y ruido son predictores significativos de satisfacción en niños con estancias prolongadas. La percepción del acceso a la información empeoró con el traslado, probablemente por falta de adaptación al medio.⁴⁰

El objetivo del estudio titulado “Satisfacción de las madres con la atención de sus hijos hospitalizados” fue determinar los factores que se relacionan con la satisfacción de la madre con la atención que recibe su hijo hospitalizado. Se realizó un estudio descriptivo correlacional con 127 madres de niños hospitalizados en una institución pública de Monterrey, N.L., México. Se utilizó el cuestionario de satisfacción del familiar pediátrico. El manejo del dolor fue un factor importante para la satisfacción de las madres participantes. La satisfacción de la madre con el servicio de hospitalización se asoció con la satisfacción con la atención de enfermería ($r_s = 0,458$; $p = 0,0001$). La edad del hijo, el número de hospitalizaciones previas y la percepción de su estado de salud no fueron factores significativos para la satisfacción de las madres. Concluyeron que es importante que el servicio de hospitalización y la atención de enfermería respondan a las expectativas de los familiares de estos pacientes.⁴¹

En un estudio titulado “Las actitudes y prácticas de las enfermeras neonatales en la aplicación del MMC” cuyo objetivo fue aplicar una encuesta de actitudes y prácticas de las enfermeras neonatales en el uso del Método Madre Canguro (MMC) e identificar posibles problemas con la promoción de MMC en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Se utilizó un enfoque de investigación en dos fases que incluyó una encuesta descriptiva seguida de entrevistas en profundidad con un subconjunto de los encuestados. Con una muestra de 34 enfermeras que trabajan en la UCIN del hospital público en Melbourne. Se

analizaron los datos cuantitativos para describir las actitudes, prácticas y el papel de la enfermera neonatal en la promoción del MMC. Como resultados se obtuvieron que todas las enfermeras neonatales encuestadas asistían y animaban a los padres a proporcionar MMC y la mayoría estuvo de acuerdo en los beneficios de MMC, tanto para los padres y el bebé. Hubo una aceptación general de que el MMC puede practicarse con recién nacidos de bajo peso al nacer que requieren intubación. Los resultados también identifican preocupaciones con la práctica de MMC y cierta incertidumbre de que promueve la lactancia materna. Algunas limitaciones notables a la promoción del MMC en la UCIN fueron las pesadas cargas de trabajo del personal, la educación insuficiente, la falta de apoyo de la organización y la ausencia de protocolos claros, especialmente para los niños con bajo peso al nacer. Este estudio confirma que las enfermeras neonatales apoyan firmemente el uso del MMC en la UCIN. Aunque la mayoría de las enfermeras informó actitudes y prácticas positivas, se identificaron una serie de preocupaciones educativas y prácticas que necesitan abordarse para garantizar el MMC en recién nacidos de bajo peso.⁴²

En otra investigación titulada “Las enfermeras neonatales: conocimientos y creencias sobre el cuidado canguro con niños prematuros en una unidad neonatal de Irlanda” se utilizó un diseño cuantitativo, descriptivo con 62 enfermeras neonatales (n= 62) de las cuales cincuenta y seis enfermeras neonatales (90.3 %) creen que el Cuidado Canguro una alternativa segura para los bebés prematuros. El nivel general de conocimiento de las enfermeras neonatales variaba de bueno a excelente. Los resultados indicaron la incertidumbre de las enfermeras sobre el cuidado canguro con recién nacidos intubados y bebés que requieren el apoyo de la presión arterial, líneas umbilicales y la fototerapia. Por lo cual sugieren la necesidad de proporcionar educación sobre el cuidado canguro para el neonato de alto riesgo.⁴³

En un estudio titulado “Interpretación del cuidado neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres” cuyo objetivo fue interpretar las experiencias y vivencias

de los padres de los neonatos acerca del cuidado de enfermería que reciben sus hijos en la unidad de neonatos (UCIN) del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS). Fue un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio. Se utilizó una entrevista semiestructurada la cual sirvió como guía para obtener los testimonios de los padres y madres de los neonatos hospitalizados. Del análisis de la información obtenida de cada una de las preguntas se identificaron códigos sustantivos, los cuales se agruparon con el fin de formar las cinco categorías que surgieron. 1. Dificultades en el desempeño del rol de padres; 2. Impacto ante la hospitalización del neonato; 3. Expectativas de los padres frente al cuidado del neonato; 4. Comunicación asertiva; 5. Los padres aprenden de las(os) enfermeras(os).

Los testimonios y el análisis de cada una de estas categorías permiten un acercamiento a la interpretación de lo que es el cuidado de enfermería para los padres de los neonatos hospitalizados, a partir de sus experiencias y vivencias. En opinión de los autores, resalta el surgimiento de dos categorías muy importantes para enfermería, que se deben seguir explorando en otro tipo de investigaciones: "los padres aprenden de las enfermeras" y "comunicación asertiva".⁴⁴

V. METODOLOGÍA

5.1 Tipo

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo.

5.2 Diseño

Se trató de un estudio observacional al no manipular variables; descriptivo y transversal al realizarse en una sola medición, abordaje escogido por ser el más apropiado para medir de manera independiente los conceptos o variables estudiadas. Se utilizó además el abordaje cualitativo, para comprender las percepciones de las madres participantes del Programa Madre Canguro, en un momento específico del contexto asistencial neonatal.

5.3 Lugar de estudio

Hospital del Niño y la Mujer, hospital público de segundo nivel de atención, de cobertura regional en San Luis Potosí, tiene como misión la asistencia, enseñanza e investigación. Con 3240 nacimientos y cerca de 600 ingresos en la Unidad Neonatal como promedio anual.

El Programa Madre Canguro se lleva a cabo en la sala de crecimiento y desarrollo del servicio de pediatría, donde se inició en el año 2013, ya que según las estadísticas de ingreso al servicio, el 68% de éstos eran neonatos de bajo peso al nacer o prematuros. Este programa tiene como objetivo general establecer el manejo del programa madre canguro en los servicios donde se atienden recién nacidos de bajo peso al nacer y prematuridad.

La sala tiene capacidad para 8 pacientes, con una sala anexa que cuenta con tres sillones reclinables para mayor comodidad de las madres que permanezcan más tiempo en madre canguro.

De acuerdo a la política hospitalaria, todo el personal que se encuentra en el área de pediatría rolará por la sala de crecimiento y desarrollo a lo largo del 2015, lugar en donde se lleva a cabo el PMC.

Las madres participan en el programa de manera voluntaria, se le orienta de manera general y se les invita a participar. De esta manera no todas las madres con hijos prematuros y/o bajo peso al nacer participan en el PMC.

5.4 Universo

25 enfermeros vinculados al Programa Madre Canguro en el Hospital el Niño y la Mujer de San Luis Potosí.

208 madres de recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer ingresados en el área de crecimiento y desarrollo.

5.5 Muestra

Para el nivel de conocimientos se encuestaron a 21 enfermeros vinculados al Programa Madre Canguro, que fueron los que se encontraron en el área al momento de la recolección durante los diferentes turnos de trabajo. Se realizó la recolección de la información en abril de 2015.

Para el nivel de satisfacción de las usuarias, se realizó un muestreo no probabilístico por cuota, durante los meses de mayo a septiembre de 2015, con 30 madres que participaron en el Programa Madre Canguro.

Para la parte cualitativa sobre percepciones, se realizó un muestreo teórico y saturación de datos como criterios de calidad. Se convocó una madre representante por grupo de edad y situación gestacional: tres primíparas (1 de 15 a 19 años, 1 de 20 a 29 años, 1 de 30 ó más), tres secundíparas (1 de 15 a 19 años, 1 de 20 a 29 años, 1 de 30 ó más), tres multíparas (1 de 15 a 19 años, 1 de 20 a 29 años, 1 de 30 ó más), siempre y cuando dieran su consentimiento informado. La muestra se incrementó con base a la falta de saturación de datos con las 9 entrevistas, y finalmente se contó con 14 usuarias participantes del PMC, en cuanto se cumplió con la saturación de datos.

5.6 Criterios de estudio

Criterios de inclusión

- Para el nivel de conocimientos del PMC:

Todo aquel personal de enfermería trabajador de la institución de estudio, que de alguna manera prestaba o prestaría asistencia en la unidad neonatal al ser rolado por el Programa Madre Canguro.

- Para la satisfacción de las usuarias del PMC:

Madres participantes del Programa Madre Canguro, que sus hijos tenían más de 48 horas de internamiento y se encontraban de alta o prealta.

Criterios de exclusión

- Para el nivel de conocimientos del PMC:

Personal de enfermería que faltó o no estuvo presente en el servicio el día de la recolección de los datos.

Estudiantes de enfermería que se encontraban realizando prácticas al momento de la recolección de los datos.

- Para el nivel de satisfacción de las usuarias del PMC

Madres que se encontraban en la sala de crecimiento y desarrollo, que no practicaban el Método Madre Canguro.

5.7 Variables

Nivel de Conocimientos del personal participante en el Programa Madre Canguro, medición nominal.

Nivel de satisfacción de las usuarias del Programa Madre Canguro, medición ordinal. (Anexo 1)

Percepciones de las madres usuarias del programa, variable cualitativa, no aplica medición

5.8 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado fue el *Cuestionario para medir el nivel de conocimientos del personal vinculado en el Programa Madre Canguro* el cual estuvo basado en la Guía Práctica de la Organización Mundial de la Salud y fue realizado por la autora Corpus en el 2014, el cual fue validado por jueceo y estadísticamente obteniéndose un alfa de cronbach de 0.934 y se denominó *Cuestionario Conocimientos PMC-Corpus*. (Anexo 2)

Éste cuenta con dos apartados, el primero con los datos sociodemográficos y educativos para caracterizar la población en estudio; el segundo apartado consta de 35 aseveraciones acerca del PMC, las opciones de respuestas fueron SI o NO, según correspondiera; a cada respuesta correcta se lo otorgó un punto de valor.

| Dimensión | Aseveraciones |
|---|-----------------------------|
| Definición y beneficios del MMC | 1,2,3,4 (4) |
| Inicio del MMC | 5,6,7,8,9 (5) |
| Posición canguro | 10,11,12,13 (4) |
| Atención y duración del MMC | 14, 15,16,17 (4) |
| Vigilancia del estado del bebé durante el MMC | 18,19,20,21 (4) |
| Alimentación del recién nacido | 22,23,24,25,26,27,28 (7) |
| Vigilancia del crecimiento del recién nacido | 29, 30 (2) |
| Alta del recién nacido | 31,32,33,34,35 (5) |

El cuestionario se autoadministró en presencia del investigador principal, durante el enlace de turno. Una vez obtenidos los resultados se determinó el nivel de conocimiento según la puntuación obtenida, se clasificó de la siguiente manera: el personal que tuviera 80% o más de respuestas correctas (28 puntos) tendría un nivel de conocimientos adecuado, con 79% o menos (27 puntos o menos) un nivel inadecuado; este criterio se colocó debido que éste porcentaje ha sido frecuentemente tomado como un estándar de calidad en los indicadores de gestión aunado a que el cuestionario mide los conocimientos básicos indispensables del PMC.

Para medir el nivel de satisfacción de la usuaria, se usó el cuestionario Picker's Pediatric Acute Care, creado por el Picker Institute, el cual fue traducido y validado (alfa de Cronbach de 0.87) en Argentina por el Dr. Pablo G. Eulmesekian en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Italiano de Buenos Aires,

el cual por tratarse de población latina se adaptó para el Programa Madre Canguro en este estudio. (Anexo 3)

El cuestionario se compone de 9 partes: la primera se refiere a la información general, a la cual se le añadieron datos como ingreso mensual familiar, datos maternos y perinatales para caracterizar de manera más completa a la población en estudio. Posteriormente, se divide en 8 dominios: impresión general (4 ítems), accesibilidad y disponibilidad (7 ítems), consideración y respeto (5 ítems), coordinación e integración de cuidados (3 ítems), información y comunicación (4 ítems), relación entre padres y equipo de salud (5 ítems), confort físico (1 ítem) y continuidad de cuidados (4 ítems).

El cuestionario contaba con preguntas con cuatro tipologías de respuesta, la primera con cinco opciones con su respectivo puntaje: excelente (100 pts), muy buena (75 pts), buena (50 pts), aceptable (25 pts), pobre (0 pts); la segunda con tres posibles respuestas: siempre (100 pts), a veces (50 pts) y nunca (0 pts); la tercera: la necesaria (100 pts), demasiada (0), poca (0); la cuarta: muy organizado (100 pts), fue algo organizado (50 pts), no fue organizado (0 pts). Posteriormente se dividió en Alto grado de satisfacción a quienes respondieron “Excelente” o “Muy Buena” y quienes respondieron “Buena”, “Aceptable” o “Pobre” fueron incluidos en el grupo Bajo Grado de Satisfacción, criterio establecido por el autor del instrumento.

El cuestionario fue aplicado por la investigadora a cada una las usuarias del Programa Madre Canguro.

Para la conocer las percepciones de las usuarias se utilizó una entrevista personal semiestructurada con una pregunta detonadora *¿Puede hablarme sobre el Programa Madre Canguro en el que usted y su hijo participan?* y dos

complementarias: *¿Cuál es su idea sobre el PMC?, ¿Qué esperaba del PMC?*. (Anexo 4)

5.9 Procedimientos

Al obtener la autorización del Comité Académico de la Maestría en Administración de Enfermería (Anexo 5), se sometió al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería con registro CEIFE-2015-144 (Anexo 6) y al Comité Local de Ética e Investigación en Salud del Hospital del Niño y la Mujer, con el registro HNM/03-2015/023 (Anexo 7), posteriormente se realizó la coordinación con las asesoras clínicas asignadas para la prueba piloto, la cual se realizó con cinco enfermeras del turno matutino del área de UCIN y con una madre usuaria del Programa Madre Canguro.

Para el cuestionario de conocimientos se corrigió una pregunta que resultó confusa para los participantes. Para el cuestionario de satisfacción se agregaron dos datos referentes al recién nacido.

5.10 Recolección definitiva de datos

La recolección definitiva del cuestionario de conocimientos se llevó a cabo durante tres días del mes de abril, en el servicio de Pediatría que es donde se encuentra la sala “D” (crecimiento y desarrollo), por la cual rolaría todo el personal de enfermería durante el año 2015.

Al abordar al personal de enfermería se le dió a conocer el objetivo de la investigación, posterior a ello, otorgaron la autorización de participar en el estudio y la firma del consentimiento informado y enseguida se le explicó el llenado del cuestionario, el cual fue respondido en presencia del investigador.

La recolección del cuestionario de satisfacción y las entrevistas cualitativas semiestructuradas de las madres se llevaron a cabo durante los meses de mayo a

septiembre de 2015; se acudió a la sala N de crecimiento y desarrollo, donde se verificaron los criterios de investigación y posteriormente se informó a las mamás el objetivo de la investigación, se pidió su participación y autorización para el uso de los datos por medio del consentimiento informado.

5.11 Captura de datos

Se realizó la base de datos para el cuestionario de conocimientos en el programa PASW Statistics Editor de datos, versión 19. Se codificó de la siguiente manera: 0 para respuesta incorrecta y 1 para respuesta correcta. Se realizó la captura el mismo día de la recolección de los datos.

Para el nivel de satisfacción de las usuarias se realizó la base de datos “Recolección definitiva satisfacción usuarias” en el programa PASW Statistics Editor de datos, versión 19. Se codificó como se muestra a continuación: Excelente (100), Muy buena (75), Buena (50), Aceptable (25), Pobre (0); Siempre (100), A veces (50), Nunca (0); La necesaria (100), Demasiada (0) Poca (0); Muy organizado (100), Fue algo organizado (50), No fue organizado (0).

5.12 Procesamiento de datos y análisis estadístico

En el cuestionario de conocimientos se modificó la clasificación del puntaje que inicialmente se clasificó en tres niveles y posteriormente, a sugerencia de expertos se clasificó en dos niveles: inadecuado o adecuado, según correspondieran de manera general y por subtemas. Se realizó prueba de calidad con 5 cuestionarios para la variable nivel de conocimientos, se aplicaron medidas de tendencia central como media, mínimo, máximo y desviación estándar.

El nivel de satisfacción de las madres se analizó de la siguiente manera:

Puntaje de satisfacción de cada dominio: promedio de puntajes de las preguntas por cada dominio.

El puntaje de cada pregunta se otorgó según el tipo de respuesta, pudiendo ser cualquiera de las siguientes escalas:

1. Excelente (100).
Muy buena (75)
Buena (50)
Aceptable (25)
Pobre (0)
2. Siempre (100)
A veces (50)
Nunca (0).
3. La necesaria (100)
Demasiada (0)
Poca (0)
4. Muy organizado (100)
Fue algo organizado (50)
No fue organizado (0)

Posteriormente se realizó la división de la población en dos grupos: Alto y Bajo Grados de Satisfacción según la respuesta obtenida en la pregunta, por ejemplo: “¿Cómo calificaría, en general, los cuidados recibidos?” quienes respondan “Excelente” o “Muy Buena” fueron incluidos dentro del grupo Alto Grado de Satisfacción, y quienes respondan “Buena”, “Aceptable” o “Pobre” fueron incluidos en el grupo Bajo Grado de Satisfacción.

Se consideró respuesta negativa cuando se eligieron cualquiera de las 2 peores opciones en preguntas con 3 alternativas de respuesta o cualquiera de las 3 peores opciones en preguntas con 5 alternativas de respuesta; por el contrario, se

consideró respuesta positiva cuando alguna de las demás opciones resultaron elegidas.

Para la parte cualitativa el método utilizado fue el análisis de contenido, modalidad análisis temático que de acuerdo con Bardin, transversalmente recorta la serie de entrevistas a través de categorías previstas en el contenido del marco relacionado con el tema de estudio, que se aplicaron comparativamente y sistemáticamente en las comunicaciones para descubrir similitudes, tendencias y diferencias. Las etapas que compusieron el análisis fueron el pre-análisis que consistió en la organización de la información, la lectura, re-lectura hasta aprehender las estructuras de relevancia, basadas en sus indicadores.⁵⁸ El procedimiento de pre-análisis fue realizado por el investigador experto e investigador responsable del estudio. Los criterios de calidad en el análisis fueron la exhaustividad, se analizaron todos los elementos de comunicaciones sin excluir nada; la representatividad, los informantes representan a los actores involucrados en el fenómeno en estudio; uniformidad, los sujetos estaban interesados en el mismo fenómeno; y la importancia, las comunicaciones eran adecuadas para responder a la finalidad del estudio. A través de la aplicación de las categorías reconocidas previamente en la literatura relacionada con las percepciones de las madres canguro y diferentes tendencias y eventos similares en el texto.

Exploración del material. El material se leyó y releyó para clasificar y agregar los datos para la construcción de subtemas basados en el marco de referencia del estudio y con la intención de ir más allá de las comunicaciones obvias para descubrir las relaciones entre las estructuras semánticas y los significados de la comunicación. Se obtuvieron once subtemas sobre percepción.

Los investigadores en su totalidad discutieron y debatieron detenidamente cada categoría para validarlo en el marco de referencia. Se analizaron a fondo los indicadores y los subtemas que se generaron en la fase de exploración, a

continuación, se evaluó si realmente representa percepciones a través de la proyección sobre el contenido de las entrevistas y tomando nota de su relevancia. Así, surgieron cinco temas sobre las percepciones.

5.13 Aspectos éticos legales

Este estudio consideró la Ley General de Salud⁴⁵, dado que el mismo estuvo conformado por el personal y las usuarias; se garantiza que no se expondrá a daños innecesarios a las personas en estudio. Previo al inicio del estudio, recibieron la información necesaria sobre cuáles son los objetivos, método, beneficio, el poco riesgo debido a que no habrá intervención de ningún tipo, adicionalmente, se mantiene la confidencialidad de la información incluso en el artículo científico resultante. Después de asegurar que los participantes comprendieron la información, se les pedirá que firmen un escrito (carta) del consentimiento voluntario a la participación (Anexo 8 y 9). Así pues los participantes definirán si colaborar o no, además de poder retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

También para este estudio se consideraron los principios que establece la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁴⁶; cabe mencionar que los lineamientos de esta declaración están incorporados en la Ley General de Salud en Materia de Investigación y su reglamento, vigentes en México. En la Declaración de Helsinki se establece la necesidad de la supervisión de proceso de investigación, también de enfatizar la necesidad de obtener el consentimiento informado, contempla desde la planeación hasta la publicación de los resultados, haciendo extensivos sus lineamientos en la “investigación del material humano” y no solo a los individuos.

Otras recomendaciones importantes son las de la Asociación Internacional de Epidemiología de 1990, y las del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) en 1991. Estos principios también se han incorporado a la legislación sobre investigación en prácticamente todos los países desarrollados.

En términos prácticos, los principios éticos comúnmente aceptados en investigación biomédica con seres humanos son cuatro: respeto a la persona o autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

En lo que respecta a los derechos de autor la transformación, reproducción y comunicación pública de esta investigación corresponden a la autora de este proyecto, quien se compromete a salvaguardar y mantener discreción de los datos que se obtengan a través de los instrumentos y los resultados se utilizarán solamente con fines académicos, por lo que una vez concluida la investigación se informará de manera oficial a las autoridades del Hospital del Niño y la Mujer. Para la difusión de los resultados, la autora y sus asesores quedan en acuerdo mutuo de que la publicación escrita estará en estricto apego a las normas de autoría y se establece la carta de no conflicto de intereses. (Anexo 10)

VI. RESULTADOS

6.1 Resultados del nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al PMC.

La mayoría (95%) de la población de estudio estuvo conformada por el sexo femenino. En cuanto a la edad, la media fue de 34 años, con una desviación estándar de 8.3 años, más del 50% del personal de enfermería tenía una edad entre 30 a 39 años. La mayor parte del personal contaba con un nivel de escolaridad licenciatura y en un mínimo porcentaje (9.5%) con posgrado, referido como Especialidad en Pediatría. El 100% de la población de estudio se desempeñaba en puesto operativo. (Cuadro No.1)

Cuadro No.1 Características generales del personal de enfermería vinculado al PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Abril 2015.

n=21

| Categoría | Núm. | % |
|------------------------|------|------|
| Sexo | | |
| Femenino | 20 | 95.2 |
| Masculino | 1 | 4.8 |
| Edad por grupos | | |
| 20 a 24 | 4 | 19.0 |
| 25 a 29 | 1 | 4.8 |
| 30 a 34 | 6 | 28.6 |
| 35 a 39 | 6 | 28.6 |
| 40 a 44 | 1 | 4.8 |
| 45 o más | 3 | 14.3 |
| Escolaridad | | |
| Técnico | 4 | 19.0 |
| Licenciatura | 15 | 71.4 |
| Posgrado | 2 | 9.5 |

Fuente: Directa, Cuestionario para medir el nivel de conocimientos del personal vinculado al Programa Madre Canguro basado en la Guía Práctica de la Organización Mundial de la Salud. (CNCPMC)

Del personal de enfermería estudiado, solo el 23.8% contaban con capacitación referente al PMC la cual fue una sesión educativa impartida en el hospital con duración de media hora. (Cuadro No.2).

Cuadro No. 2 Capacitación y tipo de capacitación del personal de enfermería vinculado al PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Abril 2015.

n: 21

| Tipo de capacitación | Capacitación | | | | | |
|----------------------|--------------|------|------|------|-------|------|
| | Si | | No | | Total | |
| | Núm. | % | Núm. | % | Núm. | % |
| Sesión educativa | 5 | 23.8 | 0 | 0 | 5 | 23.8 |
| Ninguna | 0 | 0 | 16 | 76.2 | 16 | 76.2 |
| Total | 5 | 23.8 | 16 | 76.2 | 21 | 100 |

Fuente: Directa. (CNCPMC)

Como se puede observar en el cuadro No.3, el mayor nivel de conocimiento adecuado fue en Definición y beneficios del PMC y Alta del recién nacido del PMC con 90.5%, seguidos de Inicio del PMC con 85.7%; mientras que Posición Canguro solo una persona tuvo el nivel adecuado (4.8%) y en Atención y duración del PMC nadie lo obtuvo.

Cuadro No.3 Nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Abril 2015.

n= 21

| Temas del programa | Nivel de conocimientos | | | |
|---|------------------------|------|------------|------|
| | Adecuado | | Inadecuado | |
| | Núm. | % | Núm. | % |
| Definición y beneficios del PMC | 19 | 90.5 | 2 | 9.5 |
| Inicio del PMC | 18 | 85.7 | 3 | 14.3 |
| Posición canguro | 1 | 4.8 | 20 | 95.2 |
| Atención y duración del PMC | 0 | 0 | 21 | 100 |
| Vigilancia del estado del bebé durante el PMC | 8 | 38.1 | 13 | 61.9 |
| Alimentación del recién nacido | 12 | 57.1 | 9 | 42.9 |
| Vigilancia del crecimiento del recién nacido | 12 | 57.1 | 9 | 42.9 |
| Alta del recién nacido del PMC | 19 | 90.5 | 2 | 9.5 |

Fuente: Directa. (PMC- Corpus)

En general del nivel de conocimientos que el personal de enfermería tenía sobre el Programa Madre Canguro el 57.1% del personal se clasificó como adecuado, mientras que el resto se clasificó como inadecuado. (Cuadro No.4). Se presentó una media de 27.2 puntos, un mínimo de 24 y un máximo de 31, con una desviación estándar de 1.78 puntos.

Cuadro No. 4 Nivel de conocimientos del personal vinculado al PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Abril 2015.

| n= 21 | | |
|-----------------------|------|------|
| Nivel de conocimiento | Núm. | % |
| Adecuado | 12 | 57.1 |
| Inadecuado | 9 | 42.9 |
| Total | 21 | 100 |

Fuente: Directa, (CNCPMC)

6.2 Resultados del nivel de satisfacción de las usuarias del PMC

Más mitad de la población de estudio se encontraba en el grupo de edad de 15 a 24 años, se encontró una edad media de 23.3 y una desviación estándar de 5.9 años. La mayoría de ellas se encontraba en unión libre. Casi la mitad contaba con escolaridad secundaria y solo una contaba con licenciatura. La mayoría de las mamás se dedicaba al hogar, excepto dos madres estudiantes y una empleada. Respecto al número de embarazos, la distribución fue casi la mitad de la población era primigesta. El ingreso mensual familiar tuvo un promedio de \$3,886.00 mensuales (correspondientes a 1.8 salarios mínimos vigentes en México) con una desviación estándar de \$1,087.00. La mayoría de las madres (76.7%) consideraron que la salud de su hijo era buena al momento de la prealta. (Cuadro no.5)

Cuadro No. 5 Características generales de las usuarias del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo- Septiembre 2015.

n=30

| Categoría | No. | % |
|--|-----|------|
| Edad por grupos | | |
| 15-19 | 8 | 26.7 |
| 20-24 | 11 | 36.7 |
| 25-29 | 6 | 20.0 |
| 30-34 | 4 | 13.3 |
| 35-39 | 1 | 3.3 |
| Estado civil | | |
| Casada | 11 | 36.7 |
| Unión libre | 18 | 60.0 |
| Madre soltera | 1 | 3.3 |
| Nivel educativo | | |
| Primaria | 6 | 20.0 |
| Secundaria | 14 | 46.7 |
| Preparatoria/Técnico | 9 | 30.0 |
| Licenciatura | 1 | 3.3 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 27 | 90.0 |
| Empleada | 1 | 3.3 |
| Estudiante | 2 | 6.7 |
| Número de embarazos | | |
| 1 | 13 | 43.3 |
| 2 | 8 | 26.7 |
| 3 | 6 | 20.0 |
| 4 o más | 3 | 10.0 |
| Calificación de la salud del hijo | | |
| Buena | 23 | 76.7 |
| Aceptable, pero no buena | 7 | 23.3 |

Fuente: Directa, Cuestionario de satisfacción percibida por los padres adaptado de Picker's Pediatric Acute Care (PPAC)

La distribución por sexo en los neonatos fue casi homogénea, de los cuales mayoría presentó un Apgar de 9 a los 5 minutos de nacimiento. 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. Las semanas de vida corregidas presentaron un promedio de 35.9 y una desviación estándar de 1.7. Los días de permanencia en el PMC tuvieron un promedio de 12.8 días y una desviación estándar de 7 días. (Cuadro no. 6)

Cuadro No.6 Características perinatales de los neonatos del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Abril 2015.

| Categoría | No. | % | n=30 |
|---|-----|------|------|
| Sexo | | | |
| Femenino | 14 | 46.7 | |
| Masculino | 16 | 53.3 | |
| Apgar al nacimiento | | | |
| 6 | 1 | 3.3 | |
| 8 | 4 | 13.3 | |
| 9 | 25 | 83.3 | |
| Clasificación de prematuridad al nacimiento* | | | |
| Prematuros extremos (<28) | 2 | 6.7 | |
| Muy prematuros (28 a <32) | 16 | 53.3 | |
| Prematuros tardíos (32 a <37) | 12 | 40.0 | |

Fuente: Directa. (PPAC)

* De acuerdo a la OMS

En el dominio impresión general, el promedio más alto fue respecto a la comprensión de la enfermedad y tratamiento del personal de salud que atendieron al neonato con 95%. Sin embargo, se observa un bajo promedio de satisfacción en cuanto a las políticas de permanencia y visitas (74.1%). (Cuadro No. 7)

Cuadro No.7 Satisfacción de las usuarias en el dominio impresión general del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo-Septiembre 2015

n= 30

| Ítem | Grado de satisfacción % | | Puntaje promedio de satisfacción en % |
|--|-------------------------|------|---------------------------------------|
| | Alto | Bajo | |
| ¿Usted sintió que los médicos y enfermeras que atendían a su hijo comprendían su enfermedad y tratamiento? | 90 | 10 | 95.0 |
| ¿Cómo calificaría la política sobre permanencia y visitas? | 33.3 | 66.7 | 74.1 |
| ¿Cómo calificaría en general los cuidados recibidos? | 40 | 60 | 80.0 |
| ¿Recomendaría este programa a familiares y amigos? | 83.3 | 16.7 | 91.6 |

Fuente: Directa. (PPAC)

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 médico fue accesible a responder sus preguntas en un 91.6% y el personal de enfermería en un 96.6%. (Cuadro No.8)

Cuadro No.8 Satisfacción de las usuarias en el dominio accesibilidad y disponibilidad del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo- Septiembre 2015

n= 30

| Ítem | Grado de satisfacción | | Puntaje promedio de satisfacción en % |
|---|-----------------------|------|---------------------------------------|
| | Alto | Bajo | |
| ¿Eran accesibles los médicos para responder sus preguntas cuando usted lo necesitaba? | 86.7 | 13.3 | 91.6 |
| ¿Cómo calificaría la accesibilidad de los médicos? | 46.7 | 53.3 | 79.1 |
| ¿Eran accesibles las enfermeras para responder sus preguntas cuando usted las necesitaba? | 93.3 | 6.7 | 96.6 |
| ¿Cómo calificaría la accesibilidad de las enfermeras? | 33.3 | 66.7 | 76.6 |
| ¿Recibió su hijo los cuidados que necesitaba? | 100 | 0 | 100 |
| Cuando usted solicitó ayuda del médico o la enfermera ¿la respuesta fue suficientemente rápida? | 96.7 | 3.3 | 98.3 |
| ¿Recibió su hijo las interconsultas que necesitaba? | 100 | 0 | 100 |

Fuente: Directa. (PPAC)

En el dominio de cortesía y respeto se presentó un excelente puntaje de satisfacción en cuanto al respeto de la privacidad y al trato digno al hijo. La cortesía de las enfermeras 77.5% y la de los médicos de 76.6%, además de que en ambos predominó el bajo grado de satisfacción. (Cuadro No.9)

Cuadro No.9 Satisfacción de las usuarias en el dominio cortesía y respeto del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. San Luis Potosí, SLP. Mayo- Septiembre 2015

n= 30

| Ítem | Grado de satisfacción | | Puntaje de satisfacción promedio % |
|---|-----------------------|-------|------------------------------------|
| | % | | |
| | Alto | Bajo | |
| ¿Cómo calificaría la cortesía de los médicos? | 43.3 | 56.7 | 76.6 |
| ¿Cómo calificaría la cortesía de las enfermeras? | 40.0 | 60.0. | 77.5 |
| ¿Cómo calificaría la cortesía del resto del personal? | 36.7 | 63.3 | 74.1 |
| ¿Médicos y enfermeras respetaron la privacidad de su hijo al atenderlo? | 100 | 0 | 100 |
| ¿Fue su hijo tratado con dignidad y respeto? | 100 | 0 | 100 |

Fuente: Directa. (PPAC)

En el dominio coordinación e integración de los cuidados, la organización de los cuidados anteriores al PMC tuvo un puntaje de satisfacción de 95%, la organización al ingreso un 96.6% y el trabajo conjunto de las enfermeras y los médicos un 84%. (Cuadro No.10)

Cuadro No.10 Satisfacción de las usuarias en el dominio coordinación e integración de los cuidados del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo- Septiembre 2015

n= 30

| Ítem | Grado de satisfacción | | Puntaje promedio de satisfacción en % |
|---|-----------------------|------|---------------------------------------|
| | Alto | Bajo | |
| ¿Fue organizado el cuidado que su hijo recibió antes de ser integrado al PMC? | 90.0 | 10.0 | 95.0 |
| ¿Fue organizado el ingreso de su hijo al PMC? | 93.3 | 6.7 | 96.6 |
| ¿Cómo calificaría el trabajo conjunto de médicos y enfermeras? | 50.0 | 50.0 | 84.0 |

Fuente: Directa. (PPAC)

En el dominio información y comunicación, el personal de enfermería obtuvo un puntaje de 90% en respuestas claras a las preguntas realizadas, el personal médico un 86.7% en este mismo rubro. Las madres refirieron un puntaje de satisfacción de 73.3% en cuanto a la información recibida. (Cuadro No. 11)

Cuadro No.11 Satisfacción de las usuarias en el dominio información y comunicación del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo- Septiembre 2015

n= 30

| Ítem | Grado de satisfacción | | Puntaje de satisfacción promedio % |
|--|-----------------------|------|------------------------------------|
| | Alto | Bajo | |
| ¿Recibió suficiente información sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo? | 86.7 | 13.3 | 93.3 |
| Cuando realizó preguntas a los médicos ¿recibió respuestas que pudo comprender? | 86.7 | 13.3 | 93.3 |
| Cuando realizó preguntas a las enfermeras ¿recibió respuestas que pudo comprender? | 90.0 | 10.0 | 95.0 |
| ¿Cuánta información recibió sobre la enfermedad y tratamiento de su hijo? | 73.3 | 26.7 | 73.3 |

Fuente: Directa. (PPAC)

En el dominio relación entre los padres y el equipo de salud, las madres presentaron un puntaje de satisfacción de 61.6%, predominando el bajo grado de satisfacción en la participación en la toma de decisiones con los cuidados que sus hijos recibieron; sin embargo presentaron un puntaje de satisfacción de 96.6% en cuanto a la escucha de sus comentarios y sugerencias al equipo de salud. (Cuadro No.12)

Cuadro No.12 Satisfacción de las usuarias en la dimensión relación entre los padres y el equipo de salud del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo-Septiembre 2015

n= 30

| Ítem | Grado de satisfacción | | Puntaje promedio de satisfacción en % |
|--|-----------------------|------|---------------------------------------|
| | Alto | Bajo | |
| ¿Tenía confianza en los médicos que cuidaban a su hijo? | 90.0 | 10.0 | 95.0 |
| ¿Escuchaban los médicos sus comentarios y sugerencias? | 93.3 | 6.7 | 96.6 |
| ¿Tenía confianza en las enfermeras que cuidaban a su hijo? | 76.7 | 23.3 | 88.3 |
| ¿Escuchaban las enfermeras sus comentarios y sugerencias? | 93.3 | 6.7 | 96.6 |
| ¿Hubiera deseado mayor participación en la toma de decisiones relacionados con los cuidados recibidos por su hijo? | 33.7 | 66.7 | 61.6 |

Fuente: Directa. (PPAC)

En el dominio confort físico, se presentó un puntaje de satisfacción del 93.3% en cuanto a la importancia del calmar el dolor al hijo. (Cuadro No. 13)

Cuadro No.13 Satisfacción de las usuarias en el dominio confort físico del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo- Septiembre 2015.

n= 30

| Ítem | Grado de satisfacción | | Puntaje de satisfacción promedio % |
|--|-----------------------|------|------------------------------------|
| | Alto | Bajo | |
| ¿Usted piensa que los médicos y enfermeras les importaba calmar el dolor de su hijo? | 93.3 | 6.7 | 96.7 |

Fuente: Directa. (PPAC)

En el dominio continuidad del cuidado, presentaron bajo puntaje de satisfacción las preguntas relacionadas con la educación acerca de los medicamentos (64.2%), los signos de alarma (68.3%) y los cuidados necesarios para el egreso del hijo (75%), lo cual arroja un bajo nivel de satisfacción, siendo esto un área de oportunidad importante para el programa. (Cuadro No. 14)

Cuadro No.14 Satisfacción de las usuarias en el dominio continuidad del cuidado del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo-Septiembre 2015.

n= 30

| Ítem | Grado de satisfacción | | Puntaje de satisfacción promedio % |
|--|-----------------------|------|------------------------------------|
| | Alto | Bajo | |
| ¿Estaban informados los médicos de la sala acerca de los cuidados recibidos por su hijo? | 83.3 | 16.7 | 90.0 |
| ¿Le informaron sobre los posibles efectos colaterales de la medicación que su hijo tiene que recibir al egresar del PMC? | 53.3 | 46.7 | 64.2 |
| ¿Le informaron sobre las señales de alarma relacionadas con la enfermedad de su hijo que usted tenía que conocer al egresar del PMC? | 56.7 | 43.3 | 68.3 |
| ¿Le enseñaron a usted lo que necesitaba saber sobre los cuidados al egresar del PMC? | 66.7 | 33.3 | 75.0 |

Fuente: Directa. (PPAC)

En el puntaje general, los dominios con mayor satisfacción fueron confort físico (96.7%), coordinación e integración de los cuidados (91.4%) y accesibilidad y disponibilidad (91.4%). El dominio con menor puntaje fue continuidad del cuidado con 74.3%. (Cuadro No. 15)

Cuadro No.7 Satisfacción por dominios y global de las usuarias del PMC en el Hospital del Niño y la Mujer. SLP, SLP. Mayo- Septiembre 2015.

n= 30

| Dominio | Grado de satisfacción | Puntaje de satisfacción promedio % |
|--|-----------------------|------------------------------------|
| Impresión general | Alto | 85.2 |
| Accesibilidad y disponibilidad | Alto | 91.7 |
| Cortesía y respeto | Alto | 85.6 |
| Coordinación e integración de los cuidados | Alto | 91.4 |
| Información y comunicación | Alto | 88.7 |
| Relación entre padres y equipo de salud | Alto | 87.6 |
| Confort físico | Alto | 96.7 |
| Continuidad del cuidado | Bajo | 74.3 |
| Global | Alto | 87.7 |

Fuente: Directa. (PPAC)

6.3 Resultados del estudio cualitativo

El abordaje cualitativo se enfocó en analizar las percepciones de las madres usuarias del Programa Madre Canguro (PMC) en la unidad neonatal de estudio, que permitió ir más allá de la información obtenida por medio del abordaje cuantitativo, es decir, la aplicación de la encuesta de satisfacción de usuarias.

De esta manera a través de las entrevistas realizadas a 14 usuarias del PMC se aprehendieron las siguientes categorías:

a) Una experiencia nueva, b) Reconociendo sus sentimientos, c) Beneficios obtenidos de la diada madre-hijo, d) Capacitación recibida para el cuidado del hijo, e) Inclusión de la familia.

a) Una experiencia nueva

La mayor parte de las madres refirieron desconocer la existencia del PMC,

...nunca lo había escuchado (el PMC)...no sabía, no tenía idea hasta ese día que me dijeron cómo es, porque en realidad no sabía...este curso (PMC) es una buena capacitación también para que el bebé sienta que estás con él, que sienta como ellos dicen (el personal de salud) el cuerpo piel a piel...el programa estuvo muy bien, bueno con todas las que conviví aquí se quedaron muy conformes de todo esto... la estancia aquí pues hasta eso sí fue pesada pero estuvo muy bien, si fui paciente... 21S- 30SVC

...yo no sabía de este programa, nunca lo había escuchado, como a uno lo agarran así en curva, no sabe uno ni qué onda, sabrá dios que será eso del canguro dice uno...es una experiencia bien hermosa, un encuentro de piel a piel con su hijo, el programa hasta eso está muy bien, no le hace falta nada, bueno en mi persona...31M-34S

...nunca lo había escuchado (PMC)... 15P- 33SVC

...es una experiencia que yo no la sabía (PMC)...27M- 34SVC

...no lo conocía (el PMC), hasta que llegué aquí me explicaron...20P- 35SVC

...no lo conocía (PMC)...29M-36 SVC

...hasta aquí me enteré, no lo conocía (PMC)...para mí fue lo mejor, porque como no me lleve a mi niña luego luego, los ratitos que la tenía sabía que la ayudaba...pienso yo que es una manera muy rápida para que también a nosotros (mamá) nos ayude a irnos ...23S-36SVC

...no lo había escuchado, yo hasta que llegué aquí que supe que mi bebé era prematuro y me dieron esa idea que tienen aquí de hacer la cangureada...33P- 35SVC.

Solo una madre expresó conocerlo pero no sabía que se llevaba a cabo en el hospital:

...sí había escuchado de él (PMC) pero no sabía que aquí en el hospital se llevaba a cabo...ya más o menos sabía lo que era pero pues no lo había vivido porque mi otra niña si fue de término, pero si es una experiencia muy bonita...26S-33SVC

Además de lo cual las madres expresaron desde incredulidad en su funcionamiento hasta el convencimiento y gusto que les generaba su práctica:

...nunca lo había hecho con mi otros hijos, es la primera vez que lo hago...no había escuchado de esto (del PMC)...no quería creer, como era posible que nuestro mismo cuerpo le daba el calor, lo que necesitaba de la incubadora, si es algo muy diferente y natural...34M-38SVC

...es muy importante, ya que le da más motivo (a la bebé) para que le eche más ganas...18P-38SVC

Porque además los horarios se flexibilizaron:

...es muy bueno (el PMC), desde que me la empezaron a poner en neos 2 por fin la cargué y ya cuando estuve aquí sí me di cuenta de que se me fue más rápido (el tiempo) porque como ya puedo entrar a la hora que yo quiera estar con ella así, entonces sí siento que nos beneficia mucho a las dos...26S-33SVC

b) Reconociendo sus sentimientos

Las madres expresaron los sentimientos vividos durante la práctica del PMC, alegría y satisfacción personal al saber que están ayudando a sus hijos a mejorar su salud:

...eso de mamá canguro me da mucho gusto, porque la verdad no me esperaba de que fuera a ser prematura (hija), pues porque uno se imagina muchas cosas y ya cuando uno platica con los doctores y con las enfermeras nos dicen que es lo que pasa... 34M-38SVC

...me sentí feliz pues cargar a mi bebé es muy bonito...15P- 33SVC

...cuando lo empecé me sentía muy emocionada con el programa, me he sentido con mucha alegría, mucha felicidad con mi bebé...15P-37SVC

...se siente uno seguro, siente (mamá) su respiración, sentí ilusión y pues alegría también... 27M- 34SVC

...se siente uno muy satisfecho al sentir el cuerpo del bebé hacia ti, te sientes agusto y sientes que le estas dando cariño para que se vaya desarrollando más y más, yo sentí bonito, me sentí agusto y pues hasta ahorita estoy agusto aquí...29M-36 SVC

...me da mucha alegría, mucha felicidad de que sabemos que le estamos ayudando...me da mucha alegría, porque la podía tener aquí cerquita, es muy padre tenerlos así...26S-33SVC

...es una experiencia muy bonita y a mí me ha confortado mucho como mamá de un bebé prematuro...33P- 35SVC.

Madres refieren sentimientos encontrados, desde la tristeza previa por la ausencia del contacto, a la alegría por el inicio del PMC:

...es mi primer bebé, porque la bebé que murió nunca la cargué y ahora se quedan las experiencias de que lo cargas, te siente, tú lo sientes a él, esa fue la experiencia, se podrá decir que tuve sentimientos encontrados es como triste venir y decir ya quisiera tenerlo en mi casa, pues estamos aquí por ellos...21S- 30SVC

...me lo cargo (al bebé) y es algo alegre, son sentimientos encontrados, que a veces le da alegría a uno, le da sentimiento (tristeza), todo le pasa a uno, será que uno está recién aliviado (postparto), todo le pasa a uno en esos momentos, como cuando yo la primera vez

que me dijeron vas a cargar a tu bebé, pues yo lloré mucho, porque yo dije después de un mes...me sentí bien contenta y luego ya me lo pasaron aquí a esta sala y me dijeron te lo vas a pegar, uy no!...31M-34S

...el primer día se sintió bien porque desde que nació no lo había cargado hasta el día que llegué aquí, me lo prestaron que lo cargara y que le diera el pecho por primera vez...sentí emoción y felicidad porque nunca lo había cargado...20P- 35SVC

Se manifestó el miedo por el pequeño tamaño del bebé y después alivio al poder iniciar el PMC:

...sentí bonito (en el PMC) pero a la vez me daba miedo porque estaba muy chiquita, pesaba 1.720 (kg)...18P-35SVC

...cuando estaba abajo en Neos 1 (UCIN) pues sí tenía mucho miedo porque no sabes cómo va a evolucionar pero al llegar ya aquí (al PMC) a mí me dio mucha seguridad...33P-35SVC.

c) Obteniendo beneficios para la diada madre-hijo

La mayoría de las mamás percibieron beneficios que trajo la práctica del MMC a la diada madre-hijo:

Las madres perciben mejoría cuando la madre-hijo están en conjunto, una de ellas se reveló en el crecimiento e incremento ponderal:

...al hacerlo (el PMC) mi bebé ya está más grande, ha subido más de peso, se está desarrollando más rápido, ya está mejor...18P-38SVC

...y crecían más y engordaban más...20P- 35SVC

...le ayudamos (las mamás) más que nada a crecer, a desarrollarse e independizarse un poquito más rápido...23S- 36SVC

...mi bebé empezó a agarrar más peso más rápido, es un programa muy eficiente para el desarrollo y crecimiento de los bebés prematuros, ahorita ya pesa 1.800 y va muy rápido y

más que nada para que escuchen el corazón y los latidos de uno cuando los tenemos en el pecho, ellos también lo van escuchando y también lo empiezan a hacer (latir el corazón del bebé)...24M-36SVC

...si crecen y suben de peso bastante, porque el mío sube de peso de un día para otro, sube y ya después que le quitan el oxígeno y baja pero vuelve a subir y hasta más de lo que bajó...15P- 33SVC

...le ha ayudado mucho al crecimiento y desarrollo de mi bebé y se está reflejando en su peso, yo he procurado estar cangureando mucho tiempo porque como a mí me han explicado y también yo he investigado que es una técnica muy buena para el desarrollo del bebé prematuro...33P- 35SVC

Observaron que mejoraba la termorregulación:

...calentaban mejor con nuestra piel...20P- 35SVC

Desde el punto de vista materno el PMC trae mejora de estado clínico:

...sí es lo mejor para ella (hija) y sí tiene muy buenos resultados... si le da mucha fuerza (vitalidad) a la niña y ahorita ya casi es cualquier cosita de oxígeno que necesita... 34M-38SVC

...los niños sí se recuperan más rápido y sí se ve el cambio de cuando tú les empiezas a hablar, te los empiezas a acercar a tu pecho, les empiezas a estimular, a mover su bracitos y todo...siento que mi niño empieza otra vez a reponerse a recuperarse...31M-34SVC

...se van más rápido porque el mío si creció, se ve más gordito... por ejemplo si tiene problemas para respirar, mamá canguro los ayuda porque se van más rápido, si avanzan...15P- 33SVC

...los ves chiquitos y ya cuando están aquí arriba (PMC) ya se ve el crecimiento y las fuerzas que ellos tienen...al menos ya sé que les ayuda mucho...21S- 30SVC

El PMC trae beneficios a la madre en la producción láctea:

...me ayudó a darle el pecho a mi bebé porque luego que me lo pegaron me agarró, no batallé... 15P- 33SVC

...sí me ayudo con la lactancia porque me agarró ya bien el pecho y pues me subió (mejora de la producción de leche materna)...18P-35SVC

...el canguro me ayudó con la lactancia, la lactancia es lo máximo para un bebé y más para este tipo de bebés especiales de este peso, pues ellos nacieron muy chiquitos y con complicaciones en algunas ocasiones...33P- 35SVC.

Por otra parte también se aprecian beneficios en la interacción entre el neonato y la madre:

...(MMC) también me ayudaba a mí (mamá) para estar cerca de ella (hija)...23S- 36SVC

...y pues que además uno (mamá) se relaja con ellos (hijos)...15P- 33SVC

...me pareció muy bien porque se comunican ellos (hijos) más con nosotros (mamás)...21S- 30SVC

...es como darles terapias a los bebés, estimularlos para que ellos nos vayan conociendo más a nosotros (mamás) como es nuestra voz, 18P-35SVC

Además de lo cual mencionaron la mejor comprensión cómo se manifiesta el estado anímico del hijo durante la práctica del PMC, como la tranquilidad y calma:

...se siente más agusto ella (hija), se tranquiliza, guarda mucho el calor de las dos más que nada, y está muy tranquila...34M-38SVC

...se calman los bebés...15P- 33SVC

Al mismo tiempo, manifiestan que además de verse tranquilo, el hijo se siente protegido y querido más por la madre:

...él (hijo) sabe que uno está con ellos y así...el bebé siente que estás con él...el cuerpo piel a piel, se sienten muy bien (los bebés), se quedan tranquilos, sienten la protección de uno...21S- 30SVC

...mi experiencia es muy buena, tener a los bebés cargados, de piel a piel, ellos sienten nuestro calor y sienten que uno los quiere más...15P-37SVC

También enuncian la percepción del tránsito del estado emocional del hijo de la tristeza hacia la tranquilidad, como se muestra en el testimonio:

...mi experiencia es de que yo salí 3 días de aquí del hospital y yo deje a mi bebé encargado, cuando llegué pues lo encontré medio triste, medio decaído, entonces son experiencias bonitas, pues tú de ver a tu hijo decaído lo vas viendo que se va levantando (ánimicamente) poco a poquito...31M-34SVC

Mientras tanto, también se encuentran esperando que evolucione satisfactoriamente el hijo, como se menciona:

...tiene uno su fe, su esperanza de que su hijo se va a recuperar mucho más rápido pegándose, hablándole, estimulándolo...31M-34S

...yo me imaginaba que sí se iba a mejorar y pues sí mejoró...27M- 34SVC

...no espero otra cosa más que sea lo mismo, que (hijo) esté igual que ahora (condiciones clínicas)... 21S- 30SVC

...yo esperaba que subiera de peso más que nada, porque me decían que lo realizara porque pues pesaba 1.600 (kg)... 24M-36SVC

...me contaron que si yo lo hacía (el MMC) iba a subir de peso, iba a desarrollarse, iba a respirar mejor y sí lo estamos logrando...18P-38SVC

d) Capacitación recibida para el cuidado del hijo

Las madres usuarias identificaron la enseñanza y también mencionan al personal educador de salud del que recibieron orientaciones, en especial de enfermería. La mayoría de las madres excepto una, refiere la diferencia del cuidado aprendido en el hospital para el hijo prematuro y el cuidado tradicional para el hijo de término, como se menciona:

El lavado de manos incorrecto y correcto como medida de cuidado para el hijo:

...aquí las enfermeras me dieron eso de cómo cuidarlo, estuvo muy bien, paso a paso todo me dijeron, ósea yo ya tengo aquí 42 días y pues desde esos días hasta acá, todo lo que van a hacerle, hasta una medicina darle, ósea me dijeron como dársela y todo, estuvo muy bien.....los cuidados son diferentes, allá (casa) son muy exagerados y aquí te enseñan a la exageración pero lo correcto, los correctos cuidados, porque allá no te dicen lávate las manos, pero aquí en el hospital los cuidados son los correctos, como lavarte las manos cuando lo vayas a agarrar, a darle pues a sus horas de comer, a bañarlos, a sus cosas que son de cuidado...21S- 30SVC

...yo hago como nos dicen ellas (enfermeras), que hay que estimularlo, pegárselo, hablarle para que se recuperan más pronto, ya al enseñarle a uno como son las cosas, pues dice uno sí funciona ¿verdad?...aquí en el hospital, es lo mismo los cuidados son cuidados, tanto aquí en el hospital como allá en la casa, entonces pues son los mismos cuidados...31M-34S

Además mencionaron que recibieron orientaciones por parte del equipo de salud para la alimentación e higiene del bebé:

...me enseñaron a como bañarla y a como darle su alimentación, ya aprendí, me siento segura...las enfermeras me enseñaron... 18P-35SVC

...aquí vienen y nos dan unas pláticas, no sé si sean las de puericultura, ellas vienen y nos platican, también las enfermeras me han explicado...15P-37SVC

...las enfermeras que atienden a los bebés nos enseñaron a cuidarlos, a darles de comer... 20P-35SVC

...me enseñaron más porque había técnicas como con la lactancia que con mi otra bebé no lleve a cabo, como de masajear (senos) o eso yo no sabía que se hacía, a mi otra bebé yo le daba pero pues nada más así, pero no sabía que si se masajeaba uno producía más y que también el canguro les ayuda para amamantar más fácil...una enfermera me ayudó mucho, todo lo que le preguntaba siempre me decía todo...26S-33SVC

Así como también para realizar estimulación precoz:

...la de lactancia, ella fue la que me dijo que le habláramos al bebé y todo, de hecho el otro día vino una nutrióloga a decirnos que le hiciéramos ejercicios a los bebés, que le habláramos...29M-36 SVC

Por otra parte, el personal informa sobre el PMC:

...la información la he obtenido de aquí de las enfermeras, de la señorita que también viene los martes y jueves a las prácticas de mamá canguro...hasta ahorita yo creo que, más que nada ellas saben y uno mismo tiene que seguir los pasos para que ellos mismos (los bebés) salgan adelante y nosotros también y aprendamos más que nada de que ellos como están chiquitos necesitan los cuidados que ellas también ya saben...y más ellas que ya estudiaron y pues uno no sabe muchas cosas que ellas sí... los cuidados si son diferentes porque no había tenido un bebé prematuro, mis dos hijos eran naturales (parto de término) y ella nada más es la prematura y si es muy diferente...34M-38SVC

...las enfermeras me han enseñado los cuidados, las enfermeras del turno de la mañana que son las que pasé mayor tiempo de platicar y yo cada pregunta que tenía ellas me la contestaban de una forma más agradable, como es mi primer bebé me ayudaron mucho y ahora ya sola yo hago las cosas, ya me siento como en casa, ya sin miedo y con seguridad de que yo voy a poder atenderla...33P- 35SVC

Así como sobre algunos cuidados especializados y signos de alarma:

...las enfermeras te dan la información bien y los cuidados que debes de tener, los síntomas de alarma que tienes que estar viendo, los cuidados son muy diferentes, bueno es casi lo mismo pero

hay muchos más cuidados de los que me explicaron...por ejemplo, la coloración del bebé eso no lo sabía, de que no tiene que estar boca arriba porque es la muerte de cuna...27M- 34SVC

...mi bebé se va ir con oxígeno, a la mejor con los medicamentos que le están dando porque le dan hierro y ácido fólico...si sé cómo ponérselo, cuando ponérselo y por qué (el oxígeno), se lo pongo cuando se empieza a ver amarillito o así porque está muy rosita y cambia de color, entonces ahí ya sé que necesita el oxígeno, se lo pongo pero no tan acercado a la naricita porque se esparce y también le puede dañar sus ojitos, ni tan cerca ni tan lejos...me siento bien, porque ya estando en casa ya sé que es menos el riesgo y ya también voy a saber cuándo ponérselo, me lo enseñaron las enfermeras...15P- 33SVC

Sin embargo, algunas madres expresaron necesitar recibir más información sobre los cuidados especiales de sus hijos, dada su condición de ser prematuro:

...que aprendamos más que nada los cuidados...ellos como están chiquitos necesitan (cuidados)...34M-38SVC

...a la mejor me falta un poquito más, a la mejor en esto (refiriéndose al oxígeno) en esta cuestión, no en cuestión del programa del bebé canguro, pero en cuestión de esto uno sí se preocupa, uno no le sabe, entonces a esto es a lo que le teme uno, de esto si necesitamos que nos capaciten más, que nos enseñen más a cómo moverle a los aparatos, en qué numero deben de estar, a que botón hay que aplanarle, pues porque uno no sabe en caso de que se acabe el oxígeno a donde ir, por ejemplo yo que soy de lejos y no hay de estas tiendas a donde voy a recurrir otra vez hasta San Luis... 15P-37SVC

...me gustaría saber más, sobre todo del oxígeno, ya que aún lo necesita mi bebé y ya lo están instalando en mi casa...33P- 35SVC

...quisiera saber bien cuando regresar al hospital, porque con ellos tan pequeñitos uno no sabe a veces si es normal como están...29M-36 SVC

d) Inclusión de la familia

Las madres refieren la necesidad de que el padre del bebé sea incluido, tanto en la visita hospitalaria como al PMC, según se manifiesta:

...mi esposo estuvo aquí conmigo, no puede pasar pero también si le gustó...21S- 30SVC

...esperaba que fuera agradable y que funcionara (el MMC)...quisiera que dejaran entrar también a los papás más tiempo, una hora más para que lo vieran más... 20P- 35SVC

...me gustaría que vinieran también a las visitas los papás, a verlos en la mañana, porque por ejemplo mi marido andaba de tarde no podía verla en la mañana, se quedó toda una semana sin verla...23S- 36SVC

...yo creo que se puede enseñar a todas las mamás, aunque muchas mamás no vienen verdad...es una experiencia muy bonita, que estuviéramos así todas las mamás y pues a los papás también les ayudaría mucho, incluir a los papás también...26S-33SVC

Algunas madres consideran que al regresar al hogar con su hijo podrían pasar la información y alguna habilitación para que el padre, o alguna abuela del bebé apoyen con el MMC, según se puede observar en los testimonios:

...mi mamá está conmigo y me va a ayudar cuando esté en la casa y mi esposo también...si les comentaría y les enseñaría (PMC)... en casa sí continuaría haciéndolo (el PMC) porque ella al estar cerca de mí siente más calor y va creciendo más, el calor le ayuda mucho a ella a crecer...le ayuda a que este mejor de su salud...18P-35SVC

sí continuaría en casa (con PMC) porque se siente padre, se siente bonito y además cuando esté lloroncito o algo cargárselo aquí (señalando el pecho)...en la casa me va a ayudar mi suegra, a la mejor si le enseñaría o a la mejor no porque mi bebé siente cuando está con otra persona...15P- 33SVC

...sí continuaría en casa con el canguro, es una buena técnica, mis papas y mis hermanas que vivimos en la casa ya me dijeron que me ayudarían. De hecho mi papá ha estado viniendo a las pláticas y ya lo que no capto yo lo capta él y en la noche platicamos...33P- 35SVC.

VII. DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de esta investigación fue identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería vinculado al Programa Madre Canguro. De acuerdo a la Guía de implementación del PMC del Programa Integrado de Salud Materna e Infantil, la introducción o expansión del PMC requiere la capacitación del personal de prestación de servicios en todos los niveles pertinentes, la formación implica el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades; cada equipo de profesionales de la salud que brindan atención a las madres y los recién nacidos, debe ser entrenado¹⁸.

Esto es de vital importancia ya que autoras como Sellick, Chia y Gan señalaron que algunas limitaciones notables a la promoción del PMC en la UCIN fueron las pesadas cargas de trabajo del personal, la educación insuficiente y la falta de apoyo de la organización.⁴¹ De esta manera la escasa capacitación que se encontró en la población de esta investigación es una excelente área de oportunidad de mejora, ya que como lo declara la OMS el personal capacitado es uno de los recursos más importantes para el funcionamiento óptimo del programa.⁴

Las autoras Roso y Vásquez⁴⁷ exploraron los conocimientos del PMC con 4 indicadores, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados en porcentajes de respuestas correctas e incorrectas: en el indicador Posición Canguro 64% fueron correctas, índice que no concuerda con los resultados del presente estudio, en donde se obtuvo una puntuación baja; en Alimentación 55% correctas y 45% incorrectas, índices similares a los encontrados en esta investigación; en egreso del recién nacido se obtuvo 34% correctas y 66% de respuestas incorrectas, a

diferencia de los resultados de la presente investigación, donde la mayoría del personal de enfermería mostró un índice alto de conocimientos.

El porcentaje general con respecto a los conocimientos fue de 58.31% correctas y 41.69% incorrectas, similar a los índices de esta investigación, a diferencia de otra investigación en la que las autoras Flynn y Leahy⁴³ reportaron en sus hallazgos un nivel general de conocimiento de enfermeras neonatales que variaba de bueno (59.6%) a excelente (37.8%).

Las autoras Aviz, Barros y Machado⁴⁸, evidenciaron que el personal de enfermería tenía conocimiento sobre el método canguro, sin embargo, exponían dificultad para identificar sus etapas en la rutina de la práctica neonatal. Refieren que la importancia de la asistencia está basada en que ayuda en la recuperación, crecimiento y desarrollo del recién nacido, además de promover la participación de los padres, originando una asistencia humanizada.

Concordamos con Arivabene y Rubio⁴⁹ quienes señalan que es necesario que el equipo de enfermería conozca, comprenda y transforme su asistencia, entendiendo la necesidad de promover cuidados de enfermería en la perspectiva transcultural. Esta propuesta se puede lograr favoreciendo el desarrollo de acciones educativas y asistenciales que promuevan el fortalecimiento del papel de los participantes en el PMC, en la cual madre-bebé-familia deben ser comprendidos dentro de su cultura propia.

Como segundo objetivo se identificó la satisfacción de las usuarias respecto al PMC; en la presente investigación se presentó un porcentaje global de satisfacción mayor (87.7%) al reportado por Cantú⁵⁰ de 71.68%. En la investigación de Eulmesekian⁵¹ realizada en una UCIP, el puntaje global de satisfacción fue de 85.7%, un poco menor al reportado en esta investigación. En el dominio impresión general de 84.8%, accesibilidad y disponibilidad 88.8%, cortesía y respeto 85.7%, coordinación e integración de los cuidados 84.6%,

información y comunicación 85.5%, relación entre padres y equipo de salud 89.5%, confort físico 91.8%, continuidad de los cuidados 70.9%; siendo éstos porcentajes similares pero un poco menores a los reportados en este estudio, coincidiendo también que se encontró un área de oportunidad en el dominio “continuidad del cuidado” el cual se refiere a los conocimientos otorgados para el cuidado en el hogar, es de suma importancia ya que los esfuerzos que se realizaron durante la hospitalización del prematuro deben de tener seguimiento en el hogar y es responsabilidad del equipo de salud prever las necesidades del recién nacido al llegar a su hogar y en base a esto capacitar a los cuidadores, con un plan de alta organizado, adecuado e individualizado.

De acuerdo al tercer objetivo, del estudio con respecto a las percepciones maternas y reconocimiento de los sentimientos que tienen las madres usuarias tienen del PMC, se observa coincidencia con el estudio de Do Carmo, Pordeus, Carneiro y Couto⁵², en el cual se exploraron los sentimientos maternos en relación con el Método Canguro. En ambas investigaciones las madres refieren bienestar al participar en el programa, ya que tiene mayor contacto con el hijo, algunas mencionan tristeza y preocupación por no estar en casa. Se sienten aliviadas por estar al cuidado de sus hijos, sienten que les ayudan más y esto les brinda tranquilidad. Desde nuestro punto de vista, estos sentimientos favorecen la continuidad de la participación de las madres y la obtención de los beneficios del PMC.

En la presente investigación las madres hablan de las ventajas que ellas observan, que van desde el crecimiento y desarrollo, la estabilización de su salud y la tranquilidad que les produce, hasta sentirse con mayor seguridad con su rol de madre al estar con sus hijos mayor tiempo, en el mismo sentido de los hallazgos de Costa, Moreira, Luca y Vidal⁵³ así como los de Do Carmo, Pordeus, Carneiro y Couto⁵² quienes identificaron entre las vivencias de las madres “beneficios mutuos”. Con estos discursos de las madres se confirman los beneficios que se

pretenden obtener con la implementación del PMC y se confirma la humanización del cuidado por la que se ha estado trabajando en las unidades neonatales, ya que como lo señala Ocampo⁵⁴ la separación madre-hijo conduce a que ella se sienta vacía y perciba a su hijo distante, ajeno y desconocido que finalmente se traduce en dudas e inseguridad en su capacidad para cuidarlo.

Las autoras Costa y Fleury⁵⁵ investigaron sobre las percepciones de las madres sobre el método canguro, establecieron la autoeficacia con que se describían, así como también exploraron la capacitación que recibieron durante la realización del método. Costa y Fleury⁵⁵, puntualizaron el valor de las tareas del PMC en el hospital para mejorar la autoeficacia, interacción y cuidado del niño. Esto nos lleva a un área de oportunidad ya que algunas madres de nuestro estudio percibieron la inseguridad en algunos cuidados específicos, tal como lo encontrado por López⁵⁶, donde se clasificó la categoría “preocupación por los cuidados diferenciados del hijo”, donde expresan inquietud por la falta de habilidad de los cuidados que requiere el prematuro, al que perciben como un bebé con mayor susceptibilidad de enfermar o morir. En nuestra visión, esto se puede abordar mediante programas específicos y sistematizados de educación para los cuidadores.

En la categoría “inclusión de la familia” las madres entrevistadas hacen énfasis en que se permita e incentive la participación de los padres en el PMC, que como Dias, Diniz y Moreira⁵⁷ señalaron, es importante que el equipo de salud actúe estimulando la participación del padre en la segunda etapa del PMC (implementación) ya que fortalece el vínculo familiar y ofrece soporte a la madre, además de mejorar la relación del padre con el hijo.

En la presente investigación, podemos observar que existe una baja capacitación del personal por lo cual puede ser un factor que contribuye en que los conocimientos no se encuentren del todo completos respecto del PMC. En ese sentido, se vislumbra como un área de oportunidad, en el cual institucionalmente

se desarrolle una política de capacitación mediante un programa específico con metodologías psicopedagógicas pertinentes y tomando en consideración experiencias exitosas en la implementación del PMC basada en la capacitación y sensibilización sobre el mismo al equipo de salud de países con similitudes culturales con México, tal como Brasil y Colombia. Esta área de oportunidad se refuerza con los hallazgos de la baja satisfacción de las madres en la continuidad del cuidado y en la percepción de la necesidad de mayor capacitación para el cuidado del hijo prematuro en cuidados más especializados y específicos para su situación de salud.

Por otra parte, hubo también puntos fuertes del PMC, como la alta satisfacción en general de las madres con ser partícipes de este programa y la expresión de percepciones positivas y los beneficios que obtienen al realizarlo, lo que nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de atender las áreas de oportunidad que se encontraron y así reforzar y lograr el éxito en la implementación del PMC.

VIII. CONCLUSIONES

- Si bien el nivel de conocimientos en mayor proporción fue adecuado, se puede apreciar que existen áreas de oportunidad para mejorar y lograr que se homogenicen en mayor parte los conocimientos de todo el personal que se encuentre vinculado al Programa Madre Canguro, mejorando así los conocimientos científicos, para lograr el funcionamiento óptimo del mismo.
- La educación respecto a los cuidados en el hogar representa un reto para la enfermería actual, ya que requiere un abordaje interdisciplinario que responda a una política generalizada mediante la generación de programas específicos y sistemáticos tanto para el personal como para las madres usuarias, que cuente con las bases pedagógicas para crear las competencias necesarias para el logro de los objetivos planteados por el Programa Madre Canguro.

IX. RECOMENDACIONES

- Implementar un programa de sensibilización y capacitación para todo el personal vinculado al PMC, desde enfermeras, médicos, puericulturistas, psicólogos, nutriólogos y trabajadores sociales que estén relacionados con las áreas de UCIN, UTIN, crecimiento y desarrollo y sala canguro, con el objetivo de fortalecer los conocimientos y las actitudes positivas hacia el PMC para lograr una adecuada promoción e implementación del mismo.
- Implementar un programa de capacitación sistematizado, individualizado y continuo respondiendo a las necesidades de educación de las madres canguro, con el objetivo de brindar todas las herramientas necesarias para el cuidado del hijo en casa, evitando así los posibles reingresos.
- Un posible cambio en las políticas hospitalarias sería adecuado para atender las necesidades planteadas por las madres, donde se pudiera incluir en mayor parte a la familia, especialmente a los padres, fortaleciendo el vínculo padre-madre-hijo y favoreciendo la humanización del cuidado.
- La evaluación continua de la satisfacción de las madres usuarias a través del INDICAS daría el eje para el desarrollo y mejora del PMC.

X. LIMITANTES

- A pesar que la recolección de datos se realizó al momento de la prealta, algunas madres se mostraron reservadas al momento de dar la información, por lo que sería conveniente solicitar un área privada y específica fuera de la sala para la recolección de la información.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. 2012. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf
2. Martínez H. La Metodología Madre Canguro. Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur a Sur. Disponible en: http://www.ideassonline.org/pdf/br_11_20.pdf
3. Bosiga E, Guzmán M, Ruiz J. Implementación del Programa Madre Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal Meintegral LTDA ubicada en el Hospital Regional del Líbano Tolima. Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería. Bogotá. 2010. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/1273/1/1.%20Implementaci%C3%B3n%20Programa%20Madre%20Canguro.pdf>
4. Método Madre Canguro. Guía Práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud. 2004. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf>
5. Rodríguez S, García C, Aragón M. El recién nacido prematuro. Asociación Española de Pediatría. 2008. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
6. Nacimientos prematuros. OMS. Nov 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
7. Doyle E. Health and hospitalizations after discharge in extremely low birth weight infants. Semin Neonatol 2003;8:137-145.
8. Programa Madre Canguro. Guía de Implementación. Programa Integrado de Salud Materno Infantil. 2012. Disponible en: http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/KMC%20Implementation%20Guide_Spanish_revised.pdf
9. Minguet R, Cruz P, Ruiz RA, Hernández M. Incidencia de nacimientos pretérmino IMSS 2007- 2012. Ginecol Obstet Mex 2014; 82:465-471.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147e.pdf>

10. Petrou S, Eddama O. A structured review of the recent literature on the economic consequences of preterm birth. *Archives of disease in childhood. Fetal and Neonatal edition* 2011;96:225-232.
11. Doyle E. Health and hospitalizations after discharge in extremely low birth weight infants. *Semin Neonatol* 2003;8:137-145.
12. Pérez R, López CR, Rodríguez A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2013;70(4):299-303. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2013/hi134e.pdf>
13. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>
14. Bendezu F. Análisis del costo-efectividad del cuidado intensivo neonatal: método canguro y método tradicional. Lima, Perú. 2006. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/404/1/bendezu_gf.pdf
15. Gallegos J, Reyes J, Silvan C. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2010, 24(2) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102b.pdf>
16. Lizarazo J, Ospina J, Ariza N. The kangaroo mothers' programme: a simple and cost-effective alternative for protecting the premature newborn or low-birth-weight babies. *Rev. salud pública*. 2012, 14(2): 32-45,. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14s2/v14s2a04.pdf>
17. Garzón D, Machuca A, Riaño F, Cristo M. Desarrollo neurocomportamental del recién nacido prematuro de 34 a 40 semanas, asistente al Programa Madre Canguro. Fundación Canguro. Bogotá. 2005. Disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis07.pdf>
18. Aplicación del Método Madre Canguro en bebés prematuros de bajo peso en 4 países de América Latina. Proyecto de Mejoramiento de la Atención a la Salud. 2011. Disponible en: http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/Aplicando_Metodo_Madre_Canguro_Nov2011.pdf

19. Conde A, Belizán JM, Díaz J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). The Cochrane Collaboration. 2011. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002771.pdf>
20. Sánchez N, Vindell C, Gómez I, Broughton E. Análisis de costo efectividad de la implementación de la Estrategia Madre Canguro implementada en el Hospital Bertha Calderón. Informe de investigación. Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. 2012. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/comunidades_de_practica/archivos/41_Analisis_costo_efectividad_Madre_Canguro_HBC-Nicaragua_Sept12.pdf
21. Fernández F, et al. Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. Meidicego 2012; 18 (1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_01_2012/pdf/T14.pdf
22. Carrillo AJ, et al. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Global, Oct 2013, (32) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.12.4.151581/153271>
23. Márquez FB, Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del servicio de intermedios neonatal del instituto especializado materno-perinatal acerca del método canguro 2004- 2005. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/510/1/marquez_bf.pdf
24. Palencia A. Parto prematuro. CCAP. V. 9 No. 4. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf
25. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Organización Mundial de la Salud. 2012. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
26. Barrentes T, Suárez M, Morera H. Posibles factores de riesgo asociados a una estancia hospitalaria prolongada de los pacientes en la Unidad de Neonatología del Hospital san Vicente de Paúl. Acta Pediátrica Costarricense. 2009, 21(1): 41-46. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/apc/v21n1/a06v21n1.pdf>

27. Guía del Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido (NIDCAP). NIDCAP Federation International. Oficial Spanish Version. 2012. Disponible en: <http://www.nidcap.org/file.aspx?fileid=pg>
28. Ruiz A, Rodríguez R, Miras MJ, Robles C, et al. Cuidados neonatales centrados en el desarrollo. Hospital Clínico San Cecilio, Granada. Bol. SPAO 2013; 7 (2). Disponible en: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-29-secciones-74597.pdf>
29. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. 2007. Disponible en: http://www.quenosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/Guia_Met.Canguro_Prematuros.pdf
30. Gómez A, Pallas A, Aguayo J. El Método Madre Canguro. Acta Pediatr Esp. 2007,65(6):289-291. Disponible en: http://elpartoesnuestro.net/sites/default/files/public/documentos/campana_uic_sneonatos/estudio_mmc_gomezpapi_2006.pdf
31. Molina PM, Jara P. El saber práctico en Enfermería. Rev Cubana Enfermería. Ciudad de la Habana abr.-jun. 2010, 26(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf05210.pdf>
32. Montesinos G. El conocimiento y la enfermería. Rev Mex Enfer Cardiol 2002; 10(1) : 4. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=1163&id_seccion=161&id_ejemplar=152&id_revista=33
33. Net A, Suñol R. La calidad de la atención. Fundación Donabedian. Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
34. WHO working group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care 1989; 1: 79-95.

35. Frenk J. Avedis Donabedian. Salud pública Méx . Nov; 2000, 42(6): 556-557. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n6/3984.pdf>
36. Palacios, J. Valoración psicométrica de la escala QPSC de calidad percibida en servicios socioculturales locales. Universidad Autónoma de Madrid. Abril 2013. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/xmlui/handle/10486/13034>
37. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. Hospital Universitario del Valle. FUNDESALUD. Colombia, diciembre 2010. Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>
38. García G, Cortes E. Trato digno de Enfermería, percepción del usuario. Rev Conamed. 2010, 1(17). Disponible en: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiLmrnC5NHJAhVC42MKHfKrAM4QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3884680.pdf&usg=AFQjCNFNzQ7OE5mZCU7JmG1OAHKZ17a-8g&bvm=bv.109395566,d.cGc>
39. Díaz, S. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería. Universidad Autónoma de Querétaro. Junio 2014.
40. Capdevila E, Sánchez L, Riba M, Moriña D, Ríos J, Porta R, Molina V. Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. An Pediatr (Barc). 2012; 77(1):12-21. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90143679&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=3&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v77n01a90143679p df001.pdf
41. Moreno MG, Interrial G, Saucedo PF, Vázquez L, López J. Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. Chía, Colombia, abril 2011 11(1):40-47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74118880004>
42. Sellick K, Chia P, Gan S. The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. Australian Journal of Advanced Nursing.m2006, 23(4). Disponible en:

<http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=403596825256767;res=IELHEA>

43. Flynn A, Leahy P. Neonatal nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care with preterm infants in an Irish neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing*, oct 2010, (16):221-228. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184110001250>
44. Guerra JC, Ruiz CH. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Av.enferm. Bogotá*, jul./dic 2008, 26(2) Disponible en: http://www.scielo.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002008000200009&lng=es&nrm=iso
45. Ley General de Salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
46. Declaración de Helsinki- 18 a. Asamblea medica mundial. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
47. Roso M, Vázquez K. Conocimiento sobre las técnicas del método madre canguro que poseen los profesionales de enfermería, en la unidad de terapia intensiva neonatal del centro Médico Docente la Trinidad. Universidad Central de Venezuela, Escuela de Enfermería. Caracas. Septiembre, 2011. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/xmlui/handle/123456789/6397>
48. Aviz R, Casto M, Machado M. Conhecimento de técnicos de enfermagem sobre o Método Canguru na Unidade Neonatal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará enero/marzo 2014; 27(1):124-130, Brasil Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40832360017.pdf>
49. Ariavabene JC, Rubio MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Ribeirão Preto*, Mar/Abr 2010; 18(2) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000200018&script=sci_arttext&tlng=es
50. Cantú GN. Satisfacción del cuidado de enfermería en las usuarias del Programa Madre Canguro. Tesis de grado. Universidad Autónoma de

Nuevo León, Facultad de Enfermería. Septiembre 2002. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/967/>

51. Eulmesekian P, Peuchot V, Pérez A. Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Arch Argent Pediatr 2012; 110(2):113-119. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2012/v110n2a05.pdf>
52. Do Carmo A, Pordeus M; Carneiro KM; Couto de Alencar, AJ. Vivência no método mãe canguru: percepção da mãe. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, julio-septiembre, 2008; 9 (3): 28-36. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brasil. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027963004.pdf>
53. Costa R, Moreira GM, Lucca HC, Vidal S. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a Vivência no método canguru. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. jul/dez 2014; 3(2):41-53. Disponible en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjduGb09HJAhUE8GMKHSwYAtwQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uftm.edu.br%2Frevistaeletronica%2Findex.php%2Fenfer%2Farticle%2Fdownload%2F1019%2F882&usg=AFQjCNGhPvua9huBf-pX_E1tXBsXv205vA&bvm=bv.109395566,d.cGc
54. Ocampo, MP. El hijo ajeno: vivencias de madres de niños prematuro hospitalizados. Aquichan, enero-abril, 2013; 13(1):69-80. Universidad de La Sabana. Cundinamarca, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128687008>
55. Costa M, Fleury EM. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. Psicologia em Estudo, Maringá, oct./dic. 2013; 18(4): 647-656. Disponible en: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/percep%C3%A7%C3%B5es-maternas-metodo-canguru-contato-pele-pele-amamenta%C3%A7%C3%A3o-autoeficacia/id/64578612.html
56. López, ME. Sentimientos de las madres con hijos prematuros hospitalizados. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud, 2014; 01(02): 263 – 270. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/352/237>

57. Dias N, Diniz ME, Moreira M. (Re)cognizing the masculine participation in kangaroo method: An interface with the assistencial practice of nursing. Cienc Cuid Saude Jul/Set 2013; 12(3):461-468. Disponible en: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/11722/pdf_35
58. Gallegos J, Reyes J. Meanings, beliefs and attitudes of the neonatal unit staff in México about the parent's participation in a neonatal unit: A qualitative approach. Journal of Nursing Education and Practice. 2014; 4(5) Disponible en: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/3839>

XII. ANEXOS



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ANEXO I
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**



| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | INDICADOR | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDIDA | INSTRUMENTO |
|---|---|--|--------------------------------------|--------------------|--|--|
| Nivel de conocimiento personal del participante del PMC. | Conjunto de saberes, que se poseen sobre un tema en específico. | Grado de conocimientos que poseen el personal de enfermería acerca del MMC | Nivel de conocimientos | Nominal | Puntaje Adecuado (28 puntos o más) Inadecuado (27 puntos o menos) | Instrumento para medir el nivel de conocimientos del personal que participa en el Método Madre Canguro basado en la Guía Práctica de la Organización Mundial de la Salud |
| Nivel de satisfacción de la usuaria del Programa Madre Canguro | Logro de valores y expectativas de la usuaria. | Evaluación de la usuaria de la calidad del Programa Madre Canguro. | Nivel de satisfacción de la usuaria. | Ordinal | Alto grado de satisfacción Excelente (100) Muy buena (75) Bajo grado de satisfacción Buena (50) Aceptable (25) Pobre (0) | Cuestionario Picker'S Pedictric Acute Care Satisfacción percibida por la madre con los cuidados recibidos en el Programa Madre Canguro |



FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ANEXO II



Instrumento para medir el nivel de conocimientos del personal vinculado con el Método Madre Canguro basado en la Guía Práctica de la Organización Mundial de la Salud.

El objetivo de este instrumento es medir el nivel de conocimientos del personal vinculado al Programa Madre Canguro con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para la mejora del PMC. Su identidad será guardada en todo momento.

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente los datos generales que se le pidan y llénelos correctamente. Posteriormente pase a la sección de preguntas.

I. Datos sociodemográficos y educativos

Edad en años cumplidos: _____

Sexo: Masculino Femenino

Nivel educativo Técnico Licenciatura Especialista Otro: _____

Puesto desempeñado actualmente: _____

Tiempo de participar en el Programa Madre Canguro en este Hospital: _____

¿Recibió capacitación del PMC? Sí No

Tipo de capacitación Sesión educativa Diplomado Taller Otra: _____

Instrucciones**Lea con atención las siguientes aseveraciones y marque la casilla correspondiente con una X**

| | | | |
|-----------|---|----|----|
| 1 | El Método Madre Canguro (MMC) es la atención a niños prematuros manteniéndolos contacto piel a piel con su madre. | SI | NO |
| 2 | El MMC repercute negativamente en la termorregulación. | SI | NO |
| 3 | El MMC facilita la lactancia materna. | SI | NO |
| 4 | El MMC contribuye a la humanización de la atención neonatal. | SI | NO |
| 5 | El MMC se inicia cuando el prematuro alcanza 1200 gramos de peso. | SI | NO |
| 6 | El MMC debe de ser adoptado obligatoriamente por todas las madres de los recién nacidos prematuros. | SI | NO |
| 7 | En el MMC es necesario describir cuidadosamente a la madre los diversos aspectos que lo componen (posición, alimentación, atención) | SI | NO |
| 8 | En el MMC el estado de salud del bebé debe ser estable para practicarlo. | SI | NO |
| 9 | En el MMC, succionar es un requisito fundamental del bebé para practicarlo. | SI | NO |
| 10 | En el MMC, la posición canguro es colocar al bebe entre los pechos de la madre de forma horizontal, quedando en contacto piel a piel. | SI | NO |
| 11 | En el MMC es necesario evitar la flexión y la hiperextensión de la cabeza del bebé en la posición canguro. | SI | NO |
| 12 | En el MMC se sostendrá al bebé con la faja. | SI | NO |
| 13 | En el MMC sostener al bebé en posición canguro junto al pecho estimula la producción de leche. | SI | NO |
| 14 | En el MMC para el cambio de pañal, higiene y evaluación física es necesario interrumpir el contacto piel a piel | SI | NO |
| 15 | En el MMC deben evitarse sesiones de menos de 60 minutos de contacto piel a piel. | SI | NO |
| 16 | El MMC permite la participación los miembros de la familia. | SI | NO |
| 17 | El MMC debe prolongarse hasta que el bebé alcance los 3000 gramos de peso. | SI | NO |
| 18 | En el MMC la hipotermia es frecuente en los neonatos. | SI | NO |
| 19 | El MMC puede contribuir a regular el ritmo de la respiración de los neonatos. | SI | NO |
| 20 | En el MMC la madre debe de ser capaz de identificar las apneas. | SI | NO |
| 21 | En el MMC la alimentación por sonda puede proporcionarse mientras el bebé está en posición canguro. | SI | NO |
| 22 | En el MMC la alimentación con taza puede proporcionarse mientras el bebé está en posición canguro. | SI | NO |
| 23 | En el MMC, los signos de peligro se encuentran: respiración dificultosa, apneas frecuentes, convulsiones, etc. | SI | NO |
| 24 | En el MMC el proceso de amamantamiento puede prolongarse más de una hora. | SI | NO |

| | | | |
|-----------|--|----|----|
| 25 | En el MMC nunca será necesaria la alimentación suplementaria administrada con taza. | SI | NO |
| 26 | En el MMC el momento propicio para iniciar la lactancia materna es cuando el bebé está dormido. | SI | NO |
| 27 | En el MMC la frecuencia de amamantamiento es cada 4 ó 5 horas. | SI | NO |
| 28 | En el MMC extraer la leche materna es un método alternativo para la alimentación del neonato. | SI | NO |
| 29 | En el MMC se debe pesar a los bebés cada semana para el control del crecimiento. | SI | NO |
| 30 | En el MMC el perímetro craneal se debe de medir diariamente. | SI | NO |
| 31 | En el MMC es criterio para el alta, que el estado de salud del bebé sea bueno y ya no haya presentado enfermedades. | SI | NO |
| 32 | En el MMC es criterio para el alta, que haya eutermia durante la posición canguro. | SI | NO |
| 33 | En el MMC, es criterio para el alta que la madre se muestre confiada en sus habilidades de cuidar al bebé. | SI | NO |
| 34 | En el MMC la madre debe saber que tiene que regresar al hospital en caso de: fiebre, hipotermia, convulsiones, disnea, diarrea, etc. | SI | NO |
| 35 | En el MMC posterior al alta, las visitas de seguimiento pueden variar en función de las necesidades de la madre y el hijo. | SI | NO |

¡Agradecemos su participación!



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ANEXO III
CUESTIONARIO ADAPTADO DE
PICKER'S PEDIATRIC ACUTE CARE**



Satisfacción percibida por la madre con los cuidados recibidos en el Programa Madre Canguro

El objetivo de esta encuesta es medir el nivel de satisfacción de la usuaria del Programa Madre Canguro (PMC) con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para la mejora del PMC. La identidad de la usuaria se guardará en todo momento.

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas y seleccione la opción que considere pertinente (sólo una) señalándolo en el recuadro de la casilla correspondiente.

I. Información general de la madre

Edad en años cumplidos: _____

Número de embarazos: _____

Estado civil: Casada Unión libre Madre Soltera Divorciada/separada

Estudios terminados: Primaria Secundaria Preparatoria/Técnico Licenciatura Otro: _____

Ocupación Ama de casa Empleada Estudiante Negocio propio Otro: _____

Ingreso mensual familiar: _____

1.1 Información general del bebé

Sexo: Femenino Masculino Edad en días _____

Edad gestacional al nacer: _____ Edad corregida: _____

Apgar al nacimiento: _____ Tiempo de pertenecer al Programa Madre Canguro _____

¿Cómo calificaría la salud de su hijo?

Buena

Aceptable, pero no buena

Mala

| | |
|--|---|
| 2. Impresión general | |
| 2.1 ¿Usted sintió que los médicos y enfermeras que atendían a su hijo comprendían su enfermedad y tratamiento? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| 2.2 ¿Cómo calificaría la política sobre permanencia y visitas? | <input type="checkbox"/> Excelente 100 <input type="checkbox"/> Muy buena 75 <input type="checkbox"/> Buena 50 <input type="checkbox"/> Aceptable 25 <input type="checkbox"/> Pobre 0 |
| 2.3 ¿Cómo calificaría en general los cuidados recibidos? | <input type="checkbox"/> Excelente 100 <input type="checkbox"/> Muy buena 75 <input type="checkbox"/> Buena 50 <input type="checkbox"/> Aceptable 25 <input type="checkbox"/> Pobre 0 |
| 2.4 ¿Recomendaría este programa a familiares y amigos? | <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente 100 <input type="checkbox"/> Sí, probablemente 50 <input type="checkbox"/> No 0 |
| 3. Accesibilidad y disponibilidad | |
| 3.1 ¿Eran accesibles los médicos para responder sus preguntas cuando usted lo necesitaba? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| 3.2 ¿Cómo calificaría la accesibilidad de los médicos? | <input type="checkbox"/> Excelente 100 <input type="checkbox"/> Muy buena 75 <input type="checkbox"/> Buena 50 <input type="checkbox"/> Aceptable 25 <input type="checkbox"/> Pobre 0 |
| 3.3 ¿Eran accesibles las enfermeras para responder sus preguntas cuando usted las necesitaba? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |

| | |
|---|---|
| 3.4 ¿Cómo calificaría la accesibilidad de las enfermeras? | <input type="checkbox"/> Excelente 100 <input type="checkbox"/> Muy buena 75 <input type="checkbox"/> Buena 50 <input type="checkbox"/> Aceptable 25 <input type="checkbox"/> Pobre 0 |
| 3.5 ¿Recibió su hijo los cuidados que necesitaba? | <input type="checkbox"/> Sí, definitivamente 100 <input type="checkbox"/> Sí, probablemente 50 <input type="checkbox"/> No 0 |
| 3.6 Cuando usted solicitó ayuda del médico o de la enfermera, ¿fue la respuesta suficientemente rápida? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| 3.7 ¿Recibió su hijo las interconsultas que necesitaba? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| 4. Consideración y respeto | |
| 4.1 ¿Cómo calificaría la cortesía de los médicos? | <input type="checkbox"/> Excelente 100 <input type="checkbox"/> Muy buena 75 <input type="checkbox"/> Buena 50 <input type="checkbox"/> Aceptable 25 <input type="checkbox"/> Pobre 0 |
| 4.2 ¿Cómo calificaría la cortesía de las enfermeras? | <input type="checkbox"/> Excelente 100 <input type="checkbox"/> Muy buena 75 <input type="checkbox"/> Buena 50 <input type="checkbox"/> Aceptable 25 <input type="checkbox"/> Pobre 0 |
| 4.3 ¿Cómo calificaría la cortesía del resto del personal? | <input type="checkbox"/> Excelente 100 <input type="checkbox"/> Muy buena 75 <input type="checkbox"/> Buena 50 <input type="checkbox"/> Aceptable 25 <input type="checkbox"/> Pobre 0 |

| | |
|--|---|
| 4.4 ¿Médicos y enfermeras respetaron la privacidad de su hijo al atenderlo? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| 4.5 ¿Fue su hijo tratado con dignidad y respeto? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| 5. Coordinación e integración de los cuidados | |
| 5.1 ¿Fue organizado el cuidado que su hijo recibió antes de ser integrado al PMC? | <input type="checkbox"/> Muy organizado 100 <input type="checkbox"/> Fue algo organizado 50 <input type="checkbox"/> No fue organizado 0 |
| 5.2 ¿Fue organizado el ingreso de su hijo al PMC? | <input type="checkbox"/> Muy organizado 100 <input type="checkbox"/> Fue algo organizado 50 <input type="checkbox"/> No fue organizado 0 |
| 5.3 ¿Cómo calificaría el trabajo conjunto de médicos y enfermeras? | <input type="checkbox"/> Excelente 100 <input type="checkbox"/> Muy buena 75 <input type="checkbox"/> Buena 50 <input type="checkbox"/> Aceptable 25 <input type="checkbox"/> Pobre 0 |
| 6. Información y comunicación | |
| 6.1 Recibió suficiente información sobre la enfermedad y el tratamiento de su hijo? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| 6.2 Cuando realizó preguntas a los médicos ¿recibió respuestas que pudo comprender? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| 6.3 Cuando realizó preguntas a las enfermeras ¿recibió respuestas que pudo comprender? | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |

| | |
|---|--|
| <p>6.4 ¿Cuánta información recibió sobre la enfermedad y tratamiento de su hijo?</p> | <input type="checkbox"/> Demasiada 0 <input type="checkbox"/> La necesaria 100 <input type="checkbox"/> Poca 0 |
| <p>7. Relación entre padres y equipo de salud</p> | |
| <p>7.1 ¿Tenía confianza en los médicos que cuidaban a su hijo?</p> | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| <p>7.2 ¿Escuchaban los médicos sus comentarios y sugerencias?</p> | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| <p>7.3 ¿Tenía confianza en las enfermeras que cuidaban a su hijo?</p> | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| <p>7.4 ¿Escuchaban las enfermeras sus comentarios y sugerencias?</p> | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| <p>7.5 ¿Hubiera deseado mayor participación en la toma de decisiones relacionados con los cuidados recibidos por su hijo?</p> | <input type="checkbox"/> No 100 <input type="checkbox"/> Sí un poco más 50 <input type="checkbox"/> Sí, mucho más 0 |
| <p>8. Confort físico</p> | |
| <p>8.1 ¿Usted piensa que los médicos y enfermeras les importaba calmar el dolor de su hijo?</p> | <input type="checkbox"/> Siempre 100 <input type="checkbox"/> A veces 50 <input type="checkbox"/> Nunca 0 |
| <p>9. Continuidad del cuidado</p> | |
| <p>9.1 ¿Estaban informados los médicos de la sala acerca de los cuidados recibidos por su hijo?</p> | <input type="checkbox"/> Sí, claramente 100 <input type="checkbox"/> Sí, vagamente 50 <input type="checkbox"/> No 0 |

| | |
|--|--|
| 9.2 ¿Le informaron sobre los posibles efectos colaterales de la medicación que su hijo tenía que recibir al egresar del PMC? | <input type="checkbox"/> Sí, claramente 100 <input type="checkbox"/> Sí, vagamente 50 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> No aplicable |
| 9.3 ¿Le informaron sobre las señales de alarma relacionadas con la enfermedad de su hijo que usted tenía que conocer al egresar del PMC? | <input type="checkbox"/> Sí, claramente 100 <input type="checkbox"/> Sí, vagamente 50 <input type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> No aplicable |
| 9.4 ¿Le enseñaron a usted lo que necesitaba saber sobre los cuidados al egresar del PMC? | <input type="checkbox"/> Sí, claramente 100 <input type="checkbox"/> Sí, vagamente 50 <input type="checkbox"/> No 0 |
| | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

Le agradecemos su valiosa participación, le recordamos que la información es estrictamente confidencial.



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ANEXO IV
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**



Entrevista semiestructurada para conocer las percepciones de la usuaria del Programa Madre Canguro.

Nombre: _____

Clave: _____

Edad: _____ G: _____ P: _____ C: _____ A: _____ O: _____

Días de internamiento: UCIN: _____ Terapia intermedia: _____ CyD: _____ PMC: _____

Pregunta detonadora

¿Puede hablarme sobre el Programa Madre Canguro en el que usted y su hijo participan?

1. ¿Cuál es su idea sobre el PMC?

2. ¿Qué esperaba del PMC?



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ANEXO V**



**CARTA DE APROBACIÓN Y/O REGISTRO DEL
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

NOMBRE DEL ALUMNO (A)

| | | |
|-----------------|-----------------|----------------------|
| <u>Corpus</u> | <u>Ramírez</u> | <u>Ethel Marinta</u> |
| APELIDO PATERNO | APELIDO MATERNO | NOMBRE (S) |

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE ADSCRIPCIÓN

| | |
|------------------|----------------------------|
| <u>2013-2015</u> | <u>1º de Julio de 2015</u> |
| PERIODO ESCOLAR | FECHA DE APROBACIÓN |

NOMBRE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un programa madre canguro.

DICTÁMEN DEL COMITÉ ACADÉMICO

APROBADO

DRA. SANDRA OLIMPIA GUTIÉRREZ ENRÍQUEZ

MAE. ROSA MA. GUADALUPE ANDRADE CEPEDA

M.I.S. BEATRIZ ADRIANA URBINA AGUILAR

MAE. MA. ELSA RODRÍGUEZ PADILLA

DRA. ARACELY DÍAZ OVIEDO

MAE. SOFÍA CHEVERRÍA RIVERA



Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION
ANEXO VI**



SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO

SAN LUIS POTOSI

San Luis Potosí | Servicios de Salud
Un Gobierno para Todos

UNIDAD: HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER
 DR. ALBERTO LOPEZ HERMOSA
 AREA: ENS. CAP. E INV.
 DOMICILIO: ANTONIO ROCHA CORDERO No.2510
 C.P. 78364 17233
 NUMERO DE OFICIO: 242
 EXPEDIENTE: 242

ASUNTO: Relacionado con Protocolo.

San Luis Potosí, S.L.P., 08 ABR 2015

L.E. CLAUDIA ELENA GONZALEZ ACEVEDO MEP
 DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA
 DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
 NIÑO ARTILLERO No. 130
 ZONA UNIVERSITARIA
 CIUDAD

ATN: DRA. JOSEFINA GALLEGOS MARTINEZ
Profesora de la Facultad de Enfermería de la UASLP

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS
CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO.

Por medio del presente notifico a usted, que el Protocolo de Investigación "Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un programa madre canguro", sometido a consideración del Comité Local de Ética e Investigación en Salud de esta Unidad Hospitalaria, cumple con la calidad metodológica así como los requisitos Éticos y de Investigación, a lo cual se **AUTORIZA** su aplicación en el Área Hospitalaria, quedando como Asesores Institucionales la L.E. Rosa María Corpus Cabriales y la L.E. Isabel Moreno Cárdenas. Dicho Protocolo tiene como registro HNM/03-2015/023.

ATENTAMENTE
 LA DIRECTORA DEL HOSPITAL

DRA. ELISA VAZQUEZ GOVEA

FACULTAD DE ENFERMERIA
 UASLP
 13:30 Hrs
 13 ABR. 2015
 SPS.
RECIBIDO
 OFICINAS ADMINISTRATIVAS

SERVICIOS DE SALUD
 San Luis Potosí
DECLARADO
 08 ABR 2015
 HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER
 DE SAN LUIS POTOSI

RECA/OMA/jcmmm

"2015, Año de Julian Carrillo Trujillo"



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ANEXO VII**



Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

**EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN
INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.**

Título del proyecto: Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un programa madre canguro

Responsable: Ehtel Marinta Corpus Ramirez

Fecha: 10 / Julio /2015

| Criterios | Presente | Ausente | No Aplica | Observaciones |
|---|----------|---------|-----------|--|
| 1. Se incluye el titulo del proyecto | X | | | |
| 2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores. | X | | | |
| 3. Anexa la autorización de la instancia correspondiente. | | X | | |
| 4. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2 | X | | | |
| 5. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales. | X | | | |
| 6. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio. | X | | | |
| 7. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados. | X | | | |
| 8. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética. | X | | | |
| 9. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio. | X* | | | Incluir los datos de contacto del investigador |
| 10. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados. | X | | | |
| 11. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto. | X | | | |
| 12. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación.(patente) | | | X | |
| 13. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses) | X | | | |



FACULTAD DE
ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx



UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

Dictamen:

Se otorga registro CEIFE-2015-144, dado que presenta aprobación por parte del Comité de Ética del Hospital del Niño y la Mujer. Este Comité le recomienda incluir los datos de contacto del investigador responsable en la carta de consentimiento informado. Así mismo, se solicita enviar un informe sobre el avance del proyecto en 6 meses al correo electrónico: ceife.uaslp@gmail.com

ATENTAMENTE

Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería



FACULTAD DE
ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

Página 2 de 2



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ANEXO VIII
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



PROYECTO: SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN PROGRAMA MADRE CANGURO”

El presente proyecto de investigación se llevará a cabo en el Hospital del Niño y la Mujer. Dicho proyecto tiene como objetivo medir la satisfacción de las usuarias del Programa Madre Canguro; por lo cual pedimos su amable colaboración, teniendo en cuenta que la información obtenida es confidencial y no afectará en el tratamiento de su recién nacido ni en la atención brindada. Además Usted que podrá retirarse del estudio en el momento que lo decida, sin menoscabo de la atención otorgada por el Hospital. Este proyecto se llevará a cabo durante los meses de febrero a mayo del año en curso.

RESPONSABLE:
LE Ethel Marinta Corpus Ramírez

CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIA

“Yo _____ madre del RN _____, habiendo sido informada de la investigación “Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un Programa Madre Canguro” de forma verbal y escrita, personalmente consiento participar en el mismo, además apruebo para que la información sea publicada en forma de artículos científicos en revistas, siempre y cuando se mantenga en secreto mi identidad.

Así mismo, en el entendido de que si decido no aceptar o retirar el consentimiento no afectará la atención médica a mi hijo.

Que los investigadores se harán cargo de los gastos que se generen en el estudio”

ACEPTO

San Luis Potosí, SLP

A _____ del mes de _____ del 201__



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
 ANEXO IX
 CONSENTIMIENTO INFORMADO**



PROYECTO: “SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN PROGRAMA MADRE CANGURO”

El presente proyecto de investigación se llevará a cabo en el Hospital del Niño y la Mujer. Dicho proyecto tiene como objetivo medir el nivel de conocimientos del personal vinculado al Programa Madre Canguro, con el propósito de identificar posibles áreas de oportunidad; por lo cual pedimos su amable cooperación, teniendo en cuenta que la información obtenida es confidencial. Además Usted que podrá retirarse del estudio en el momento que lo decida. Este proyecto se llevará a cabo durante los meses de abril a julio del año en curso.

RESPONSABLE:
 LE Ethel Marinta Corpus Ramírez

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

“Yo _____, habiendo sido informada de la investigación “Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un Programa Madre Canguro” de forma verbal y escrita, personalmente consiento participar en el mismo, además doy mi consentimiento para que la información sea publicada en forma de artículos científicos en revistas, siempre y cuando se mantenga en secreto mi identidad. Así mismo, en el entendido de que si decido no aceptar o retirar el consentimiento no me afectará. Que los investigadores se harán cargo de los gastos que se generen en el estudio”

 ACEPTO

San Luis Potosí, SLP

A _____ del mes de _____ del 201__



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ANEXO X



San Luis Potosí, Julio 2015

A quien corresponda:

A través de la presente le informamos que los participantes del proyecto denominado **“Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un Programa Madre Canguro”** no tienen conflictos de interés en la elaboración del proyecto, ni para la publicación de los resultados de los datos que se obtengan.

La publicación de resultados estará en estricto apego a las normas de autorías que señalan la mayoría de las revistas nacionales e internacionales y que está en función de la mayor aportación en la elaboración del proyecto de investigación por lo que se tendrá estricto apego a las normas éticas y se harán responsables de la integridad y veracidad de los informes tanto de los informes verbales como escritos a la institución.

Se respetará el crédito de los participantes y como primer autor será la tesista la Lic. Enf. Ethel Marinta Corpus Ramírez, como segundo autor la directora de tesis la Dra. Josefina Gallegos Martínez y como tercer autor el co-asesor el Dr. Jaime Reyes Hernández, cuarto autor la co-asesora Profra. Dra. Adriana Moraes Leite, quinto autor la co-asesora Mtra. Sofía Cheverría Rivera, y si hubiere otro de acuerdo a su nivel de participación en la elaboración del artículo, por lo que todos los autores tendrán obligaciones éticas en la publicación de los resultados y el manejo de información. Aceptamos en común acuerdo las normas éticas de la entrega de información y que los resultados deberán estar a la disposición del público.

En la sucesiva publicación posterior al primer artículo será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los integrantes para ir en primer, segundo y tercer término, con previo consentimiento del autor principal. Se respetará la autoría propuesta dentro de los primeros 6 meses posterior a la defensa de la tesis, si la tesista no participa en la elaboración del artículo será responsabilidad del comité de tesis la publicación del mismo.

Por lo que se declara que no existe conflicto de interés económico, profesional ni de otro tipo para la elaboración, implementación y difusión del presente proyecto.

Al mismo tiempo se da a conocer que el financiamiento será del 100% de la tesista.

Lic. Enf. Ethel Marinta Corpus Ramirez, EECA

Dra. Josefina Gallegos Martínez

Dr. Jaime Reyes Hernández

Dra. Adriana Moraes Leite

MAAE Sofia Cheverría Rivera