



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
Facultad de Medicina

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de puertas abiertas en personal médico y de enfermería en cuatro hospitales de Quito, 2025.

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
PEDIATRA**

AUTOR: BERTA LEONOR VILLOTA VILLOTA

DIRECTOR:

DRA MARIA DE LOURDES ALVEAR QUEZADA

DIRECTOR METODOLÓGICO:

DR JORGE LUIS PEÑAHERRERA YÁNEZ

QUITO, 2025

DEDICATORIA

A mi hija, luz de mi existencia que me inspira todos los días. A mi esposo por ser incondicional y por su inconmensurable amor.

AGRADECIMIENTO

A mi universidad, por brindar las herramientas académicas necesarias para mi formación.

A mis profesores, por compartir sus experiencias y conocimientos que han guiado mi camino en la pediatría.

Y, especialmente a las niñas y niños, grandes maestros. A quienes, con su alegría y resiliencia me han enseñado las más valiosas lecciones de vida y de la medicina. Esta tesis también es por y para ustedes.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE GENERAL	4
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
ÍNDICE DE ANEXOS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Justificación	2
1.2. Problema de investigación	3
1.2.1. Pregunta de investigación	4
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo General	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Hipótesis	5
CAPÍTULO II	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)	6
2.2. Atención centrada en la familia	6
2.3. Participación de los padres en el cuidado	9
2.4. Efecto de la presencia de los padres y neurobiología del neonato en la UCIN	10
2.5. Neurodesarrollo del neonato y presencia de los padres en UCIN	11
2.6. Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de puertas abiertas	14
2.7. Antecedentes sobre UCIN de puertas abiertas.	17

2.8. Investigaciones tipo CAP	19
CAPÍTULO III	21
3. MATERIALES Y MÉTODOS	21
3.1. Tipo y diseño de investigación	21
3.2. Población y muestra	21
3.3. Criterios de selección	21
3.3.1. Criterios de inclusión	21
3.3.2. Criterios de exclusión	22
3.4. Operacionalización de las variables	22
3.5. Procedimientos de recolección de información	29
3.6. Aspectos bioéticos y de género	29
3.7. Plan de análisis de datos	30
CAPÍTULO IV	31
RESULTADOS	31
4.1. Descripción de los participantes	31
4.2. Conocimientos sobre UCIN de puertas abiertas	34
4.3. Actitudes sobre la UCIN de puertas abiertas	36
4.4. Prácticas sobre la UCIN de puertas abiertas	37
4.5. Conocimientos, actitudes y prácticas según la profesión.	39
4.5. Conocimientos, actitudes y prácticas según el hospital	41
CAPÍTULO V	45
5. DISCUSIÓN	45
Limitaciones	49
CAPÍTULO VI	50
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
6.1. Conclusiones	50
6.2. Recomendaciones	51

REFERENCIAS	52
ANEXOS	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Intervenciones de UCIN centradas en los padres y modelos de atención en familia, en el contexto de los cuidados intensivos de puertas abiertas.	8
Tabla 2. Características sociodemográficas. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales (n=70)	28
Tabla 3. Características profesionales. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales (n=70)	29
Tabla 4. Conocimientos sobre UCIN de puertas abiertas. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales (n=70)	30
Tabla 5. Actitudes sobre UCIN de puertas abiertas. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales (n=70)	32
Tabla 6. Prácticas sobre UCIN de puertas abiertas. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales (n=70)	33
Tabla 7. Conocimientos, actitudes y prácticas según profesión. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales (n=70)	35
Tabla 8. Conocimientos, actitudes y prácticas según hospital. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales (n=70)	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Profesionales por hospital (n=70)	26
Gráfico 2. Distribución de profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN en cada hospital (n=70).	27

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento	52
-----------------------------	----

RESUMEN

Introducción: La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de puertas abiertas permite el acceso libre a padres, fomentando su participación en los cuidados.

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre la UCIN de puertas abiertas en 4 hospitales de Quito, en el primer semestre de 2025.

Métodos: Investigación multicéntrica, transversal, tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas, con profesionales de las UCIN de 4 hospitales de Quito: Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, General Docente de Calderón, General San Francisco de Quito y Hospital de los Valles. Se solicitó consentimiento informado. Se utilizó un cuestionario de 17 ítems. Los datos se analizaron en Excel y con el software libre JASP v17.0. Se usaron el chi cuadrado (X^2) o prueba exacta de Fisher, considerando significación estadística cuando el valor de $p < 0,05$.

Resultados: Participaron 70 profesionales, tasa de respuesta 100%. El 50% ($n=35$) eran médicos, 57 mujeres (81,4%). Los conocimientos fueron adecuados, 40 (57,1%) considera que la presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente. Las actitudes y prácticas fueron positivas. Hubo diferencias estadísticamente significativas en las prácticas, la comunicación a los padres sobre los procedimientos a realizar varió entre médicos y personal de enfermería y, la práctica empática, entre hospitales públicos y privados ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los profesionales de cuatro hospitales de Quito tuvieron un nivel de conocimientos, actitudes y prácticas positivos sobre la UCIN de puertas abiertas, con lo que se acepta la hipótesis de esta investigación; sin embargo, se evidenció la necesidad de profundizar en la capacitación continua sobre este tema.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes y prácticas sanitarias, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, puertas abiertas

ABSTRACT

Introduction: The open-door Neonatal Intensive Care Unit (NICU) allows free access to parents, encouraging their participation in care.

Objective: To determine the knowledge, attitudes, and practices of medical and nursing staff regarding the open-door NICU in four hospitals in Quito during the first half of 2025.

Methods: A multicenter, cross-sectional, Knowledge, Attitudes, and Practices study was conducted with NICU professionals from four hospitals in Quito: Isidro Ayora Gynecological-Obstetric Hospital, General Teaching Hospital of Calderón, General San Francisco de Quito, and Hospital de los Valles. Informed consent was obtained. A 17-item questionnaire was used. Data were analyzed in Excel and with the free software JASP v17.0. The chi-square (X^2) test or Fisher's exact test was used, with a p-value <0.05 considered statistical significance.

Results: Seventy professionals participated, with a 100% response rate. Fifty percent ($n=35$) were physicians, 57 women (81.4%). Their knowledge was adequate, and 40 (57.1%) considered that the presence of the family provides emotional support to the patient. Attitudes and practices were positive. There were statistically significant differences in practices; communication with parents about procedures varied between physicians and nurses, and empathetic practice varied between public and private hospitals ($p<0.05$).

Conclusions: Professionals from four Quito hospitals had a positive level of knowledge, attitudes, and practices regarding the open-door NICU, thus accepting the hypothesis of this research; however, a need for further ongoing training on this topic was evident.

Keywords: Knowledge, attitudes, and healthcare practices, Neonatal Intensive Care Units, open doors

1. INTRODUCCIÓN

En enfoque de puertas abiertas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es innovador, humano y, centrado en el paciente y la familia; se caracteriza por permitir el acceso libre y continuo de los familiares. Contrasta con el modelo tradicional de UCIN cerrada, en el que las visitas son estrictamente controladas y limitadas en tiempo y número, generando una barrera física y emocional entre el neonato y el resto de los usuarios. Esto busca promover un ambiente más confortable y humano, lo que contribuye a fortalecer el vínculo afectivo, reducir el estrés familiar y mejorar los resultados clínicos y psicosociales tanto para el bebé como para sus cuidadores (1). Este modelo ha demostrado beneficios en la disminución del estrés parental, la mejora del desarrollo neuroconductual del neonato y la disminución de complicaciones asociadas a la hospitalización prolongada (2).

La hospitalización de neonatos en la UCIN crea barreras particulares para el proceso de apego madre-hijo. La separación temprana y prolongada de la madre tiene impactos permanentes en el desarrollo neurológico del neonato, la autorregulación y la salud emocional y conductual del bebé. Por lo tanto, la ausencia de los padres o la reducción de las interacciones madre-hijo puede provocar trastornos socioemocionales y del desarrollo neurológico en bebés prematuros y a término. Se ha demostrado que la separación de la madre y el neonato es perjudicial para ambos y, se sabe que la lactancia materna y el contacto piel con piel son cruciales, incluso en la biología reproductiva humana (3).

Entre las ventajas de la UCIN de puertas abiertas destacan el cuidado más humanizado, la mejora en la comunicación entre el equipo de salud y la familia, y la promoción de prácticas como el contacto piel con piel, que favorecen la estabilidad térmica, la regulación cardiopulmonar y la lactancia materna precoz. Además, contribuye a disminuir la ansiedad y la incertidumbre familiar, aumentando la satisfacción y confianza en la atención recibida (4).

Sin embargo, también se reconocen desventajas y posibles barreras, relacionadas con el potencial incremento en el trabajo de los enfermeros, el deterioro de la asepsia y antisepsia en la UCIN y, la necesidad de capacitar

continuamente al personal para este nuevo enfoque de cuidados (5).

En el Ecuador, se han investigado los Conocimientos, Actitudes y Prácticas, de los profesionales sobre las UCIP de puertas abiertas, con resultados favorables, que evidencian que el personal de varias instituciones de salud tiene un adecuado conocimiento sobre el tema, así como actitudes y prácticas positivas (6); sin embargo, aún es escasa la evidencia que explore la subjetividad de los profesionales sobre este enfoque de Cuidados Intensivos Neonatales, lo que motivó realizar esta investigación.

Es por lo que resulta imprescindible realizar estudios que permitan evaluar estos aspectos el personal sanitario, para diseñar intervenciones educativas y organizativas que potencien un cuidado integral, centrado en el neonato y su familia, y que contribuyan a mejorar la calidad y calidez de la atención en las UCIN. De forma que, esta investigación propone abordar esta necesidad, aportando evidencia contextualizada sobre los CAP del personal de salud en cuatro UCIN de hospitales representativos de la ciudad de Quito con miras a fortalecer la humanización y efectividad de estos servicios críticos.

1.1. Justificación

Según datos de la UNICEF, entre 8 y 10 millones de neonatos necesitan UCIN en el mundo cada año (7). Las UCIN tienen la responsabilidad de proporcionar un cuidado integral y humanizado a los recién nacidos graves o potencialmente graves. Su objetivo es priorizar acciones que reduzcan la morbilidad y mortalidad neonatal. Estas unidades se esfuerzan por garantizar el acceso a los diferentes niveles de atención neonatal, además la inclusión de formación y capacitación de recursos humanos para el cuidado del neonato (8).

Sin embargo, el enfoque tradicional de estas unidades puede ser estresante para los neonatos prematuros y sus familias debido a la presencia de numerosos estímulos perjudiciales y la separación de la madre y el neonato. En este contexto, la UCIN de puertas abiertas, que promueve participación familiar en el cuidado. Esto ha evidenciado la importancia de permitir que no solo la madre, sino el padre se involucre en los cuidados neonatales en la UCIN (9); la implementación de este modelo requiere un cambio significativo en los conocimientos, actitudes y prácticas

del personal de salud (10).

Desde el punto de vista del aporte a la sociedad, es necesario llevar a cabo esta investigación, con la que se espera proporcionar información para guiar la implementación efectiva de este modelo, mejorar la calidad del cuidado neonatal y promover el desarrollo saludable. Además, este estudio contribuirá a la literatura existente al proporcionar datos empíricos desde múltiples contextos y perspectivas. La motivación para desarrollar esta investigación surge de un vacío en la información sobre este tema, en el contexto de los hospitales de Quito, ya que ha sido poco estudiado el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios acerca del funcionamiento de las UCIN de puertas abiertas.

Asimismo, contar con información del personal de salud de cuidado directo, y de esta manera entender su percepción, manera de actuar y cuáles podrían ser los motivos de resistencia a un posible cambio, de un modelo de atención de una UCIN tradicional a un modelo de puertas abiertas.

1.2. Problema de investigación

En el área de UCIN presta atención médica altamente especializada, a pacientes con patologías complejas. El entorno se caracteriza por la presencia de numerosos estímulos perjudiciales. Un hijo hospitalizado en UCIN se asocia a estrés emocional tanto para madres como para padres, que con políticas correctas y apoyo adecuado del personal, este estrés se puede reducir significativamente. Además, existen casos de alteraciones en el desarrollo emocional de los neonatos, debido a la pérdida del vínculo con su madre (11,12).

Este aspecto puede estar relacionado con la presencia de la familia dividida en intervalos de tiempo, y la exclusión de la familia en la realización de cuidados básicos, para lo cual se ha implementado la modalidad de atención de puertas abiertas para este tipo de servicios, lo que implica un cuidado más humanizado, y mayor satisfacción por parte de los padres del neonato (13).

Este modelo se basa en una formación estructurada de los profesionales y en el apoyo físico y psicológico de los padres, implica la provisión de recursos y permitirles acompañar a sus hijos durante su estancia en UCIN (14).

Con este antecedente la motivación para desarrollar este trabajo surge de la necesidad de incrementar la información sobre el grado de conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de Neonatología sobre el funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de puertas abiertas, en 4 hospitales de la ciudad de Quito: Hospital General San Francisco, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, hospital General Docente de Calderón y Hospital de los Valles.

1.2.1. Pregunta de investigación

Se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre el funcionamiento de las UCIN de puertas abiertas?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico y de enfermería sobre la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de puertas abiertas en cuatro hospitales de Quito, en el primer semestre de 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar al personal médico y de enfermería de cuidados intensivos neonatales.
- Explorar los conocimientos del personal médico y enfermería sobre el funcionamiento de las UCIN de puertas abiertas en los hospitales de Quito.
- Describir las actitudes y prácticas de estos profesionales con respecto al funcionamiento de las UCIN de puertas abiertas.
- Comparar los CAP entre el personal de las UCIN en las cuatro instituciones hospitalarias.

1.4. Hipótesis

Los profesionales médicos y de enfermería de 4 hospitales de Quito tienen conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas sobre el funcionamiento de las UCIN de puertas abiertas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)

Las UCIN atienden a poblaciones vulnerables de pacientes, y es necesario dotar estas secciones de hospitalización con un personal médico, de enfermería y de apoyo adecuado. En la mayor parte del mundo, las UCIN se designan según las indicaciones de la Academia Americana de Pediatría de Estados Unidos y las de organizaciones nacionales similares. Esta necesidad de designar las UCIN es fundamental, y las decisiones deben basarse en la complejidad de las afecciones médicas tratadas, el riesgo de mortalidad y el censo promedio diario de pacientes en estas unidades (15).

Dotada de alta tecnología y una amplia oferta de cuidados, la UCIN tiene una doble función: favorece la estabilidad clínica y la supervivencia de los neonatos prematuros, a la vez que los expone a daños. Uno de los factores que los hace vulnerables es su insuficiente capacidad de autorregulación, debido a las elevadas cargas sensoriales que experimentan en este contexto, principalmente por los efectos de intervenciones realizadas sin medidas adecuadas de manejo del dolor, la luminosidad y el ruido, sumado a protocolos de atención que descuidan el sueño y el descanso, generando estrés y malestar en los prematuros. Este contexto puede implicar un mayor riesgo de maduración cerebral anormal y constituye un factor de morbilidad (16).

2.2. Atención centrada en la familia

En 1993, Helen Harrison (17) fue pionera en la introducción de los principios de la Atención Centrada en la Familia (ACF) en las UCIN. Desde entonces, se han llevado a cabo diversas iniciativas. La ACF es más bien un concepto que debe ser parte integral de la cultura de la UCIN y de la actitud de cada persona, más que una lista de tareas a realizar. El núcleo de esta política es brindar atención médica considerando las fortalezas y necesidades de los pacientes, sus familias y la comunidad, con el propósito de mejorar la calidad, el bienestar psicológico, resultados clínicos y la experiencia general del paciente y su familia.

La unidad de cuidados intensivos neonatales brinda atención diurna y nocturna a neonatos enfermos o prematuros; cuenta con personal y equipos médicos especializados. Las UCIN son entornos altamente profesionalizados y a menudo estresantes tanto para los neonatos como para sus padres. A pesar de estos avances, las morbilidades neonatales, como la displasia broncopulmonar, la retinopatía de la prematuridad y las lesiones cerebrales graves, siguen afectando a los infantes prematuros, quienes aún presentan más problemas neuroconductuales y peores resultados en el desarrollo neuro evolutivo que sus contrapartes a término (18). Casi el 5% de todos los recién nacidos requieren estadía en una unidad de cuidados intensivos. Otro 15-20% de todos los recién nacidos requieren servicios especializados (19) y, el estrés de los padres relacionado con el ingreso a la UCIN es un problema de atención sanitaria mundial (20).

Actualmente, los hospitales en países desarrollados siguen nuevas guías que promueven la presencia de los padres como actores clave del cuidado del paciente en la UCIN. Estas guías permiten que los padres estén con su hijo las 24 horas del día, lo que favorece el nexo familiar y tiene efectos positivos en el desarrollo físico, cognitivo y fisiológico del neonato. Esto permite que este sea dado de alta antes del hospital, reduce las probabilidades de que tenga que regresar al hospital y ayuda a los padres a desarrollar las habilidades e interpretar mejor las señales del neonato (21).

Los padres cuyos recién nacidos fueron sometidos a graves problemas médicos experimentaron el sentimiento de exclusión y falta de pertenencia a UCIN; además, desempeñan el papel principal en la atención neonatal en la UCIN. Asimismo, sienten que la atención brindada en la UCIN se ve comprometida debido a la sobrecarga de trabajo de los profesionales sanitarios, la atención de enfermería orientada a la enfermedad, la estancia hospitalaria más prolongada, la escasez de proveedores de atención médica y la falta de camas y equipos médicos (22).

En las UCIN se está prestando cada vez mayor atención a reducir la separación entre padres e hijos y apoyar al binomio mutuamente dependiente con estrategias que favorecen el contacto cercano del paciente con su madre; con un enfoque de atención enfocado en la familia y su objetivo es brindar una atención que promueva el respeto y la dignidad, el intercambio dinámico y constante con el equipo de

atención clínica y los padres (23).

El objetivo es lograr un servicio más personalizado, e integrar a los padres en el proceso de recuperación del recién nacido. Anteriormente, la atención hospitalaria implicaba la separación del recién nacido y la familia. Un asunto que dejaba a los padres fuera del cuidado básico y técnico proporcionado en las UCIN era que la presencia de personas externas se entendía como un obstáculo en la prestación de cuidados intensivos neonatales (24).

Hoy en día, se considera que el vínculo entre el recién nacido y sus progenitores debe ser respetado. Para el equipo multidisciplinario, y en particular, para los profesionales de enfermería, integrar a los adultos responsables del en las UCIN supone un cambio de perspectiva para involucrar a la familia como los principales cuidadores. Por lo tanto, el personal de enfermería ha perdido protagonismo en esto y, ha pasado a ser un facilitador de la presencia de los progenitores en la UCIN; sin embargo, esto amerita que los profesionales adquieran una nueva visión, habilidades y capacidades para los profesionales de la salud, que en el pasado eran de poca importancia (25). En la tabla 1 se resumen algunas de las intervenciones en las que se involucra la familia en una UCIN de puertas abiertas.

Tabla 1.

Intervenciones de UCIN centradas en los padres y modelos de atención en familia, en las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas.

Modelos de cuidados neonatales en los que se involucran los padres en la UCIN de puertas abiertas	<ul style="list-style-type: none">▪ Cuidados en los que se integra la familia.▪ Cuidados centrados en la familia.▪ Cuidados primarios.▪ Cuidado por los padres▪ Método de la madre canguro
Intervenciones de cuidados desarrolladas por los padres en la UCIN de puertas abiertas	<ul style="list-style-type: none">▪ Cuidado del comportamiento del neonato.▪ Hablar, leer, cantar al neonato, masajes.▪ Contacto piel a piel.▪ Lactancia materna.▪ Cuidado básico del neonato: aseo, cambio de pañal.▪ Brindar confort y bienestar al neonato.
Estrategias para facilitar a los padres a cuidar a su hijo, en la UCIN de puertas abiertas	<ul style="list-style-type: none">▪ Comunicación asertiva con el personal de salud.▪ Técnicas de psicoeducación.▪ Acompañamiento▪ Entornos amigables con los padres y el neonato.

Fuente: Franck y O'Brien (26).

2.3. Participación de los padres en el cuidado

Hoy en día, en la mayoría de las UCIN occidentales, los padres cuidan activamente a sus hijos proporcionando apoyo emocional y social, participando en el manejo del dolor, gestionando sus rutinas diarias y participando en la toma de decisiones médicas, siendo así una parte importante del equipo de atención.

El término apoyo emocional y social se ha utilizado para representar diversos modelos de atención centrados en la familia y en la colaboración. Los componentes de un modelo de apoyo emocional y social neonatal están definidos de forma

imprecisa, lo que representa un desafío al evaluar la investigación sobre apoyo emocional y social. Un aspecto fundamental del apoyo emocional y social en el contexto de la UCIN es que el neonato nunca debe ser atendido sin considerar a toda la familia y la colaboración con los padres. Las familias se consideran como participantes del equipo de cuidado y, tienen la posibilidad de tener voz al momento de establecer las acciones terapéuticas con sus hijos.

Los progenitores son fundamentales para el bienestar de sus hijos y crecen hasta convertirse en sus principales cuidadores, bajo la guía del personal de enfermería y sanitario en general. Cuando estén en la UCIN, se anima a los padres a brindar todo el cuidado que puedan al neonato: bañarlo, vestirlo, cambiarle pañales, sostenerlo piel con piel y brindarle consuelo durante procedimientos dolorosos, con apoyo del personal de enfermería.

La participación en rondas es una intervención poderosa para facilitar la transparencia y la comprensión de los padres sobre el plan de atención y los posibles resultados mientras los prepara para la transición al hogar. En el modelo de cuidado en el que se integra la familia, enfermería es responsable de trabajar con los padres para prepararlos para participar en las rondas, educarlos sobre qué esperar, educarlos sobre el modelaje a seguir, practicar con los padres para ayudarlos a aumentar sus habilidades y confianza, entrenarlos durante las rondas, y un informe posterior (23).

2.4. Efecto de la presencia de los padres y neurobiología del neonato en la UCIN

La función principal del reconocimiento y el apego tempranos del cuidador es asegurar la cercanía y la supervivencia del recién nacido. Los recién nacidos experimentan una descarga de noradrenalina durante el proceso de nacimiento que facilita el aprendizaje del olor de su madre y el acercamiento a ella. Además, se han desarrollado numerosos mecanismos hormonales y neurotransmisores para atraer a padres e hijos a una proximidad y cercanía emocional. Por lo tanto, las alteraciones en estas regulaciones pueden tener diversos efectos en el desarrollo cognitivo y emocional del bebé. El apego y cuidado por parte de los progenitores desempeña un rol fundamental en el manejo del estrés del neonato (27).

La oxitocina es una hormona bien conocida que desempeña un papel importante en la formación de una relación estrecha entre madre e hijo. Se secreta una gran cantidad de oxitocina en liberaciones pulsátiles al nacer. La cercanía y los cuidados de la madre después del nacimiento aumentan esta secreción pulsátil de oxitocina. Se sabe que la oxitocina mejora la función del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal para regular las conductas de miedo y estrés del bebé. Las funciones sensoriales tempranas influyen en qué parte del cerebro se ve afectada por la vía de la oxitocina y cómo reacciona el cerebro durante las interacciones humanas posteriores en la vida (28).

La dopamina es otro neurotransmisor bien conocido que participa en la formación de vínculos fundamentales. Las neuronas productoras de dopamina se encuentran cerca de las neuronas receptoras de oxitocina en el cuerpo estriado y el tegmento ventral, lo que permite que las descargas de oxitocina producidas por la cercanía y las acciones de cuidado activen los procesos de recompensa del cerebro. A través de complejas redes neuronales y mecanismos de integración, los sistemas de oxitocina y dopamina participan y realizan diversas acciones e influencias, incluyendo la neuromodulación del comportamiento social, la regulación del estrés y el aprendizaje asociativo (29).

2.5. Neurodesarrollo del neonato y presencia de los padres en UCIN

El entorno de la UCIN al que están expuestos los neonatos prematuros, incluyendo fuertes estímulos lumínicos y sonoros; así como varias intervenciones, que puede tener efectos perjudiciales en el cerebro inmaduro que alteran su desarrollo posterior. Se sabe que los neonatos prematuros tienen superficies corticales más pequeñas y menores volúmenes de materia gris, materia blanca, ganglios basales y cerebelo que los nacidos a término.

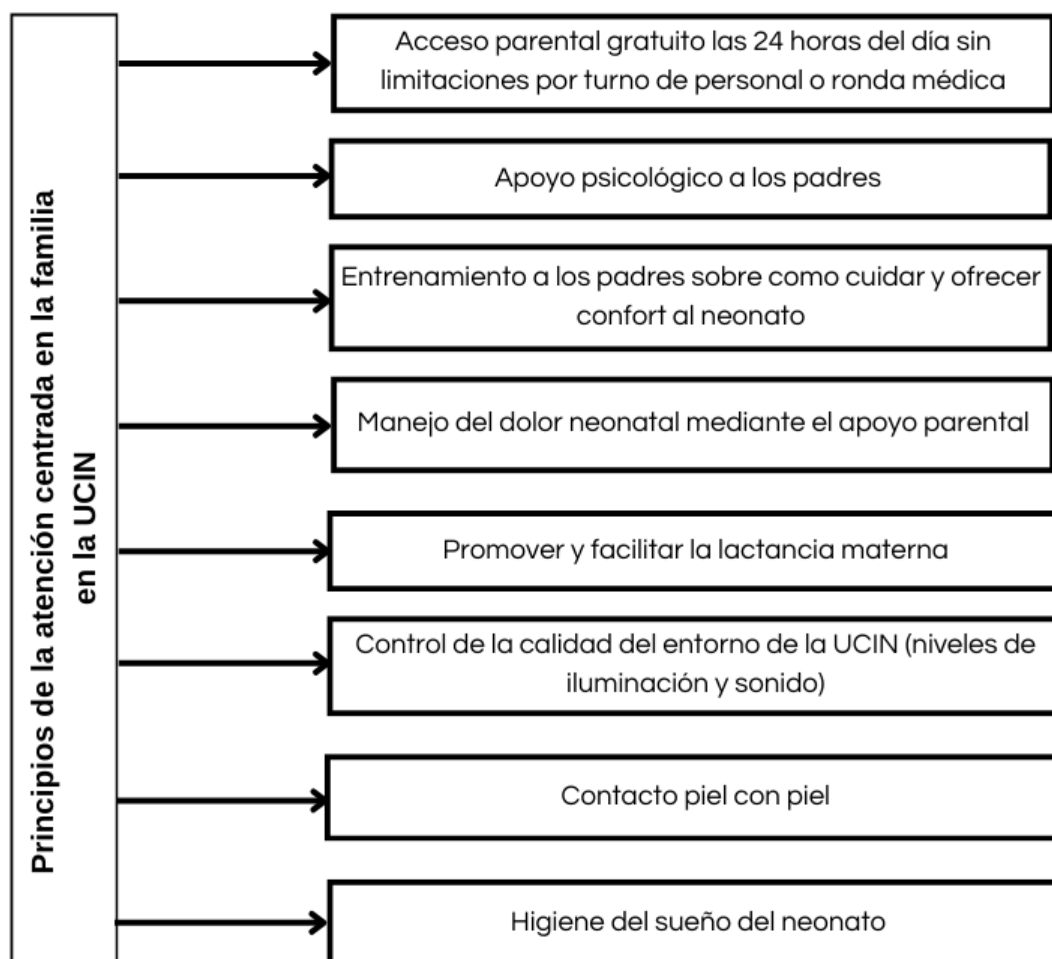
La primera respuesta sensorial fetal observada implica el movimiento de las extremidades, la cabeza o la boca, o cambios en la frecuencia cardíaca en respuesta a la estimulación externa entre las semanas 21 y 23 de gestación. Este desarrollo temprano del sentido del tacto sugiere la relevancia del contacto directo en la cercanía entre padres e hijos en los neonatos prematuros durante la hospitalización en la UCIN. El contacto piel a piel es ahora una estrategia de

atención primaria recomendada y comprobada, con claros efectos positivos tanto para los padres como para los bebés. Además, la presencia de los padres es un requisito previo para el contacto piel a piel y cualquier otra forma de cercanía física entre padres e hijos (30).

En la Figura 1 se muestran las dimensiones de la atención enfocada en la familia y el paciente en el contexto de la UCIN

Figura 1.

Dimensiones de la atención centrada en la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)



Fuente: Adaptado de Lee (31).

La atención en la que se priorizan las necesidades del paciente y sus familiares promueve la interacción entre los pacientes, sus progenitores y el personal sanitario. Se sustenta en el principio de la relevancia del vínculo filial en la

recuperación del neonato. Este enfoque brinda atención a las familias de una manera que implica respeto y empoderamiento, y responde a la diversidad y las fortalezas individuales (32).

Este modelo de atención se basa en colaboraciones mutuamente beneficiosas entre profesionales de la salud, pacientes y familias. Redefine las relaciones en la atención médica al enfatizar la colaboración con personas de todas las edades, en todos los niveles de atención y en todos los entornos. En la atención centrada en el paciente y la familia, cada grupo familiar establecer sus propias dinámicas de cuidado, atendiendo a las condiciones de la UCIN (17,33) y, se sustenta en la hipótesis de que el vínculo con los progenitores es un catalizador del éxito de la atención sanitaria en las UCIN. Los principios que definen este enfoque de cuidados son (33):

- **Dignidad y respeto:** El personal especializado incluye las necesidades de los pacientes y sus progenitores en la planificación de las acciones terapéuticas, según sus costumbres, intereses y necesidades.
- **Comunicación:** Garantiza el éxito de la inclusión de los progenitores dentro de la UCIN. El intercambio de información debe ser transparente y constante, debe actualizarse constantemente, de forma que se mantengan actualizados sobre la evolución de los recién nacidos y, las modificaciones en el plan terapéutico.
- **Participación:** Se pretende estimular la intervención de los progenitores en las diferentes actividades de cuidado durante la estancia en la UCIN.
- **Colaboración:** Se busca que los progenitores contribuyan en lo posible en las diferentes actividades de cuidado, organización y toma de decisiones.

La atención enfocada en la familia en las UCIN ofrece diversos beneficios tanto para los neonatos como para sus padres, mejorando tanto la dimensión física como psicológica de los usuarios. El personal de la UCIN desempeña un papel importante en la promoción, el perfeccionamiento y la aplicación práctica de los principios teóricos de la ACF, como facilitar la participación de los padres en el cuidado de sus hijos, proporcionar información a las familias, y educar y orientar a los padres para que puedan abordar activamente las necesidades de sus hijos (34).

Esto implica que los profesionales deben reconocer la importancia de los progenitores en la evolución del paciente y deben mostrar una actitud y una práctica basadas en el respeto, la colaboración y el apoyo. Por lo tanto, requiere el compromiso y la comprensión de todos los actores involucrados. Además, las políticas hospitalarias deben fomentar este enfoque en las UCIN mediante la inclusión de sus principios en las normas y directrices de práctica de la institución, la reducción de obstáculos que limitan la presencia de las familias y la promoción de la capacitación institucional en este campo. Este modelo de atención en la UCIN integra la participación familiar en el cuidado y el tratamiento y el bienestar de sus descendientes. Se basa en varios principios, como compartir información concreta y honesta, respetar las peculiaridades de la díada familia-neonato y promover la colaboración entre la familia y los profesionales sanitarios (35).

2.6. Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de puertas abiertas

La UCI de puertas abiertas se entiende como la eliminación de todas las barreras temporales, físicas y relacionales que no sean estrictamente necesarias para la atención del paciente, con el fin de promover una atención centrada en la persona, que considera diversas dimensiones: física, psicológica y relacional. Es un estilo de atención enfocado el paciente crítico y sus familiares más cercanos. La dimensión física se refiere a todas las barreras que, por diversos motivos se impone al visitante el uso de ropa de protección como bata, mascarilla. La dimensión relacional en cambio considera todas las modalidades de una comunicación fragmentada y comprimida entre el equipo de atención médica y el familiar. Por último, las barreras temporales incluyen todas las restricciones en los horarios de visita (36).

Dado el valor que los familiares dan a la presencia familiar, su insatisfacción asociada con la presencia restringida y el beneficio del compromiso asociado con la presencia es recomendable que a los padres de neonatos en estado crítico se les ofrezca una presencia familiar abierta y flexible junto a la cama, que satisfaga sus necesidades y al mismo tiempo brinde apoyo al personal y refuerzo positivo para trabajar en conjunto con las familias (37).

Además, se les debe ofrecer la opción de participar en las rondas médicas para incrementar la comunicación y la satisfacción con el servicio. De igual manera, se

debe favorecer su presencia caso de que sea necesaria la reanimación del paciente, o la realización de procedimientos invasivos. Por otra parte, se acepta que se debe ofrecer a los familiares de neonatos gravemente enfermos la opción de que se les enseñe cómo ayudar con el cuidado de su neonato gravemente enfermo para optimizar la seguridad de los padres en su función de cuidadores y mejorar la salud psicológica de los padres durante y después de la estadía en la UCI (37).

Los neonatos ingresados en la UCIN están expuestos a múltiples experiencias estresantes, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos dolorosos y entornos disruptivos. Debido a su mayor sensibilidad al dolor y a la inmadurez de sus vías inhibitorias, los bebés prematuros son particularmente sensibles a los procedimientos estresantes. Estas experiencias negativas en los primeros años de vida se asocian con consecuencias negativas en el desarrollo neurológico y el comportamiento, que afectan el lenguaje, la función motora y las capacidades cognitivas durante la infancia. Los padres son vitales en la regulación del estrés y el desarrollo de sus bebés. Unas relaciones potencialmente mejores entre padres e hijos mejoran la calidad de vida familiar, reduciendo la presión sobre el funcionamiento familiar y la necesidad de atención médica familiar (38).

Por otra parte, un factor de estrés adicional clave en el entorno de la UCIN es la separación física, emocional y psicológica de los bebés de sus padres. La cercanía entre progenitores e hijos es vital para el desarrollo de los bebés prematuros; proporciona la base neurobiológica para la capacidad del bebé de establecer vínculos sociales y garantizar un bienestar físico, emocional y mental óptimo.⁹ A medida que los padres interactúan con su bebé, las interacciones recíprocas entre ambos estimulan procesos neurobiológicos y conductuales que apoyan su bienestar y facilitan la respuesta del bebé al dolor y al estrés. Los bebés que recibieron contacto frecuente de sus madres demostraron una mejor autorregulación y una interacción visual sostenida con su madre. La separación entre padres e hijos impide importantes procesos fisiológicos y emocionales que comprometen el desarrollo del rol parental, las relaciones entre padres e hijos y el apego (5).

Por lo que, la efectividad del modelo de UCIN de puertas abiertas se fundamenta

en que se ha comprobado que la separación entre la madre y el neonato tiene efectos permanentes en su desarrollo neurológico, autorregulación, salud emocional y conductual. Por lo tanto, la presencia parental sin restricciones en las UCIN es esencial para los neonatos y sus padres (39).

En la actualidad, los padres son los principales colaboradores del equipo de atención, y su presencia las 24 horas es bienvenida, ya que su presencia sin restricciones en la UCIN sienta las bases para el apego entre el neonato y sus padres y afecta positivamente su desarrollo físico, cognitivo y fisiológico; además, la participación parental en el cuidado infantil también conduce a un alta hospitalaria más temprana, a una reducción de las tasas de reingreso y a una mayor capacidad para interpretar el comportamiento infantil (40).

Cada vez se hace más énfasis en una mayor presencia parental en la UCIN, asignándoles como cuidadores esenciales, lo que ha demostrado ser un componente beneficioso de la atención. Esta mayor presencia parental también se ha asociado con un mejor crecimiento y desarrollo infantil, una alimentación enteral completa más rápida, una mayor provisión de leche materna (LMM) y una reducción de la sepsis, los procedimientos médicos, la respuesta al dolor, el estrés fisiológico, la duración de la hospitalización y las morbilidades mayores (41).

Sin embargo, aún persiste resistencia por parte del personal de salud, por lo que, el cambio de actitud, comportamiento y percepción de los profesionales sobre la participación de las familias en el cuidado del neonato en estado crítico puede ser el primer paso hacia la adopción de este modelo de puertas abiertas, centrado en la familia y el paciente, como referencia para guiar las acciones profesionales. De forma que, capacitar al personal sobre este modelo de atención es necesario y puede mejorar las relaciones, además de brindar oportunidades de crecimiento y empoderamiento a las familias para el cuidado seguro de los neonatos después del alta hospitalaria.

Desde esta perspectiva, la calidad de la atención y la seguridad de los neonatos críticos, ingresados en una unidad neonatal pueden estar relacionadas con el entorno laboral y los recursos de enfermería; dependen tanto del número adecuado de profesionales y la formación como de las relaciones interpersonales, el

comportamiento, la implicación y la actitud de las enfermeras hacia las familias. Las enfermeras con actitudes positivas hacia las familias pueden transmitir mayor confianza y seguridad, y colaborar en el desarrollo de la colaboración y la mejora del proceso asistencial (5).

2.7. Antecedentes sobre UCIN de puertas abiertas.

A continuación se describen algunas investigaciones que abordan la modalidad de UCIN de puertas abiertas y la presencia de los progenitores en la UCIN desde la perspectiva del personal de enfermería y de los padres.

En Irán, Ghorbani et al., (42) demostraron que, a pesar de creer en la relevancia de la permanencia parental ilimitada en la evolución infantil, el personal de enfermería las UCIN no tienen una actitud positiva hacia la política de puertas abiertas. Estos autores lo explican por la baja conciencia de los padres sobre los principios de sensibilidad e higiene de la UCIN, la estructura física y la falta de espacio en la UCIN. Los principales hallazgos mostraron que más de la mitad del personal de enfermería tenía una opinión moderada sobre las visitas abiertas en la UCIN. Desde la perspectiva de las enfermeras, la barrera más importante para la presencia parental permanente fue el escaso conocimiento de los padres sobre la sensibilidad y los principios de higiene de la UCIN; además, los factores de la estructura de la unidad y el espacio insuficiente, y la distancia del domicilio familiar al hospital y la presencia de otro hijo, con un porcentaje similar (86,8%), ocuparon el segundo lugar entre los factores que interfieren con las visitas abiertas.

Desde la perspectiva de Yance et al., (43) la importancia de la política de puertas abiertas en la UCIN se evidencia porque, los padres experimentan un mayor estrés debido a las políticas de visitas restringidas, oportunidades limitadas para cuidar a su hijo, falta de apoyo y comunicación inconsistente sobre el estado de su hijo y los protocolos de limitación de acceso a la UCIN. Los autores concluyeron que la prohibición de la presencia de los padres en la UCIN se asociaba con mayores niveles de estrés e insatisfacción y peor comunicación con el personal sanitario, con lo que sustentaron la importancia de la presencia parental sin restricciones durante la estancia en UCIN.

En otro trabajo, Weber et al., (44) analizaron la perspectiva de personal de

enfermería sobre la política de puertas abiertas en la UCIN y, determinaron que esto se ve limitado por limitación significativa de profesionales de salud mental en las UCIN, lo que afecta el apoyo a los progenitores; además, existe una falta generalizada de formación en casi todos los aspectos del apoyo integral de a la familia, lo que sugiere la necesidad de mejorar la capacitación del personal neonatal. Estos autores enfatizan la necesidad de incluir a las familias en el cuidado y asegurar el bienestar emocional de los padres, lo cual puede influir positivamente en los resultados del desarrollo infantil.

En Ecuador, Alvear y Grunauer (6) condujeron una investigación similar a esta, con los profesionales de cuidados intensivos pediátricos acerca de la modalidad de puertas abiertas; en la que se encontró que casi todos los participantes aceptan que permitir que haya familiares dentro de la unidad, favorece el bienestar y la recuperación de los neonatos. De forma general, las actitudes y prácticas sobre esto fueron favorables; pero, al evaluar los conocimientos, se encontraron diferencias importantes en cuanto al tipo de institución de salud (pública o privada) se evidenció la necesidad de profundizar en la capacitación al personal especializados en el funcionamiento y los beneficios de una UCI pediátricos de puertas abiertas.

En Suiza se exploraron las opiniones de los padres y el personal de enfermería sobre las barreras y facilitadores de la presencia parental en una UCIN. Como resultado, encontraron que la presencia parental en la UCIN está sujeta a factores como la infraestructura de la UCIN, la organización, la disponibilidad de recursos, aspectos físicos y psicológicos, como el dolor, que afectó principalmente a las madres, y aspectos de angustia emocional, que afectaron a ambos padres, la interacción entre padres y profesionales; además, la presencia parental se vio influenciada por la comunicación, la relación y la interacción en el cuidado infantil. A partir de esto, los autores concluyeron que para un buen funcionamiento de una UCIN de puertas abiertas, era necesario ofrecer un programa de capacitación continua al personal sanitario, trabajar en las políticas y la disciplina con los padres en la UCIN, así como las estrategias de comunicación y apoyo a los padres de los neonatos en estado crítico, fortalecer el autocuidado parental y mejorar la actitud de los profesionales sanitarios nacionales hacia la su presencia en la UCIN (45).

En Brasil, Boyamian et al., (46) encuestaron 145 enfermeras de UCIN acerca de sus actitudes y prácticas sobre la política de puertas abiertas y la presencia parental en la UCIN. Se identificó que las enfermeras percibían una buena actitud hacia las familias, especialmente cuando tenían jornadas de 8 horas, puesto de supervisora, o el antecedente haber recibido capacitación sobre la UCIN de puertas abiertas, y, cuando contaban con protocolos escritos sobre el cuidado familiar en este contexto. Sin embargo, demostraron que se perciben evaluadas por las familias, consideran que su carga de trabajo aumenta con la presencia de las familias y discrepan de la importancia de invitarlas a la planificación del cuidado.

2.8. Investigaciones tipo CAP

Los estudios CAP representan una metodología de investigación integral que examina lo que las personas saben (conocimiento), creen (actitudes) y hacen (prácticas) con respecto a temas específicos relacionados con la salud. Este enfoque de investigación ha adquirido cada vez mayor importancia en las ciencias biomédicas para comprender comportamientos, diseñar intervenciones y evaluar iniciativas de atención médica. Para su desarrollo se utiliza una metodología estructurada que evalúa sistemáticamente tres dominios interconectados del comportamiento humano en relación con temas de salud (47):

- **Conocimientos:** Información objetiva que poseen las personas sobre un tema o condición de salud en particular. Por ejemplo, un estudio CAP sobre seguridad alimentaria evaluó si los manipuladores de alimentos en la calle comprenden las prácticas de higiene adecuadas, los requisitos de control de temperatura y los riesgos de contaminación cruzada. La evaluación del conocimiento generalmente incluye preguntas que evalúan la comprensión de conceptos, la causalidad, los métodos de prevención y las opciones de tratamiento.
- **Actitudes:** creencias, sentimientos y percepciones que influyen en percepción de los problemas de salud. Estos factores psicológicos suelen determinar la receptividad a las intervenciones y la disposición a adoptar las conductas recomendadas.
- **Prácticas:** describen las acciones y conductas observables que las personas realizan realmente. Permite examinar si los conocimientos y las actitudes se traducen en conductas de salud adecuadas.

La interrelación entre estos componentes ayuda a identificar las brechas entre lo que las personas saben, sus creencias y sus actos (48).

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas).

3.2. Población y muestra

El universo se conformó por 240 profesionales sanitarios que laboran en las UCIN de cuatro hospitales de Quito. Se obtuvo una muestra de esta población mediante la aplicación de la siguiente fórmula; que establece un nivel de confianza del 95% y un 5% de error:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) • z = puntuación z

Obteniéndose un tamaño muestral requerido de 70 participantes.

3.3. Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión

- Profesionales que trabajen en las UCIN de las cuatro instituciones seleccionadas.
- Profesionales con al menos seis meses de experiencia en el área neonatal.
- Profesionales que firmaron el documento de consentimiento informado.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Profesionales con menos de seis meses de experiencia en la UCIN.
- Profesionales en períodos de licencia o que no se encontraban activos al momento del levantamiento de información.
- Profesionales que no firmaron el consentimiento informado

3.4. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Edad	Tiempo que ha vivido un sujeto, desde su nacimiento hasta el evento de interés	No Aplica	Número de años cumplidos	De razón	Cuantitativa discreta
Sexo	Conjunto de características biológicas que distinguen mujeres de hombres	No Aplica	Sexo biológico	1:Hombre, 2:Mujer	Cualitativa nominal
Estado civil	Situación familiar de una persona ante el registro civil, según ha contraído matrimonio o tiene otros vínculos con civiles con otra persona	No Aplica	Estado civil al momento de la encuesta	1:Casado, 2:Soltero, 3:Divorciado	Cualitativa nominal

Hijos	Número de hijos vivos que tiene el sujeto	No Aplica	Número de Hijos	De razón	Cuantitativa discreta
Categoría profesional	Puesto de trabajo para el cual cuenta con un aval académico para su desempeño	No Aplica	Tipo de categoría profesional	1:Médico 2:Enfermera	Cualitativa nominal
Experiencia profesional	Tiempo que ha transcurrido desde que comenzó su vida profesional, al finalizar estudios universitarios	No Aplica	Años de experiencia profesional	1:0-5 años, 2: 5-10 años, 3: 10-15 años, 4: > 15 años	Cualitativa ordinal
Tiempo de experiencia en UCIN	Tiempo que lleva trabajando en la UCIN	No Aplica	Años de experiencia en UCIN	1:0-5 años, 2: 5-10 años, 3: 10-15 años, 4: > 15 años	Cualitativa ordinal
Conocimientos sobre UCIN de puerta abiertas	Conjunto de saberes y comprensiones sobre el funcionamiento de las UCIN de	Beneficios	Percepción de familiares sobre apoyo emocional durante la	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa Nominal

puertas abiertas, adquiridos a partir de educación formal, experiencia o investigación	estancia en UCIN		
	Duración de la estancia en UCIN de acuerdo con el nivel de participación familiar	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa Nominal
	Percepción de la carga de trabajo y bienestar del personal de enfermería con la implementación de políticas de visitas más permeables	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa Nominal
	Confianza de los familiares hacia el personal de UCIN con implementación de política de	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa Nominal

			visitas más permeable		
		Comunicación	Importancia de la formación en comunicación de malas noticias.	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa Nominal
			Capacitación y cualificación del personal	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa Nominal
Actitudes	Conjunto de predisposiciones o tendencias del individuo hacia el funcionamiento de las UCIN de puertas abiertas. Se manifiestan en las opiniones, sentimientos y comportamientos del	Beneficios	Flexibilidad de las visitas interfiere en la calidad de cuidado de enfermería	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal
			Percepción de mejoría en paciente atribuible a la presencia familiar	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal
			Porcentaje	Nunca	Cualitativa

	individuo		de personal de enfermería interesados en recibir entrenamiento para el trato con las familias de pacientes en UCIN	Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	a nominal
			Porcentaje de profesionales dispuestos a implementar un régimen de visitas más permeable.	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal
Prácticas	Acciones o comportamientos habituales que realiza un individuo en relación con un tema o área específica (funcionamiento de las UCIN)	Beneficios	Percepción de autonomía y control de profesionales en la UCIN con régimen de visitas permeable	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal

	de puertas abiertas).		Percepción de los profesionales sobre el cambio en el estado de ánimo del paciente atribuido a contar con los familiares	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal
			Adecuación de la política de visitas en casos de fin de vida en UCIN	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal
		Desventajas	Frecuencia con la que se han registrado episodios de inestabilidad clínica del paciente durante la estancia de los familiares	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal

			en UCIN.		
		Comunicación	Frecuencia que da información a la familia sobre cuidados del paciente en la UCIN	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal
			Conciencia Empática de los profesionales hacia las emociones familiares de pacientes en la UCIN	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal
			Proactividad del personal de enfermería en la relación de ayuda a la familia	Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Siempre	Cualitativa nominal

3.5. Procedimientos de recolección de información

Una vez obtenidas las autorizaciones pertinentes a las autoridades, el investigador asistió a cada uno de los hospitales, donde realizó una reunión con el personal de salud de la UCIN, comunicando el propósito, los pormenores de la investigación e indicando que las encuestas no requerían colocar su nombre. En este momento, se solicitó por escrito la firma del documento de consentimiento informado para luego, aplicar el instrumento. La aplicación a todos los sujetos de estudio tomó dos semanas.

Se utilizó un cuestionario creado en 2016 por Sánchez et al., (49) específicamente, la sección que fue creada para aplicar en profesionales sanitarios. Esta sección se conforma por 17 interrogantes de opción múltiple (Likert). Este instrumento, además de haber sido validado por sus autores, fue utilizado en el contexto ecuatoriano por Alvear y Grunauer en el 2022 (6).

Las preguntas que conforman el cuestionario se muestran en los anexos de este documento. Esto se realizó de forma completamente anónima, no se solicitaron datos de identidad personal, tomó completarlo 10 minutos y, se transportaron en sobre sellado.

3.6. Aspectos bioéticos y de género

- a) **Respeto a la autonomía:** se garantizó mediante la solicitud de la firma del documento de consentimiento informado, donde se detallan los objetivos, procedimientos y posibles riesgos o beneficios del estudio.
- b) **Confidencialidad y privacidad:** Los datos se recolectaron de forma anónima. No se solicitó información personal en los cuestionarios. No se registraron los datos de identidad de los participantes.
- c) **Beneficencia:** Con esta investigación se beneficiaron tanto los profesionales como las instituciones de salud, ya que permitirá identificar las deficiencias en los conocimientos, actitudes y prácticas e implementar acciones correctoras.
- d) **No maleficencia:** La participación en esta investigación no representa ningún riesgo o amenaza para ninguno de los profesionales médicos.

- e) **Justicia:** La posibilidad de participar en esta investigación fue equitativa y justa, para todos los profesionales por igual, sin discriminación de edad, experiencia, rango o sexo.

Con la observación rigurosa de estos principios éticos se protegieron los derechos de los participantes. La aplicación de estos principios éticos fue fundamental para garantizar la integridad y la calidad de la investigación. Para garantizar el cumplimiento de estos principios éticos, el protocolo de esta investigación fue revisado y avalado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

3.7. Plan de análisis de datos

Para el análisis, se creó una matriz de datos en Excel que luego se exportó al programa gratuito Jasp v17.0 para su análisis. Se determinaron frecuencias, porcentajes y se estableció la asociación con la prueba de chi cuadrado, y/o prueba exacta de Fisher, considerando significación estadística cuando el valor de $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

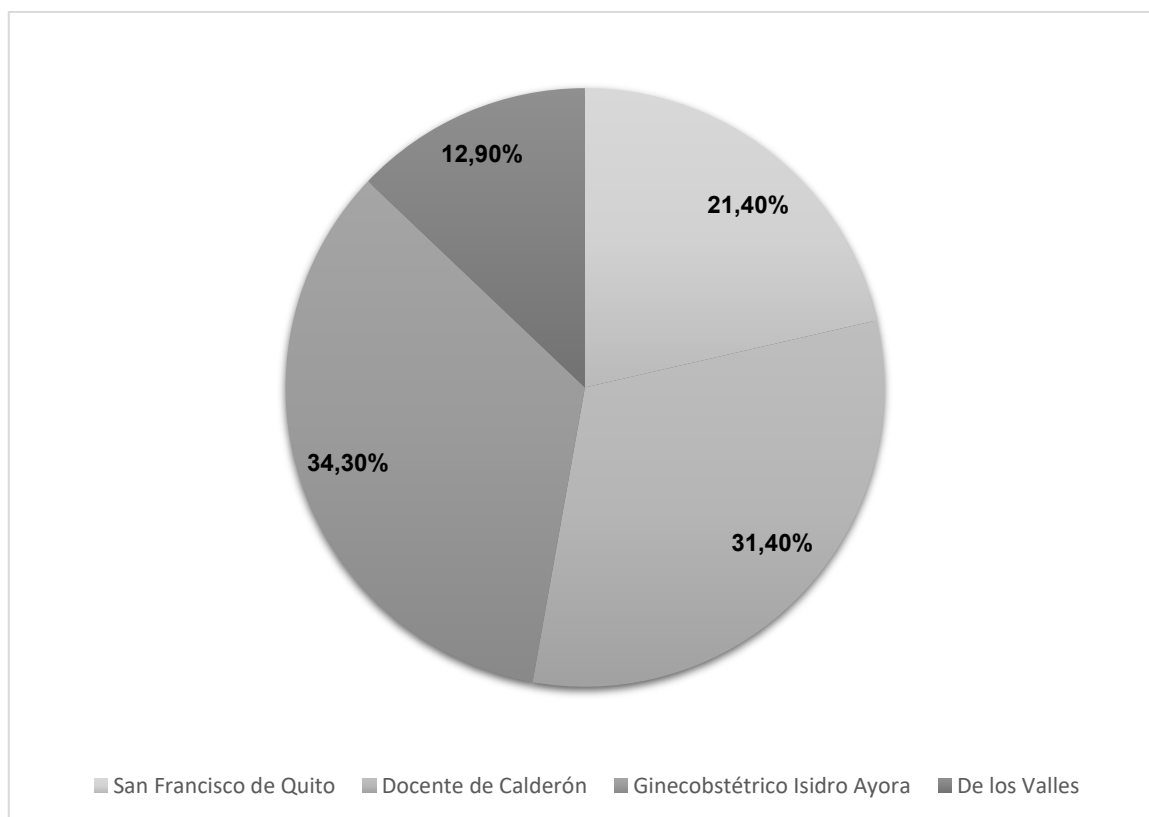
RESULTADOS

4.1. Descripción de los participantes

Participaron en esta investigación 70 profesionales sanitarios, que prestan servicio de forma permanente en la UCI neonatal de 4 hospitales de Quito. El mayor porcentaje de participantes fueron profesionales del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (n=24; 34,3%), seguido del Hospital General Docente de Calderón (n=22; 31,4%), el Hospital San Francisco de Quito (n=15; 21,4%) y, el que menos participantes aportó fué el Hospital de Los Valles (n=9; 12,9%).

Gráfico 1.

Participantes por hospital



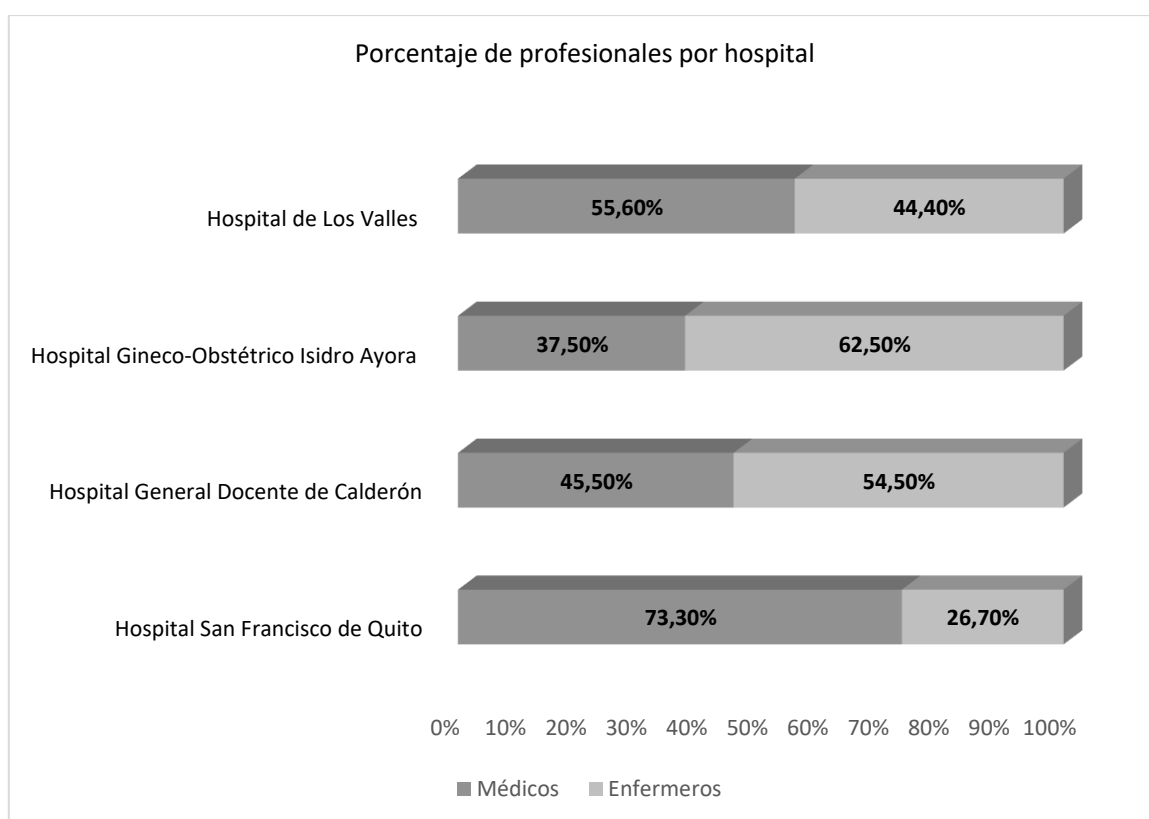
Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025).

En el Gráfico 2 se observa la distribución de médicos y personal de enfermería por cada hospital, observando que de los Hospitales Isidro Ayora y Docente de Calderón, predominaron las enfermeras (n=15; 62,5% y n=12; 54,5% respectivamente); mientras que, en los hospitales San Francisco de Quito y Hospital de Los Valles, predominaron los médicos (n=11; 73,3% y n=5; 55,6% respectivamente).

Gráfico 2.

Distribución de profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN en cada hospital.



Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025).

En cuanto a las características de los profesionales participantes se observó un predominio de las mujeres (n=57; 81,4%); la edad más frecuente fue de menos de 41 años (n=48; 68,6%); la mayoría eran casados (n=37; 52,9%), y con dos hijos (n=24; 34,3%).

Tabla 2.

Características sociodemográficas. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales.

	N (%)
Género	
Masculino	13 (18,6)
Femenino	57(81,4)
Edad	
< 40 años	48(68,6)
≥ 41 años	22(31,4)
Estado civil	
Casado	37(52,9)
Soltero	22(31,4)
Divorciado	5(7,1)
Otro	6(8,6)
Número de hijos	
Ninguno	21(30,0)
Uno	20(28,6)
Dos	24(34,3)
Tres	5(7,1)
Total	70(100,0)

Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025)..

Con respecto a la experiencia, 9 trabajadores (12,9%) tenían hasta 5 años de experiencia, 33 (47,1%) tenían entre 6 y 10 años y, 14 (20,0%) tenían entre 11 y 15 años de experiencia y 16 o más, respectivamente. con respecto al tiempo de trabajo en UCIN; 25 trabajadores (35,7%) tenían hasta 5 años, 28 (40,0%) tenían entre 6 y 10 años; 8 (11,4%) tenían entre 11 y 15 años de experiencia en UCI; y 9 (12,9%) tenían más de 15 años de experiencia en UCI neonatal.

Tabla 3.

Características profesionales. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales.

	Frecuencia n (%)
Profesión	
Personal de enfermería	35 (50,0)
Médico	35 (50,0)
Experiencia profesional	
≤ 5 años	9 (12,9)
6 a 10 años	33 (47,1)
11 a 15 años	14 (20,0)
≥ 16 años	14 (20,0)
Experiencia en UCIN	
≤ 5 años	25 (35,7)
6 a 10 años	28 (40,0)
11 a 15 años	8 (11,4)
≥ 16 años	9 (12,9)
Total	70 (100,0)

Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025).

4.2. Conocimientos sobre UCIN de puertas abiertas

En la Tabla 4 se analizan las respuestas que miden conocimientos sobre UCIN de puertas abiertas. Esto incluye las preguntas 1 a 6 del cuestionario Likert. Se observa que en la mayoría de las preguntas predominaron las respuestas de “siempre” y “casi siempre”.

En la primera pregunta, al indagar sobre si al estar la familia al momento de la visita significa una mejora emocional a los neonatos, 40 (57,1%) trabajadores contestaron “siempre” y 19 (27,1%) contestó “frecuentemente”.

En la pregunta número 2: “¿Cree usted que la presencia de la familia contribuiría a acortar la estancia del paciente en la UCI?”, 30 (42,9%) profesionales respondieron “siempre” y 26 (37,1%) respondió “frecuentemente”.

Con respecto a la tercera pregunta, que investiga si sería beneficioso recibir capacitaciones en comunicación de malas noticias, 48 (68,6%) profesionales contestaron “siempre” y 21 (30,0%) respondió “frecuentemente”. Con relación a la cuarta pregunta: “¿Una política de visitas más permeable incrementaría la confianza de la familia hacia el personal de la UCIN?”, se obtuvieron 32 (45,7%) respuestas de “siempre” y 25 (35,7%) “frecuentemente”. Al analizar las respuestas de la quinta pregunta: “¿Un régimen de visita más permeable proporciona una mayor carga física y psíquica a la enfermera?”, 20 (28,6%) fueron “siempre” y 33 (47,1%) fueron “frecuentemente”. En la sexta pregunta: “¿Tiene usted alguna formación en comunicación de malas noticias?”, predominaron las respuestas “nunca” (n=36; 51,4%) y “casi nunca” (n=22; 31,4%).

Tabla 4.

Conocimientos sobre UCIN de puertas abiertas. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales.

Conocimientos	Nunca n (%)	Ocasionalmente n (%)	Frecuentemente n (%)	Siempre n (%)
P1: ¿La presencia de la familia junto al paciente durante la visita proporciona apoyo emocional al paciente?	3 (4,3)	8 (11,4)	19 (27,1)	40 (57,1)
P2: ¿Cree usted que la presencia de la familia contribuiría a acortar la estancia del paciente en la UCI?	3 (4,3)	11 (15,7)	26 (37,1)	30 (42,9)
P3: ¿Cree usted que sería positivo disponer de formación en comunicación de malas noticias para optimizar el abordaje a los familiares del paciente?		1 (1,4)	21 (30,0)	48 (68,6)
P4: ¿Una política de visitas más permeable incrementaría la confianza de la familia hacia el personal de la UCI?	1 (1,4)	12 (17,1)	25 (35,7)	32 (45,7)
P5: ¿Un régimen de visita más permeable proporciona una mayor carga física y psíquica a la enfermera?	1 (1,4)	16 (22,9)	33 (47,1)	20 (28,6)
P6: ¿Tiene usted alguna formación en comunicación de malas noticias?	36 (51,4)	22 (31,4)	5 (7,1)	7 (10,0)

Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025).

4.3. Actitudes sobre la UCIN de puertas abiertas

En la Tabla 5 se analizan las respuestas a las preguntas 7 a 11 del cuestionario, que miden las actitudes respecto a la UCIN de puertas abiertas. En la séptima pregunta: “¿La política de visita más permeable interferiría en los cuidados de enfermería?”, las respuestas más frecuentes fueron “ocasionalmente” (n=32; 45,7%) y “frecuentemente” (n=20; 28,6%).

En la pregunta número 8: “¿La presencia familiar contribuye a la mejora del bienestar del paciente?”, predominaron las respuestas “frecuentemente” (n=32; 45,7%) y “siempre” (n=26; 37,1%). En la novena pregunta: “¿Le resultaría de interés recibir entrenamiento para incrementar sus habilidades para el trato con la familia de los pacientes de UCI?”, 51 participantes respondieron “siempre” (72,9%) y 18 (25,7%) respondieron “frecuentemente”.

Con respecto a la pregunta número 10: “¿Estaría usted dispuesto a introducir un régimen de visitas más permisivo en esta unidad?”, respondieron “frecuentemente” (n=31; 44,3%) y “siempre” (n=19; 27,1%). Finalmente, en la pregunta decimoprimera hubo 22 respuestas de “frecuentemente” (31,4%) y 21 de “ocasionalmente” (30,0%).

Tabla 5.

Actitudes sobre UCIN de puertas abiertas. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales.

Actitudes	Nunca n (%)	Ocasion almente n (%)	Frecuente mente n (%)	Siempre n (%)
P7: ¿La política de visita más permeable interferiría en los cuidados de enfermería?	6 (8,6)	32 (45,7)	20 (28,6)	12 (17,1)
P8: ¿La presencia familiar contribuye a la mejora del bienestar del paciente?		12 (17,1)	32 (45,7)	26 (37,1)
P9: ¿Le resultaría de interés recibir entrenamiento para incrementar sus habilidades para el trato con la familia de los pacientes de UCI?		1 (1,4)	18 (25,7)	51 (72,9)
P10: ¿Estaría usted dispuesto a introducir un régimen de visitas más permisivo en esta unidad?	2 (2,9)	18 (25,7)	31 (44,3)	19 (27,1)
P11: ¿Se sentiría usted controlado si en la UCI hubiera un régimen más permeable de visitas?	17 (24,3)	21 (30,0)	22 (31,4)	10 (14,3)

Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025).

4.4. Prácticas sobre la UCIN de puertas abiertas

En la Tabla 6 se muestran las respuestas a las preguntas 12 a 17 del cuestionario, que miden las prácticas de estos profesionales con respecto a la UCIN de puertas abiertas. En la duodécima pregunta: “¿Informa usted a la familia sobre los cuidados dados al paciente?”, 32 (45,7%) respondieron “siempre” y 17 (24,3%) respondieron “frecuentemente”. Con respecto a la pregunta número 13: “¿La política de visitas de la UCI debería flexibilizarse en casos especiales como es el fin de la vida?, predominaron las respuestas “siempre” (n=49; 70,0%) y “frecuentemente” (n=16; 22,9%). Al analizar la decimocuarta pregunta: “¿Se aproxima usted a hablar y entablar una relación de ayuda con la familia durante la visita?”, predominaron las respuestas “frecuentemente” (n=30; 42,9%) y “siempre” (n=27; 28,6%).

En la pregunta decimoquinta: “¿Ha podido comprobar si la presencia de la familia

causa inestabilidad en el paciente?”, las respuestas más recuentes fueron: “ocasionalmente” (n=31; 44,3%) y “nunca” (n=20; 28,6%). Con respecto a la siguiente pregunta: ¿Se ha preguntado alguna vez lo que puede sentir una familia de un paciente de la UCIN?, 33 (47,1%) profesionales contestaron “frecuentemente” y 27 (38,6%) contestaron “siempre”. En la última pregunta: “¿Una mayor presencia de la familia mejoraría el estado de ánimo del paciente?”, las respuestas más frecuentes fueron “siempre” (n=33; 47,1%) y “frecuentemente” (n=28; 40,0%).

Tabla 6.

Prácticas sobre UCIN de puertas abiertas. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales.

Prácticas	Nunca n (%)	Ocasio nalment e n (%)	Frecuent emente n(%)	Siempre n (%)
P12: ¿Informa usted a la familia sobre los cuidados dados al paciente?	11 (15,7)	10 (14,3)	17 (24,3)	32 (45,7)
P13: ¿La política de visitas de la UCI debería flexibilizarse en casos especiales como es el fin de la vida?		5 (7,1)	16 (22,9)	49 (70,0)
P14: ¿Se aproxima usted a hablar y entablar una relación de ayuda con la familia durante la visita?		13 (18,6)	30 (42,9)	27 (28,6)
P15: ¿Ha podido comprobar si la presencia de la familia causa inestabilidad en el paciente?	20 (28,6)	31 (44,3)	13 (18,6)	6 (8,6)
P16: ¿Se ha preguntado alguna vez lo que puede sentir la familia de un paciente de la UCI?	1 (1,4)	9 (12,9)	33 (47,1)	27 (38,6)
P17: ¿Una mayor presencia de la familia mejoraría el estado de ánimo del paciente?	1 (1,4)	8 (11,4)	28 (40,0)	33 (47,1)

Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025).

4.5. Conocimientos, actitudes y prácticas según la profesión.

En la Tabla 7 se analizan las respuestas, de forma comparativa, entre médicos y personal de enfermería. Para esto, se agruparon las respuestas en “nunca y ocasionalmente” y “frecuentemente y siempre”, de forma dicotómica. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher (cuando la frecuencia era < 5) para determinar la significación estadística (de $p < 0,05$).

En las preguntas sobre conocimientos (preguntas 1 a 6) no se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre médicos y personal de enfermería ($p > 0,05$) en todos los casos. En la primera pregunta, las respuestas más frecuentes fueron “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=31$; 88,6%) y personal de enfermería ($n=28$; 80,0%). En la segunda pregunta, las respuestas más frecuentes fueron “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=29$; 82,9%) y personal de enfermería ($n=27$; 77,1%). En la tercera pregunta, las respuestas predominantes fueron “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=35$; 100,0%) y personal de enfermería ($n=34$; 97,1%). En la cuarta pregunta, las respuestas de “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=31$; 88,6%) y personal de enfermería ($n=26$; 74,3%). En la quinta pregunta, las respuestas de “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=27$; 77,1%) y personal de enfermería ($n=26$; 74,3%) y, en la sexta pregunta, las respuestas de “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=8$; 22,9%) y personal de enfermería ($n=4$; 11,4%). Ver Tabla 7.

En las preguntas sobre actitudes (preguntas 7 a 11) tampoco se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre estos profesionales, ($p > 0,05$) en todos los casos. En la séptima pregunta, las respuestas de “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=14$; 40,0%) y personal de enfermería ($n=18$; 51,4%). En la octava pregunta, las respuestas de “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=30$; 85,7%) y personal de enfermería ($n=28$; 80,0%). En la novena pregunta, las respuestas de “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=35$; 100,0%) y personal de enfermería ($n=18$; 51,4%). En la décima pregunta, las respuestas de “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=28$; 80,0%) y personal de enfermería ($n=22$; 62,9%), y, en la pregunta número 11, las respuestas de “Frecuentemente o siempre” en médicos ($n=13$; 37,1%) y personal de enfermería ($n=19$; 54,3%). Ver Tabla 7.

En las preguntas 12 a 17, que miden las prácticas, solamente se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre las preguntas de médicos y enfermeras en la pregunta número 12, que corresponde a las prácticas, indaga sobre si se comunica a la familia sobre los cuidados realizados?, en la que los médicos contestaron “Frecuentemente o siempre” (n=31; 88,6%) y los personal de enfermería lo hicieron con esta frecuencia en un menor porcentaje (n=18; 51,4%); (p=0,001). En el resto de las preguntas de esta dimensión, no hubo diferencias significativas según la profesión. Al igual que en las dimensiones anteriores, predominaron las respuestas de “Frecuentemente o siempre”, a excepción de la pregunta 15, en la que las respuestas más frecuentes fueron “nunca u ocasionalmente” en médicos (n=27; 77,1%) y en personal de enfermería (n=24; 68,6%). Ver Tabla 7.

Tabla 7. Conocimientos, actitudes y prácticas según profesión. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales (n=70)

Conocimientos	Médicos		Enfermeras		p
	Nunca/ocasionalmente n (%)	Frecuentemente/siempre n (%)	Nunca/ocasionalmente n (%)	Frecuentemente/siempre n (%)	
Pregunta 1	4 (11,4)	31 (88,6)	7 (20,0)	28 (80,0)	0,324
Pregunta 2	6 (17,1)	29 (82,9)	8 (22,9)	27 (77,1)	0,550
Pregunta 3		35 (100,0)	1 (2,9)	34 (97,1)	0,500
Pregunta 4	4 (11,4)	31 (88,6)	9 (25,7)	26 (74,3)	0,109
Pregunta 5	8 (22,9)	27 (77,1)	9 (25,7)	26 (74,3)	0,500
Pregunta 6	27 (77,1)	8 (22,9)	31 (88,6)	4 (11,4)	0,171
Actitudes					
Pregunta 7	21 (60,0)	14 (40,0)	17 (48,6)	18 (51,4)	0,236
Pregunta 8	5 (14,3)	30 (85,7)	7 (20,0)	28 (80,0)	0,376
Pregunta 9		35 (100,0)	1 (2,9)	34 (97,1)	0,500
Pregunta 10	7 (20,0)	28 (80,0)	13 (37,1)	22 (62,9)	0,093
Pregunta 11	22 (62,9)	13 (37,1)	16 (45,7)	19 (54,3)	0,115
Prácticas					
Pregunta 12	4 (11,4)	31 (88,6)	17 (48,6)	18 (51,4)	0,001
Pregunta 13	2 (5,7)	33 (94,3)	3 (8,6)	32 (91,4)	0,500
Pregunta 14	6 (17,1)	29 (82,9)	7 (20,0)	28 (80,0)	0,500
Pregunta 15	27 (77,1)	8 (22,9)	24 (68,6)	11 (31,4)	0,296
Pregunta 16	4 (11,4)	31 (88,6)	6 (17,1)	29 (82,9)	0,367
Pregunta 17	4 (11,4)	31 (88,6)	5 (14,3)	30 (85,7)	0,500

Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025).

4.5. Conocimientos, actitudes y prácticas según el hospital

En la Tabla 8 se analizan las respuestas de forma comparativa, entre los 4 hospitales.

En dos preguntas sobre las prácticas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas, según los hospitales ($p < 0,05$).

Ver Tabla 8.

En primer lugar, la pregunta número 12: “¿Informa usted a la familia sobre los cuidados dados al paciente?”, en el Hospital de los Valles, predominaron las respuestas de “nunca u ocasionalmente” (n=6; 66,7%), mientras que en los hospitales San Francisco de Quito y Docente de Calderón, hubo un predominio de las respuestas “frecuentemente o siempre” (n=13; 86,7% para el primero y n=19; 86,4% para el segundo); en el Hospital Isidro Ayora, las respuestas de “frecuentemente o siempre” representaron el 58,3% para esta pregunta (p=0,007). Ver Tabla 8.

La segunda pregunta en la que hubo diferencias significativas fue en la número 16: “¿Se ha preguntado alguna vez lo que puede sentir una familia de un paciente de la UCIN?”, en la que, en el Hospital de Los Valles las respuestas de “frecuentemente o siempre” representaron el 55,6% (n=5), mientras que en los hospitales San Francisco de Quito, Docente de Calderón e isidro Ayora fueron (n=13; 86,7%; n=20; 90,9% y n=22; 91,7% respectivamente); (p=0,049). Ver Tabla 8.

Tabla 8.

Conocimientos, actitudes y prácticas según hospital. Profesionales que prestan servicio de forma permanente en las UCIN de cuatro hospitales.

Conocimientos	Hospital San Francisco de Quito		Hospital General Docente de Calderón		Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora		Hospital de Los Valles		P
	Nunca u ocasionalmente	Frecuente mente o siempre	Nunca u ocasionalmente	Frecuente mente o siempre	Nunca u ocasionalmente	Frecuente mente o siempre	Nunca u ocasionalmente	Frecuente mente o siempre	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Pregunta 1	2 (13,3)	13 (86,7)	5 (22,7)	17 (77,3)	3 (12,5)	21 (87,5)	1 (11,1)	8 (88,9)	0,7 5
Pregunta 2	4 (26,7)	11 (73,3)	5 (22,7)	17 (77,3)	5 (20,8)	19 (72,9)		9 (100,0)	0,4 3
Pregunta 3		15 (100,0)	1 (4,5)	21 (95,5)		24 (100,0)		9 (100,0)	0,5 3
Pregunta 4	2 (13,3)	13 (86,7)	4 (18,2)	18 (81,8)	7 (29,2)	17 (70,8)		9 (100,0)	0,2 5
Pregunta 5	4 (26,7)	11 (73,3)	8 (36,4)	14 (63,8)	5 (20,8)	19 (72,9)		9 (100,0)	0,1 8
Pregunta 6	12 (80,0)	3 (20,0)	20 (90,9)	2 (9,1)	20 (83,3)	4 (16,7)	6 (66,7)	3 (33,3)	0,4 3
Actitudes									
Pregunta 7	9 (60,0)	6 (40,0)	14 (63,6)	8 (36,4)	10 (41,7)	14 (58,3)	5 (55,6)	4 (44,4)	0,4 7

Pregunta 8	3 (20,0)	12 (80,0)	3 (13,6)	19 (86,4)	6 (25,0)	18 (75,0%)		9 (100,0)	0,3 6
Pregunta 9		15 (100,0)	1 (4,5)	21 (95,5)		24 (100,0)		9 (100,0)	0,5 3
Pregunta 10	3 (20,0)	12 (80,0)	6 (27,3)	16 (72,7)	9 (37,5)	15 (62,5)	2 (22,2)	7 (77,8)	0,6 4
Pregunta 11	8 (53,3)	7 (47,6)	14 (63,8)	8 (36,4)	9 (37,5)	15 (62,5)	7 (77,8)	2 (22,2)	0,1 4
Prácticas									
Pregunta 12	2 (13,3)	13 (86,7)	3 (13,6)	19 (86,4)	10 (41,7)	14 (58,3)	6 (66,7)	3 (33,3)	0,0 07
Pregunta 13	1 (6,7)	14 (93,3)	1 (4,5)	21 (95,5)	2 (8,3)	22 (91,7)	1 (11,1)	8 (88,9)	0,9 2
Pregunta 14	3 (20,0)	12 (80,0)	4 (18,2)	18 (81,8)	3 (12,5)	21 (87,5)	3 (33,3)	6 (66,7)	0,5 9
Pregunta 15	12 (80,0)	3 (20,0)	17 (77,3)	5 (22,7)	15 (62,5)	9 (37,5)	7 (77,8)	2 (22,2)	0,5 7
Pregunta 16	2 (13,3)	13 (86,7)	2 (9,1)	20 (90,9)	2 (8,3)	22 (91,7)	4 (44,4)	5 (55,6)	0,0 49
Pregunta 17	3 (20,0)	12 (80,0)	2 (9,1)	20 (90,9)	4 (16,7)	20 (83,3)		9 (100,0)	0,4 6

Fuente: Base de datos

Autor: Villota, B (2025).

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

Con el propósito de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de puertas abiertas en cuatro hospitales de Quito se realizó esta investigación, en la que, se observó que, de forma general, los profesionales tuvieron un nivel adecuado de conocimientos sobre el tema y, de igual manera, los actitudes y prácticas al respecto pueden considerarse apropiadas; con lo que se dio cumplimiento al objetivo planteado.

Al profundizar un poco más en los resultados, se observó que, con respecto a los conocimientos, el área con mayor problema fue la falta de capacitación sobre la comunicación de malas noticias, ya que más de la mitad de los encuestados no habían recibido nunca capacitación en este tema; además, la mayoría de los profesionales consideró que era importante recibir capacitación en este tema. Esto indica que es preciso mejorar la comunicación en estos profesionales, ya que se trata de un pilar fundamental en el concepto de una UCIN de puertas abiertas.

Estos resultados concuerdan con los de Marçola et al., (50) que identificaron este como el problema más importante que afectaba la satisfacción de los padres de una UCIN en Brasil, en la que, las principales dificultades se encontraron en el uso de un lenguaje difícil de comprender, la postura de los profesionales, las expresiones que demostraban duda o nerviosismo, comportamiento agresivo, la falta de empatía con los familiares, y ofrecer un discurso carente de esperanzas o de mensajes de confianza.

Las deficiencias a momento de comunicar malas noticias en la UCIN también fue estudiada por Haim et al., (51) que encontraron que identificaron las dificultades que experimentan los profesionales en el proceso de comunicación de malas noticias, evidenciando la necesidad de mejorar no solo en la forma en que se transmite la información, sino también en los factores básicos que involucran a toda la organización para el propósito de malas noticias y los mensajes complejos que desafían al personal de UCIN. Dentro de las principales dificultades se incluyen la falta de capacitación y la falta de tiempo, que les impide tener una conversación

profesional e inclusiva con los padres durante este proceso.

Otros hallazgos importantes con respecto a los conocimientos incluye factores como la percepción de que la presencia de los padres puede interferir en los cuidados de enfermería y representar un incremento de la carga de trabajo; además, factores como la importancia de esto para el apoyo emocional de padres y pacientes, y su impacto en la estancia en UCIN; sin embargo, la mayoría de las respuestas en estas cuestiones fueron positivas, lo que indica un bajo porcentaje de desconocimiento al respecto, que igualmente, pudieran solucionarse con mayor énfasis en las capacitaciones sobre la UCIN de puertas abiertas.

Acerca de esto, Weber et al., (44) demostraron que la falta de conocimientos al respecto y la necesidad de capacitar al personal, eran el factor común a la mayoría de los problemas de aceptación y las actitudes negativas del personal a la presencia de los padres de forma permanente en la UCIN, evidenciando la necesidad de contemplar las intervenciones educativas permanentes con el personal si se pretende establecer este concepto de cuidados intensivos de puertas abiertas, con lo que también se sustentan los resultados de esta investigación.

Con respecto a las actitudes de los profesionales, se evidenció una apertura a recibir entrenamiento al respecto y, a introducir este esquema de atención, sin embargo, también se observó que algunos profesionales consideraban que la permeabilidad a las visitas incrementa el control sobre el personal e interferiría en el trabajo; esto se explica porque se trata de un aspecto subjetivo, de cada trabajador, en gran medida sujeto a los conocimientos y experiencias vividas con este enfoque de trabajo.

Estos resultados indican, como ya se mencionó en el apartado sobre conocimientos, que es necesario incrementar las capacitaciones sobre el funcionamiento de una UCIN de puertas abiertas, y aclarar dudas de los profesionales sobre este tema, ya que estas actitudes pudieran relacionarse con falta de información al respecto.

En una investigación sobre este tema, Ghorbani (42) describe resultados que sustentan los hallazgos de esta investigación. Para este autor, el personal de enfermería se muestra conservador ante la idea de una política de puertas abiertas

en la UCIN, ya que consideran que esto implicaría una vulneración hacia los estrictos requisitos de higiene y control de gérmenes, por lo que esto produciría un incremento de la carga laboral y, dificultará su desempeño.

También, en la investigación de Boyamian et al., (46) se reportaron resultados que coinciden con los de esta investigación. Para estos autores, las enfermeras tuvieron actitudes favorables hacia las familias de los pacientes en las UCIN; pero se sienten juzgadas por las familias, no están de acuerdo con la necesidad de invitar a los familiares a participar en la planificación de los cuidados y creen que su presencia aumenta su carga de trabajo.

Por otra parte, los resultados de esta investigación también coinciden con los de Rubinstein et al., (52) que, en una investigación similar, encontraron que la mayoría de los profesionales de la UCIN tenía una actitud positiva hacia la incorporación de los progenitores en la atención a los recién nacidos en estado crítico, además, apoyaron su presencia en la UCIN por la importancia de prácticas como el contacto directo lo antes posible durante los cuidados intensivos, reconocieron la importancia de su presencia, además de la madre, en el cuidado en UCIN, sin embargo, esto se limitó a los procedimientos no invasivos, ya que los encuestados manifestaron recelo a su presencia durante procedimientos de reanimación u otros invasivos, por la ansiedad que esto provoca en los familiares.

En cuanto a las prácticas, se encontró, al igual que las dimensiones anteriores, una tendencia general a los resultados positivos, sin embargo, hubo un aspecto que tuvo diferencias significativas entre médicos y personal de enfermería, igualmente, varió entre hospitales, esto fue la práctica de comunicar a los familiares los procedimientos que se realizarían a los pacientes. Esto evidencia, en concordancia con los hallazgos en la sección de conocimientos, que es necesario mejorar las habilidades comunicación en los profesionales de las UCIN, ya que se trata de un factor clave en el funcionamiento de una UCIN de puertas abiertas y, en la atención centrada en la familia.

Esto coincide con los aportes de Aljawad et al., (53) que en una revisión de alcance reciente, identificaron que, para el buen funcionamiento de este modelo de atención es preciso realizar un cuidadoso proceso de planificación, así como un

diagnóstico previo de las necesidades de mejora en el personal en la infraestructura de la UCIN. De forma que, los autores citados indican que se debe contar con el apoyo de la gerencia y, e implementar un programa regular de capacitaciones al personal y la comunicación exitosa con los progenitores.

Los resultados de este trabajo también coinciden con una investigación similar, pero en una UCI pediátrica, realizada en 2022 en el Ecuador, en la que también se encontró que los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales hacia la UCIP de puertas abiertas era positivo y, al igual que en esta investigación, en el trabajo citado se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los profesionales según su puesto de trabajo y, según el hospital era público o privado (6).

Adicionalmente, los resultados de Giannini et al., (54) en Italia, también sustentan los hallazgos en esta investigación. Estos autores encontraron una actitud positiva de la mayoría de los profesionales al diseño de UCI de puertas abiertas, lo que explican por qué, la mayoría considera que esto puede tener un impacto favorable en el bienestar y el pronóstico de los pacientes; además, apoyan la política de puertas abiertas, con una mayor participación de los padres; sin embargo, no dejan de reconocer las dificultades que esto implica para el funcionamiento diario de la UCIN, por la interrupciones de las visitas y, por la dificultad en el manejo de sus emociones, si se complica el paciente.

Con los resultados de esta investigación se pudo constatar que, en cuatro hospitales de Quito, si bien predominan conocimientos, actitudes y prácticas positivos hacia la política de UCIN de puertas abiertas, aún es necesario trabajar en la capacitación de estos profesionales, en particular, con las preocupaciones sobre la interferencia de esto en la privacidad y el funcionamiento del servicio. Se evidenciaron dificultades en la comunicación y, la importancia de ofrecer capacitaciones sobre este tema a los profesionales encuestados.

Limitaciones

Al tratarse de una investigación tipo CAP, la información obtenida es mayormente subjetiva, dependiendo de auto reportes, lo que introduce sesgos de información, lo que pudiera constituir una limitación a los resultados de este trabajo.

Por otra parte, la implementación del modelo de UCIN de puertas abiertas enfrenta resistencias del personal, especialmente personal de enfermería acostumbrados a modelos tradicionales cerrados, lo que puede influir en sus actitudes y prácticas y dificultar la interpretación objetiva de los resultados.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- El personal médico y de enfermería de cuatro hospitales de Quito tuvieron un nivel de conocimientos, actitudes y prácticas positivos sobre la UCIN de puertas abiertas, con lo que se acepta la hipótesis de esta investigación.
- El personal médico y de enfermería de cuidados intensivos neonatales se caracterizó por un predominio de mujeres, la mayoría eran menores de 40 años, lo que indica que se trata de profesionales jóvenes, casados, con hasta dos hijos, con un tiempo de experiencia entre 6 y 10 años.
- Los conocimientos de los profesionales sobre el funcionamiento de las UCIN de puertas abiertas en los hospitales de Quito fueron adecuados, sin embargo, se evidenció la falta de capacitaciones en aspectos relacionados con la comunicación de malas noticias.
- Las actitudes y prácticas de estos profesionales con respecto al funcionamiento de las UCIN de puertas abiertas fueron positivas. Hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las prácticas entre médicos y personal de enfermería, específicamente en la comunicación con los padres sobre los procedimientos a realizar a los pacientes.
- Los conocimientos y actitudes sobre la UCIN de puertas abiertas no tuvieron diferencias importantes entre las cuatro instituciones hospitalarias; pero las prácticas sí; específicamente la comunicación con los padres sobre los procedimientos a realizar a los pacientes y, las muestras de empatía con estos.

6.2. Recomendaciones

- Se sugiere implementar intervenciones educativas, de capacitación continua, enfocados en reforzar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la UCIN de puertas abiertas, como un modelo de atención centrado en la familia, para incrementar los niveles de satisfacción con la atención en el área de cuidados intensivos neonatales.
- Es recomendable el trabajo personalizado con los profesionales más antiguos, que pueden tener una percepción más tradicional de los cuidados intensivos neonatales, y poner resistencia a las tendencias actuales de atención con el enfoque de puertas abiertas.
- Se insta a las autoridades de las instituciones hospitalarias desarrollar talleres y capacitaciones específicas en habilidades comunicativas, con énfasis en la transmisión de malas noticias, para mejorar la calidad de la interacción con las familias y fortalecer el apoyo emocional en situaciones críticas dentro de la UCIN.
- Sería apropiado promover espacios de trabajo colaborativo y formación interdisciplinaria que integren a médicos y personal de enfermería, para estandarizar criterios y optimizar la comunicación con los padres sobre los procedimientos, garantizando un enfoque integral y enfocado en la familia, en el cuidado intensivo neonatal.
- Desarrollar protocolos de atención para las UCIN de puertas abiertas, para estandarizar las prácticas con énfasis en la comunicación y la empatía, para homogeneizar el cuidado, tanto en instituciones públicas como privadas.

REFERENCIAS

1. El programa 'Puertas Abiertas' de la UCI Neonatal reduce el estrés paterno y favorece el desarrollo de los recién nacidos – Hospital Universitario Nuestra Señora del Rosario [Internet]. 2022 [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.hospitalrosario.es/noticias/el-programa-puertas-abiertas-de-la-uci-neonatal-reduce-el-estres-paterno-y-favorece-el-desarrollo-de-los-recien-nacidos/>
2. Martínez R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crítica [Internet]. 2021 [citado 18 de abril de 2025];35(3):144-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100003>
3. Ghorbani F, Jabraeili M. Beliefs and attitudes of nurses towards open visiting policy in neonatal intensive care units: A descriptive cross-sectional study in northwest of Iran. J Neonatal Nurs [Internet]. 2022 [citado 18 de abril de 2025];28(2):123-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S135518412100137X>
4. Muñoz-Gualli JM, Sinchi-Agudo LÁ, Guarate-Coronado YC. Unidad de cuidados intensivos pediátrica de puertas abiertas según el modelo de Mary Manthey. Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida [Internet]. 2024 [citado 18 de abril de 2025];9(17):85-106. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/4425>
5. Miller L, Richard M, Krmpotic K, Kennedy A, Seabrook J, Slumkoski C, et al. Parental presence at the bedside of critically ill children in the pediatric intensive care unit: A scoping review. Eur J Pediatr [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 21 de marzo de 2025];181(2):823-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04279-6>
6. Alvear M, Grunauer M. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de Puertas Abiertas: Un estudio multicéntrico de corte transversal [Internet]. Universidad San Francisco de Quito; 2022 [citado 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/jspui/bitstream/23000/11619/1/216709.pdf>
7. UNICEF. UNICEF DATA. 2020 [citado 15 de mayo de 2024]. Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/survive-and-thrive-transforming-care-for-every-small-and-sick-newborn/>
8. Luz S, Backes M, Rosa R, Schmit E, Santos E. Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [citado 15 de mayo de 2024];75(2):21-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D8Syrvy8TQLdTxzvpQ7BYDq/?lang=en>
9. Soares N, Bernardino M, Zani A. Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: perception of the multiprofessional team. Rev Paul

- Pediatr [Internet]. 2019 [citado 15 de mayo de 2024];37(3):283-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6868554/>
10. Talus E, Seppänen H, Mikkonen K, Palomaa A, Pölkki T. The competence of neonatal intensive care nurses: A systematic review. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2023 [citado 15 de mayo de 2024];128(2):105-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691723001867>
 11. Elfd G, Cmd S, Adcs S, Agd S, Mam F, Ds R, et al. Autonomic responses of premature newborns to body position and environmental noise in the neonatal intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 14 de octubre de 2019 [citado 15 de mayo de 2024];31(3):45-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31618347/>
 12. Mulkey S, Du Plessis A. Autonomic nervous system development and its impact on neuropsychiatric outcome. *Pediatr Res* [Internet]. 2019 [citado 24 de mayo de 2024];85(2):120-6. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41390-018-0155-0>
 13. Gómez S, García I, Moncunill E, Yáñez B, Gurrutxaga M. Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 15 de mayo de 2024];17(19):2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579288/>
 14. Alferink M, Moreno B, Cabrera M, Ergenekon E. RISEinFAMILY project: the integration of families at neonatal intensive care units (NICUs) to empower them as primary caregivers: study protocol for a stepped wedge cluster controlled trial. *Trials* [Internet]. 2024 [citado 15 de mayo de 2024];25(1):248. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08043-7>
 15. Maheshwari A. Neonatal Intensive Care Unit: An overview [Internet]. [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/neonatal-intensive-care-unit>
 16. Marski BDSL, Facio BC, Ichisato SMT, Barba PCDS, Wernet M. Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 19 de marzo de 2025];71(suppl 6):2758-66. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202758&lng=en&tlng=en
 17. Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics* [Internet]. 1993 [citado 23 de mayo de 2024];92(5):643-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8414850/>
 18. Schuler R, Woitschitzky L, Eiben C, Beck J, Jägers A, Windhorst A, et al. Multidimensional assessment of infant, parent and staff outcomes during a family centered care enhancement project in a tertiary neonatal intensive care unit: study protocol of a longitudinal cohort study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2023

- [citado 23 de mayo de 2024];23(1):5-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10326953/>
19. Caporali C, Pisoni C, Gasparini L, Ballante E, Zecca M, Orcesi S, et al. A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc* [Internet]. 2020;40(12):1739-52. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41372-020-00798-6>
 20. Mengesha E, Amare D, Asfaw L, Tesfa M, Debela M, Getahun F. Parental experiences in neonatal intensive care unit in Ethiopia: a phenomenological study. *Ann Med* [Internet]. 2022 [citado 23 de mayo de 2024];54(1):121. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8745364/>
 21. Jabeen F. Open Visitation in Intensive Care Unit- Nurses Perspective: A Quantitative Study. *Health Syst Policy Res* [Internet]. 2018 [citado 23 de mayo de 2024];05(01):89-93. Disponible en: <http://www.hsprj.com/health-maintenance/open-visitation-in-intensive-care-unit-nurses-perspective-a-quantitative-study.php?aid=22263>
 22. Segers E, Ockhuijsen H, Baarendse P, van Eerden I, van den Hoogen A. The impact of family centred care interventions in a neonatal or paediatric intensive care unit on parents' satisfaction and length of stay: A systematic review. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2019;50(2):63-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.008>
 23. Franck L, Waddington C, O'Brien K. Family Integrated Care for Preterm Infants. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2020 [citado 23 de mayo de 2024];32(2):149-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899588520300113>
 24. Franck L, Axelin A, Veenendaal N, Bacchini F. Improving Neonatal Intensive Care Unit Quality and Safety with Family-Centered Care. *Clin Perinatol* [Internet]. 2023 [citado 23 de mayo de 2024];50(2):449-72. Disponible en: [https://www.perinatology.theclinics.com/article/S0095-5108\(23\)00017-9/abstract](https://www.perinatology.theclinics.com/article/S0095-5108(23)00017-9/abstract)
 25. Gómez S, García I, Dios M, Yáñez B, Gallego BM, Moncunill E. Nursing Perspective of the Humanized Care of the Neonate and Family: A Systematic Review. *Children* [Internet]. 2021 [citado 23 de mayo de 2024];8(1):35. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/8/1/35>
 26. Franck L, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Res*. 21 de mayo de 2019;111.
 27. Provenzi L, Giusti L, Fumagalli M, Frigerio S, Morandi F, Borgatti R, et al. The dual nature of hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation in dyads of very preterm infants and their mothers. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. febrero de 2019 [citado 20 de marzo de 2025];100:172-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453018307194>
 28. Feldman R. The Neurobiology of Human Attachments. *Trends Cogn Sci*

- [Internet]. febrero de 2017 [citado 20 de marzo de 2025];21(2):80-99. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1364661316301991>
29. Colombel N, Ferreira G, Sullivan RM, Coureaud G. Dynamic developmental changes in neurotransmitters supporting infant attachment learning. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. agosto de 2023 [citado 20 de marzo de 2025];151:105249. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014976342300218X>
 30. Pavlyshyn H, Sarapuk I, Horishna I, Slyva V, Skubenko N. Skin-to-skin contact to support preterm infants and reduce NICU-related stress. *Int J Dev Neurosci* [Internet]. noviembre de 2022 [citado 20 de marzo de 2025];82(7):639-45. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jdn.10216>
 31. Lee J. Neonatal family-centered care: evidence and practice models. *Clin Exp Pediatr* [Internet]. 15 de abril de 2024 [citado 20 de marzo de 2025];67(4):171-7. Disponible en: <http://e-cep.org/journal/view.php?doi=10.3345/cep.2023.00367>
 32. Butler AE, Masterson K, Bloomer MJ. 'Family'-centred care in NICU and PICU – A focus on fathers, siblings, and extended family members. – Letter on Stefana et al. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. abril de 2025 [citado 20 de marzo de 2025];87:103849. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339724002349>
 33. Institute for Patient- and Family-Centered Care. What is Patient- and Family-Centered Care? [Internet]. 2025 [citado 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
 34. Soni R, Tscherning C. Family-centred and developmental care on the neonatal unit. *Paediatr Child Health* [Internet]. enero de 2021 [citado 20 de marzo de 2025];31(1):18-23. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751722220301761>
 35. Abukari AS, Schmolgruber S. Concepts of family-centered care at the neonatal and paediatric intensive care unit: A scoping review. *J Pediatr Nurs* [Internet]. julio de 2023 [citado 20 de marzo de 2025];71:e1-10. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088259632300088X>
 36. Avilés C, Melis P, Paba S, Pinna M, Massida M. Indagine sulla percezione dei sanitari ICU aoucagliari sulla rianimazione aperta. *Ital J Prev Diagn Ther Med* [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2025];1(0):37-46. Disponible en: <https://doi.org/10.30459/2018-4>
 37. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 20 de marzo de 2025];45(1):103-28. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/8p96j3gd>
 38. Waddington C, van Veenendaal NR, O'Brien K, Patel N, for the International Steering Committee for Family Integrated Care. Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit.

- Pediatr Investig [Internet]. junio de 2021 [citado 21 de marzo de 2025];05(02):148-54. Disponible en: <https://mednexus.org/doi/full/10.1002/ped4.12277>
39. Campbell-Yeo M, Bacchini F, Alcock L, Mitra S, MacNeil M, Mireault A, et al. Practice recommendations regarding parental presence in NICUs during pandemics caused by respiratory pathogens like COVID-19. *Front Pediatr* [Internet]. 13 de junio de 2024 [citado 21 de marzo de 2025];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2024.1390209/full>
 40. Powers SA, Taylor K, Tumin D, Kohler JA. Measuring Parental Presence in the Neonatal Intensive Care Unit. *Am J Perinatol*. enero de 2022;39(2):134-43.
 41. Saxton SN, Walker BL, Dukhovny D. Parents Matter: Examination of Family Presence in the Neonatal Intensive Care Unit. *Am J Perinatol* [Internet]. 12 de febrero de 2020 [citado 21 de marzo de 2025];38:1023-30. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1701506>
 42. Ghorbani F. Open visitation in the NICU: nurses' perspectives on barriers and facilitators. *Front Nurs* [Internet]. 2023 [citado 23 de mayo de 2024];10(2):183-91. Disponible en: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/fon-2023-0019>
 43. Yance B, Do K, Heath J, Fucile S. Parental Perceptions of the Impact of NICU Visitation Policies and Restrictions Due to the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2023 [citado 23 de mayo de 2024];23(4):311-25. Disponible en: https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/abstract/2023/08000/parental_perceptions_of_the_impact_of_nicu.5.aspx
 44. Weber A, Kaplan H, Voos K, Elder M, Close E, Tubbs-Cooley H, et al. Neonatal Nurses' Report of Family-centered Care Resources and Practices. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses* [Internet]. 2022 [citado 23 de mayo de 2024];22(5):473-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9061894/>
 45. Schmid SV, Arnold C, Jaisli S, Bubl B, Harju E, Kidszun A. Parents' and neonatal healthcare professionals' views on barriers and facilitators to parental presence in the neonatal unit: a qualitative study. *BMC Pediatr* [Internet]. 24 de abril de 2024 [citado 21 de marzo de 2025];24:268. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11040849/>
 46. Boyamian TMDL, Mandetta MA, Balieiro MMFG. Nurses' attitudes towards families in neonatal units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 5 de abril de 2021 [citado 21 de marzo de 2025];55:e03684. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Rx8FTJD7HmLmMxQJHc7T9sB/?form>
 47. The KAP Survey Model.
 48. Zarei F, Dehghani A, Ghaffari M. CheckKAP: A Checklist for Reporting a Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) Study. *Asian Pac J Cancer Prev*

- APJCP [Internet]. 2024 [citado 21 de marzo de 2025];25(7):2573-7. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/382639372_CheckKAP_A_Checklist_for_Reporting_a_Knowledge_Attitude_and_Practice_KAP_Study
49. Sánchez A, Fernández D, Pérez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* [Internet]. 2016 [citado 24 de mayo de 2024];40(9):527-40. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021056911630033X>
50. Marçola L, Zoboli I, Polastrini RTV, Barbosa SMMD. Breaking bad news in a neonatal intensive care: the parent's evaluation. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2020 [citado 17 de abril de 2025];38(2):201-9. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100444&lng=en
51. Haim-Eli L, Benbenishty J, Kienski Woloski Wruble AC. Breaking bad news: Comparing the perception of the role, barriers and experiences of NEONATAL INTENSIVE CARE and well-baby nursery nurses. *Nurs Crit Care* [Internet]. marzo de 2025 [citado 17 de abril de 2025];30(2):e13119. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.13119>
52. Rubinstein R, Akinnusi F, Ho J, Bose J, Khashu M, Gallagher K, et al. Neonatal staff perceptions and attitudes towards Family Integrated Care and Fathers: A Multi-site Survey. *J Neonatal Nurs* [Internet]. agosto de 2024 [citado 17 de abril de 2025];30(4):349-52. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1355184123001977>
53. Aljawad B, Miraj SA, Alameri F, Alzayer H. Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: a scoping review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC Pediatr* [Internet]. 14 de abril de 2025 [citado 17 de abril de 2025];25(1):291. Disponible en:
<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-025-05620-w>
54. Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Fedriga M, Boghi D, Camporesi A. Beliefs and attitudes of PICU doctors and nurses on parental presence and open visiting policies: an Italian nationwide survey. *Minerva Anestesiol* [Internet]. noviembre de 2024 [citado 17 de abril de 2025];90(11). Disponible en:
<https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R02Y2024N11A1004>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

Preguntas generales

CUESTIONARIO DE OPINIONES DE LOS PROFESIONALES DE UCI				
Nº Cuestionario: Fecha de registro:				
Datos sociodemográficos.				
Hombre.... Mujer.... ¿Cuál es su edad?..... años ¿Cuántos hijos tiene?...				
Estado Civil:				
Casada/o.... Soltera/o.... Divorciada/o.... Otros.....				
Experiencia profesional:				
0-5 años 5-10 años 10-15 años +15 años				
Experiencia profesional en UCI:				
0-5 años 5-10 años 10-15 años +15 años				
Categoría profesional: Enfermera/o.... Médico.... TCAE....				

	Nunca n (%)	Ocasionalmente n (%)	Frecuentemente n (%)	Siempre n (%)
CONOCIMIENTOS:				
¿La presencia de la familia junto al paciente durante la visita, proporciona apoyo emocional al paciente?				
¿Cree usted que la presencia de la familia contribuiría a acortar la estancia del paciente en la UCIN?				
¿Cree usted que sería positivo disponer de formación comunicación de malas noticias para optimizar el abordaje a los familiares del paciente?				
¿Una política de visitas más permeable incrementaría la confianza de la familia hacia el personal de la UCIN?				
¿Un régimen de visitas más permeable, proporciona una mayor carga física y psíquica a la enfermera?				
¿Tiene usted alguna formación en comunicación de malas noticias?				
ACTITUDES				
¿Una política de visita más permeable, interferiría en los cuidados de enfermería?				
¿La presencia familiar contribuye a la mejora del bienestar del paciente?				
¿Le resultaría de interés recibir entrenamiento para incrementar sus habilidades para el trato con la familia de los pacientes de UCIN?				
¿Estaría usted dispuesto a introducir un régimen de visitas más permisivo en esta unidad?				
PRÁCTICAS				
¿Se sentiría usted controlado si en la UCIN hubiera un régimen más permeable de visitas?				
¿Informa usted a la familia sobre los cuidados dados al paciente?				
¿La política de visitas de la UCIN debería flexibilizarse en casos especiales como es el fin de la vida?				

¿Se aproxima usted a hablar y entablar una relación de ayuda con la familia durante la visita?				
¿Ha podido comprobar si la presencia de la familia causa inestabilidad en el paciente?				
¿Se ha preguntado alguna vez lo que puede sentir un familiar de un paciente de UCI?				
¿Una mayor presencia de la familia mejoraría el estado de ánimo del paciente?				