

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**Experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al
hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Lorena Estefany Chapoñan Llauce

ASESOR

Adela Rosanna Nuñez Odar

<https://orcid.org/0000-0003-4334-6573>

Chiclayo, 2026

**Experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario
al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025**

PRESENTADA POR

Lorena Estefany Chapoñan Llauce

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR

Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

PRESIDENTE

María Caridad Arriola Arizaga

SECRETARIO

Adela Rosanna Nuñez Odar

VOCAL

Dedicatoria

A Dios por la paciencia, inteligencia y sabiduría, durante mi proceso de formación profesional, por haberme dado unos padres perseverantes, pacientes y valientes, porque gracias a ellos he podido llegar lejos, cumpliendo poco a poco con mis objetivos.

Agradecimientos

En primer lugar, a Dios por brindarme vocación, sabiduría y constancia hacia mi carrera, a mis padres, Wilmer y Janeth por su constante apoyo y la confianza que han puesto en mí; a mi hermano Rodrigo, por quien deseo ser un buen ejemplo; y a toda mi familia que es lo mejor y lo más valioso que me ha regalado la vida. Agradezco también a mi apoyo incondicional, Josias, por su respaldo y motivación en todo momento; a mi asesora la Mtro. Adela Rosanna Nuñez Odar, por su dedicación y paciencia, por ser mi guía en este proceso de investigación, a mis profesoras y futuras colegas, a los padres de familia que participaron en este estudio, y a los miembros del jurado por sus valiosos aportes.

Experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

4%

2

investigacion.unirioja.es

Fuente de Internet

<1%

3

docs.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

<1%

5

revistas.udea.edu.co

Fuente de Internet

<1%

6

www.scielo.br

Fuente de Internet

<1%

7

revistanursing.com.br

Fuente de Internet

<1%

8

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

9

pplt.aulavirtualusmp.pe

Fuente de Internet

<1%

10

repositorio.unphu.edu.do

Fuente de Internet

<1%

11

libros.cidepro.org

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Revisión de literatura	11
Materiales y métodos	14
Resultados y discusión	20
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Referencias	41
Anexos	51

Resumen

La asfixia es un problema de salud caracterizado por la interrupción o severa disminución del intercambio gaseoso, en casos graves la asfixia puede comprometer múltiples sistemas y conllevar a la muerte. La atención de un neonato con antecedente de asfixia supone un gran esfuerzo y entrega, pero también proporciona satisfacción al desarrollar destrezas. Por ello, se llevó a cabo la investigación con el propósito de describir, analizar y comprender las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado Chiclayo, 2025. Se utilizó el diseño cualitativo con enfoque descriptivo. Cuya técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada, validada mediante juicio de expertos. Así mismo, la muestra se determinó mediante criterios de saturación y redundancia, la cual fue integrada por 13 padres de niños que sufrieron asfixia. Durante todo el proceso investigativo se respetaron los principios éticos y de rigor científico, obteniéndose como resultado cuatro categorías: emociones percibidas en la transición del cuidado hospitalario al hogar, cuidados aprendidos y aplicados en el hogar, factores que influyen en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato con asfixia y expresión de necesidades no cubiertas. Concluyendo que las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar representan un proceso desafiante para los padres, donde se entrelazan aprendizajes, emociones y necesidades no cubiertas. Por lo que se recomienda fortalecer el rol de enfermería en la preparación, acompañamiento y continuidad del cuidado de los neonatos.

Palabras clave: Experiencias (D008016), Cuidado de Transición (D000069341), Asfixia Neonatal (D001238), Recién Nacido (D007231)

Abstract

Asphyxia is a health problem characterized by the interruption or severe reduction of gas exchange. In severe cases, asphyxia can compromise multiple systems and lead to death. Caring for a newborn with a history of asphyxia requires great effort and dedication, but it also provides satisfaction as skills are developed. Therefore, this research was conducted with the purpose of describing, analyzing, and understanding the experiences of parents in the transition from hospital care to home care for their asphyxiated newborns in Chiclayo, 2025. A qualitative design with a descriptive approach was used. The data collection technique was a semi-structured interview, validated by expert judgment. Likewise, the sample was determined using saturation and redundancy criteria and consisted of 13 parents of children who suffered asphyxia. Throughout the research process, ethical principles and scientific rigor were respected, resulting in four categories: emotions perceived in the transition from hospital care to home care, care learned and applied at home, factors influencing the transition from hospital care to home care for newborns with asphyxia, and expression of unmet needs. Concluding that parents' experiences in the transition from hospital care to home care represent a challenging process for parents, involving a combination of learning, emotions, and unmet needs. It is therefore recommended that the role of nursing in the preparation, support, and continuity of neonatal care be strengthened.

Keywords: Experiences (D008016), Transitional Care (D000069341), Neonatal Asphyxia (D001238), Newborn (D007231)

Introducción

La asfixia se describe como el daño producido al feto o recién nacido (RN) debido a la falta de oxígeno y /o una perfusión tisular deficiente¹, esta afección puede ocurrir durante la gestación, en el trabajo de parto y en el momento del parto. Clínicamente, se distingue por la interrupción o severa reducción del intercambio de gases, que puede ocurrir a nivel placentario como pulmonar, lo que genera hipoxemia, hipercapnia e hipoxia en los tejidos y suele ser acompañada de acidosis metabólica, en casos graves la asfixia puede comprometer múltiples sistemas y conllevar a la muerte².

La intensidad del episodio de asfixia determinará en gran medida los diversos efectos que provoca esta patología. En los casos de un episodio severo de asfixia perinatal, la mayor complicación es el síndrome de encefalopatía por la falta de oxígeno e isquemia, dentro de las consecuencias principales está el daño neurológico que puede evidenciarse a través de parálisis cerebral, crisis convulsivas, leucomalacia, entre otras manifestaciones. Además, un feto o recién nacido que sufre asfixia perinatal puede tener problemas multiorgánicos o de varios sistemas, como cardiovascular, neurológico, renal o gastrointestinal³.

Esta patología es un problema en todo el mundo y en todos los tiempos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴, la prevalencia mundial de asfixia neonatal se estima en 10.8% por cada mil recién nacidos vivos, con una letalidad aproximada del 50%. Cada año se documenta una incidencia que oscila entre cuatro y nueve millones de episodios de asfixia perinatal, ocasionando una mortalidad neonatal del 20% del total de niños asfixiados y el 8% de mortalidad infantil.

El Perú no está exento de esta problemática, el Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades del Perú⁵ reportó que el 36% de las defunciones neonatales se produjeron durante las 24 horas de vida y que en su mayoría están asociadas directamente con la asfixia y el cuidado brindado durante el parto. Además, en la región de Lambayeque se ha reportado que la asfixia y sus consecuencias son una de las principales razones de mortalidad neonatal con un 16.05% de los casos reportados⁶.

Hasta la fecha, la investigación sobre el cuidado que brindan los padres del neonato con asfixia en hogares es escasa, a nivel internacional manifiestan que, para mejorar la prestación de atención neonatal actual, el personal de salud debe comprender mejor las experiencias de

convertirse en padre de un niño que ha sufrido asfixia al nacer. Se evidenció que la adaptación a la vida cotidiana en el hogar se facilita por la información de seguimiento a sus casos, por ende, es importante el apoyo centrado en la familia durante y también después del alta⁷.

Otro estudio destacó que el desafío que supone la transición de la paternidad desde la UCIN al entorno doméstico suele ser muy complicado para los padres pues experimentan ansiedad con respecto a la salud de sus hijos después del alta. Se dice que el primer año de paternidad es el más estresante para los padres de los niños que han estado en la UCI debido al miedo constante de que su hijo vuelva a enfermarse. Los padres que participaron en este estudio manifestaron que la orientación brindada sobre qué esperar y las visitas de seguimiento periódicos durante el primer año de vida ayudaron con la transición⁸.

En el contexto nacional, un estudio enfatiza que las madres pueden experimentar momentos de miedo, temor y confusión, clasificándolas como experiencias negativas, que están relacionadas con la carga de cuidado que genera en las madres sentimientos de estrés, cansancio y culpa. Sin embargo, también pueden experimentar momentos de seguridad, confianza y motivación, considerados como experiencias positivas, que suelen intensificarse durante la transición al hogar. Los padres de este estudio señalaron que la guía otorgada por el personal de enfermería acerca de los cuidados necesarios les permitió que expresaran sus dificultades y emociones⁹.

Actualmente, no se han realizado investigaciones a nivel local que se centren en los cuidados de los niños con asfixia neonatal, por lo que emerge la necesidad de efectuar estudios cualitativos que permitan explorar más a fondo las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar.

Por lo expuesto, se realizó esta investigación teniendo en cuenta la relevancia del seguimiento del cuidado orientado al crecimiento y desarrollo infantil, ya que aporta beneficios tanto para la madre como para el niño. En consecuencia, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025?. Asimismo, se planteó como el objetivo general: describir, analizar y comprender las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025

Por ende, esta investigación se justifica debido a que los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹⁰ (ODM) establecieron una meta clave: reducir la mortalidad infantil, especialmente en infantes menores de cinco años, se ha revelado que la salud en la niñez es un tema fundamental dentro del desarrollo de las naciones, por ello se debe realizar acciones para reducir la morbilidad infantil. Actualmente, se calcula que el porcentaje de casos de asfixia neonatal en el Perú sigue siendo alta, afectando aproximadamente a 6 de cada 1,000 nacidos vivos⁶. La asfixia neonatal se considera una de las principales responsables de la morbilidad en los recién nacidos, y su abordaje terapéutico representa un reto tanto para las entidades de salud como para las familias. Por ello, el Ministerio de Salud¹¹, recalca la importancia de brindar una atención que cumpla con las necesidades de los recién nacidos en la NTS N° 214 - MINS/DGIESP-2024 que habla sobre las guías técnicas para la atención del recién nacido.

La presente investigación permitió comprender las experiencias de los padres de neonatos que sufrieron asfixia y ahora se encuentran en el hogar, debido a que la transición del cuidado hospitalario al hogar suele ser complicada para los padres, pues son ellos los que asumen el papel de cuidador principal de sus hijos. Comprender estas experiencias es fundamental, pues se caracterizan por sentimientos de culpa, incertidumbre y sobrecarga emocional ante la responsabilidad de realizar un cuidado adecuado. Los desafíos que enfrentan los padres suelen estar relacionados con el manejo de la salud de su hijo, el reconocimiento de signos de alarma y la realización de tratamientos complejos¹². A menudo, se sienten aislados y sin respaldo continuo del profesional, lo que incrementa su estrés y afecta su capacidad de adaptación y bienestar¹³.

También es crucial realizar esta investigación ya que es responsabilidad del personal de salud brindar soporte y ofrecer el apoyo necesario a cada padre, especialmente cuando se tiene un hijo enfermo. El rol de enfermería implica transferir conocimientos, habilidades, acompañar en la gestión de emociones y la construcción de su confianza para que los padres puedan asumir el cuidado en el hogar.

Además, contribuirá a la generación de información valiosa que oriente las estrategias de apoyo brindadas por los profesionales de enfermería y fortalezca la continuidad del cuidado neonatal en el hogar. También ayudará a mejorar la relación entre las enfermeras y los padres, facilitando una transición más segura y efectiva del hospital al hogar. Así mismo, se espera que los resultados de este estudio se conviertan en un punto de partida para futuras investigaciones.

Revisión de literatura

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva en diversas bases de datos reconocidas, con el propósito de abordar estudios relevantes a nivel internacional, nacional y regional relacionados con el tema de investigación.

En el ámbito internacional, el estudio realizado por Brown A, Tornberg ÅB y Kristensson HI¹⁴ en el 2024, realizaron una investigación cualitativa con el propósito de indagar las experiencias de los progenitores después del alta hospitalaria luego de la detección precoz de la probabilidad de parálisis cerebral después de un episodio de asfixia, donde se evidenció que los padres en largo periodo de tiempo se encontraron en un periodo de shock, llenos de miedo, angustiados y descontentos. Además, debido a la falta de información sobre cómo desempeñarse en el cuidado de sus hijos presentaron periodos de impotencia, lo que los hizo sentir desamparados y sin orientación. Todo ello pone en manifiesto la necesidad de fortalecer la comunicación entre padres y los profesionales de la salud.

Por otro lado, en India, Chandrasekaran SA et al¹⁵, realizaron un estudio cualitativo en el año 2022 para entender las experiencias de los padres de recién nacidos con daño cerebral hipóxico-isquémico, donde se evidenció que, durante la estancia en la UCIN y en durante el egreso hospitalario causa una carga excesiva de culpa por parte de su entorno familiar, la sociedad e incluso sus parejas. Destacando que el primer año fue el periodo de mayor dificultad para los padres, ya que se enfrentan al miedo continuo que su hijo recaiga en una enfermedad.

Además, Hervé ME, Zucatti PB, Silva MA¹⁶, realizaron un estudio en Brasil, en año 2020, donde se evidenció que la participación y la preparación de la familia contribuyen una fase crucial en el proceso de alta, ya que este contempla una evaluación individualizada de sus necesidades, con el objetivo de ayudar a la familia a adaptarse de manera efectiva a los cambios en su entorno. No obstante, más del 20% de las familias perciben que la información recibida por el personal de salud es insuficiente para cubrir sus dudas y miedos.

De igual manera, un estudio relacionado de manera indirecta, realizado en Costa Rica por Rodríguez AM¹⁷, en el 2021, donde se destaca que el proceso de formación para el egreso de la UCIN incluye la educación sobre los cuidados esenciales que deben llevarse a cabo en un largo periodo de tiempo para disminuir las experiencias negativas que expresan las madres en el

periodo de transición, de este modo los padres pueden ejercer su formación de cuidados en el hogar, confiando en sus habilidades y basándose en la experiencia adquirida durante la atención del neonato en la unidad de cuidados intensivos.

A nivel nacional, no se encontraron investigaciones relacionadas directamente con la problemática a abordar, sin embargo, ciertas investigaciones relacionadas de manera indirecta:

Bocanegra ML¹⁸, realizó un estudio en el 2021, donde se evidenció que los cambios emocionales más frecuentes fueron la ansiedad, el estrés, la angustia y depresión, resaltando que las causas principales son el alejamiento físico de sus bebés y la incertidumbre por la salud de su hijo. Se concluyó que las madres experimentan cambios emocionales significativos durante la estancia en UCIN y el proceso del alta.

A nivel local, no se encontraron investigaciones relacionadas directamente con el objeto de estudio. En Chiclayo, en el año 2022 se realizó un estudio orientado a analizar las experiencias de las madres de niños con parálisis, se evidenció que ellas atraviesan experiencias traumáticas desde el momento del diagnóstico. Estas experiencias están relacionadas con el tiempo dedicado al cuidado, las dificultades que atraviesan y la carga emocional, reflejada en sentimientos de culpa, agotamiento y estrés¹⁹.

Otro estudio realizado en el 2018 en Chiclayo se observó que en el momento del alta la enfermera debe proporcionar apoyo, confianza, esperanza y educación sanitaria, ya que esto ayuda a contrarrestar las experiencias negativas que las madres experimentan, como el miedo, temor y confusión⁹.

Además, el diccionario de la Real Academia Española define la experiencia como el resultado de haber sentido, conocido o presenciado algo²⁰. También se considera como una práctica prolongada que brinda conocimientos o destrezas para llevar a cabo una acción. Es decir, se trata del conocimiento que se adquiere por medio de las circunstancias, cabe resaltar que las personas obtienen experiencias de las vivencias propias y también de otras personas²¹.

Para Wojtyła, la experiencia no es solo un proceso pasivo de recibir información, sino un acto profundo en el que la persona no solo percibe el mundo exterior, sino que también se descubre a sí misma a través de esa percepción. Este enfoque se centra en la idea que cada

acción que una persona realiza tiene una dimensión interior y exterior, es decir, que el individuo vive una experiencia de autoconciencia simultánea a la percepción del entorno. Esta dualidad le permite estabilizar los elementos sensoriales y racionales de su experiencia, captando lo que experimenta de manera única y personal²².

Para esta investigación los padres obtienen experiencias al aprender del proceso de bienestar y enfermedad de su hijo, por medio de la adquisición de conocimientos y realización de diferentes actividades. Puesto que UNICEF²³, manifiesta que ser padre va más allá de la relación biológica y comprende una función esencial en el desarrollo integral de sus hijos, por tal motivo tienen funciones esenciales, como velar por su salud, nutrición, apoyo emocional y protección. Estas responsabilidades se intensifican cuando hay un hijo enfermo en el hogar, porque son ellos los que asumen un papel importante en el cuidado de sus miembros y apoyo durante momentos de enfermedad²⁴.

El cuidar es una actividad inherente al ser humano y se hace referencia a cuidado formal cuando es llevado a cabo por profesionales de la salud, y cuidado informal cuando es brindado por familiares o personas cercanas²⁵. En las familias con neonatos que sufrieron asfixia neonatal, los padres son los que brindan el cuidado informal, puesto que, no se le ofrece ningún salario económico por los cuidados realizados que inician desde el momento del alta²⁶. En este momento se da inicio al cuidado transicional, que se refiere al apoyo proporcionado a los pacientes cuando cambian de una etapa a otra en su enfermedad o tratamiento, como pasar del hospital a la atención en casa. Este cuidado abarca la ayuda a las personas y sus familias para cubrir sus necesidades médicas, emocionales y prácticas sobre el cuidado que se va a realizar en el hogar²⁷.

Según Watson²⁸, el cuidado se manifiesta en las relaciones interpersonales, con el fin de mejorar la salud y facilitar el crecimiento personal. En su teoría del cuidado humanizado, donde plantea que la promoción de una enseñanza – aprendizaje es un factor clave para el cuidado, lo que implica que se debe tener en cuenta la totalidad del ser y debe ser adaptada al marco referencial de cada paciente. Este tiene un valor significativo para los padres de niños asfixiados, quienes deben aprender a cuidar a sus hijos después del alta, evitando futuras hospitalizaciones con complicaciones de la enfermedad.

Por otro lado, Meleis²⁹, define como transición al proceso que implica un cambio en el estado de la persona, ya sea físico, emocional, social o de rol. En su teoría menciona la importancia de los programas educativos en la práctica clínica hospitalaria que abarca el desarrollo, salud y enfermedad. Estos cambios pueden realizarse en diferentes etapas de la vida, destaca que las transiciones provocan alteraciones en las condiciones del entorno que influyen en la vida de los pacientes, lo cual la orientación y educación del profesional de enfermería es importante para mejorar esta adaptación.

La paternidad a menudo puede resultar estresante, desde el momento del embarazo debido a que se presentan varios cambios hormonales y físicos, los cuales se intensifican con el nacimiento y aumenta con la hospitalización del neonato, debido a que atraviesan por episodios de depresión, agotamiento y estrés³⁰. Durante el embarazo y el parto, existen múltiples riesgos y complicaciones que pueden afectar a la madre o al bebé³¹. Una de las complicaciones más graves es la asfixia neonatal, que ocurre cuando el recién nacido no recibe el suficiente oxígeno antes, durante o después del nacimiento³². Las complicaciones van a depender de la duración y la severidad de la interrupción del flujo de oxígeno lo que puede traer consigo discapacidades neurológicas permanentes como las crisis convulsivas, parálisis, hipotensión, cambios en el ritmo cardíaco y problemas en la alimentación⁴.

Los padres de un recién nacido que ha sufrido asfixia neonatal requieren tiempo para organizarse y prepararse para el cuidado en el entorno doméstico³³. Por ende, el rol de enfermería es importante, durante la hospitalización y el momento del alta para preparar a los padres para que asuman con responsabilidad la transición del cuidado. El profesional de enfermería debe enseñar sobre la administración de medicamentos, identificar signos de alarma, importancia de la higiene y la técnica adecuada para la alimentación³⁴.

Materiales y métodos

La presente investigación adoptó un enfoque cualitativo, puesto que la finalidad del investigador es capturar el objeto de estudio de forma natural, a partir de las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar³⁵. El diseño de la investigación siguió una metodología descriptiva, la cual facilitó la comprensión e interpretación de las experiencias mediante la obtención y análisis de datos³⁶. Este enfoque abordó diversas etapas, entre ellas:

preanálisis, codificación, categorización. De esta manera, se ofrece una perspectiva completa del tema investigado, lo que permitirá una descripción detallada y de manera precisa³⁷.

La población de la investigación estuvo constituida por los padres de neonatos asfixiados atendidos en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, considerando que en lo que va del año se han identificado 21 padres de niños con asfixia neonatal, dato que obtenido del registro de ingresos del servicio de neonatología. Para esta investigación se incluyó a los padres cuyos hijos presentaron asfixia neonatal y que deseen participar voluntariamente en la investigación. También se consideraron a los padres cuyos hijos permanecieron hospitalizados por más de cinco días y fueron dados de alta entre siete días y un año antes del inicio del estudio. Asimismo, se requirió que el padre o madre que hayan formado parte del proceso hospitalario y vivieron la transición del cuidado hospitalario al hogar. Por último, se consideró como requisito que los participantes hablen español.

Por otro lado, se excluyó de la investigación los padres que solicitaron retiro voluntario, a quienes que presentaron dificultades para comunicarse y a aquellos que ya habían participado de la prueba piloto.

Además, el tamaño de la muestra fue de 12 madres, se obtuvo por los criterios de saturación y redundancia, suspendiendo la recolección de datos cuando los testimonios se tornan repetitivos y no se obtengan nuevos aportes³⁵. El muestreo empleado fue no probabilístico y de carácter intencional o por conveniencia, garantizando que los participantes cumplan con los requisitos de selección definidos³⁷. La estrategia se inició el 25/03/2025 a través de la visita a los hogares de los padres y así sucesivamente se fue visitando casa por casa, por lo que el 22/06/2025 se logró completar la muestra.

Los participantes de este estudio presentaron edades entre 18 y 38 años. Del total, 9 corresponden al sexo femenino y 3 al sexo masculino. En relación con el estado civil, se registraron 6 casados, 4 solteros y 4 convivientes. Respecto al número de hijos, este osciló entre 1 y 3. Finalmente, en relación con el grado de instrucción, se identificó que 2 contaban con formación técnica, mientras que los otros 9 solo tienen secundaria completa y 1 la primaria completa, las personas con quien viven son: pareja, madre, padre, hermana e hijos. (Tabla N°1).

Tabla N° 1: Datos generales y seudónimos de identificación de los padres de neonatos que sufrieron asfixia

CÓDIGO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	RELIGIÓN	PERSONAS CON QUIEN VIVE
E001	31 años	Soltera	Secundaria completa	Católica	Pareja
E002	19 años	Soltera	Secundaria completa	Cristiana	Madre
E003	28 años	Conviviente	Secundaria completa	Católica	Pareja
E004	38 años	Soltera	Secundaria completa	Católica	Pareja
E005	28 años	Casada	Técnico Superior	Católica	Pareja
E006	26 años	Casada	Técnico Superior	Católica	Pareja y 3 hijos
E007	27 años	Casado	Secundaria completa	Cristiana	Pareja
E008	24 años	Casada	Primaria completa	Católica	Pareja
E009	24 años	Conviviente	Secundaria completa	Católica	Pareja
E010	44	Casada	Secundaria completa	Católica	Pareja, hermana y padres
E011	27 años	Casada	Secundaria completa	Católica	Pareja
E012	18 años	Soltera	Secundaria completa	Católica	Pareja

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta las características del objeto de estudio, se optó por la entrevista semiestructurada como técnica principal de recolección de datos (**Ver Anexo N°1**), instrumento elaborado por la investigadora con asesoría de la asesora temática., y sometida a validación por 3 expertos. Estos especialistas cuentan con un amplio conocimiento en investigación, 2 de ellas cuentan con grado de doctor y una de maestra en enfermería con experiencia en la docencia y la asistencia (**Ver Anexo N°2**).

Tras la validación, se modificó el instrumento original, incluyendo la reformulación de preguntas para optimizar su precisión y relevancia. Luego, se aplicó a dos padres una prueba piloto, quienes no formaron parte de la muestra seleccionada con el objetivo de verificar la comprensión y aceptación de las preguntas. A partir de los resultados obtenidos, se realizaron los ajustes finales antes de su aplicación definitiva.

Las entrevistas incluyeron preguntas abiertas a profundidad que están diseñadas para captar no solo las respuestas directas, si no también, las experiencias que los padres manifiestan en el periodo de transición. La cual se llevó a cabo en los hogares de los padres, lo que permitió estar en un ambiente más cómodo y natural, ya que favorece a la espontaneidad de sus respuestas. Las entrevistas se realizaron en un momento conveniente para las familias, buscando minimizar cualquier interrupción en su rutina diaria. Esta información se documentó mediante grabaciones de audio, previa obtención del consentimiento o asentimiento informados de los padres o tutor, lo que garantiza la obtención de información. Luego, esta información fue transcrita para su análisis, se codificó y categorizó las respuestas.

El presente estudio se registró en el Sistema de Gestión de investigaciones de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Posteriormente, se solicitó la aprobación del Comité Institucional de ética en investigación de la universidad, quien evaluó y aprobó el proyecto mediante una resolución N° 051-2025-USAT-FMED (**Ver en Anexo N°3**). Luego se llevó a cabo una prueba piloto con 02 padres de niños que sufrieron asfixia neonatal y que fueron atendidos en otro hospital público, los cuales no forman parte de la muestra.

Por otra parte, se solicitó permiso para la ejecución del proyecto al Hospital Las Mercedes de Chiclayo, para el acceso y la recolección de datos, se presentó una carta de presentación a la Unidad de Capacitación para ejecutar la recolección de datos (**Ver Anexo 4**); de la cual, se obtuvo autorización del director de dicho hospital (**Ver en Anexo N°5**). Posteriormente, para

la recolección de datos se recurrió al cuaderno de registros del servicio de neonatología del hospital, con el fin de identificar y seleccionar a los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Una vez obtenida dicha información, se estableció contacto con los padres, a quienes se les explicó detalladamente el propósito del estudio y se les preguntó si deseaban participar de manera voluntaria. Después de la obtención del consentimiento o asentimiento informado (**Ver Anexo N° 6 y 7**), se coordinó la fecha y hora para la realización de las entrevistas de manera presencial en los hogares de los participantes.

Luego de haber culminado con cada entrevista, se procedió a transcribirlas en formato Word, posteriormente se reenvió la entrevista transcrita a los participantes por correo electrónico, WhatsApp o mediante una entrega física en sobre sellado, según la opción que cada uno eligió, para su revisión y aprobación. La información obtenida se guardará en una base de datos por un periodo de 2 años asegurando su protección para posibles auditorías futuras.

En esta investigación se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico³⁸, la credibilidad, se obtuvo reconociendo los datos de estudio como reales y verdaderos, por los padres mediante las entrevistas. Así mismo, la recogida de datos, fueron brindados por previa aceptación del consentimiento informado por los participantes, aceptando su participación en la investigación, para ello se utilizó el grabador de voz como constancia de datos que brindarían los sujetos.

Transferibilidad o aplicabilidad, consistió en extender los resultados a otros contextos e investigaciones puesto que los resultados de la investigación se plasmaron de manera clara, el escenario donde se desarrolló y distintas apreciaciones por otros investigadores; permitió que el lector pueda realizar diversas comparaciones con diferentes hallazgos dados en distintos contextos, permitió al investigador realizar conclusiones.

De igual modo, la información obtenida fue sometida a un análisis de contenido temático, lo que facilitó la interpretación de los testimonios brindados por los padres de niños que sufrieron asfixia neonatal. Este proceso se desarrolló en tres fases: el preanálisis, la codificación y la categorización.

Primero se realizó el preanálisis, en esta etapa se revisó, transcribió y analizó las grabaciones, las entrevistas fueron examinadas minuciosamente hasta adentrarse en la información y poder interpretar los datos obtenidos en las entrevistas. Sumado a ello, se empleó la técnica de colores

con el propósito de organizar los hallazgos más relevantes en relación con el objetivo de estudio; posteriormente se efectuó la transformación del lenguaje “emic” al “etic” sin alterar el significado de los discursos.

Después, se realizó la codificación, que consistió en la lectura detallada de las transcripciones, buscando palabras, frases o conceptos que se repitiera a lo largo de la entrevista, por lo que se le colocó el mismo código y luego fueron agrupados. Posteriormente a ello, se organizaron los datos en categorías temáticas que reflejan las experiencias de los padres, permitiendo clasificar la información de acuerdo con los elementos más significativos para la investigación (**Ver Anexo N°8**).

Finalmente se realizó la categorización de los resultados, donde se analizaron las categorías y subcategorías que fueron obtenidas, estableciendo conexiones entre los temas identificados y el objeto de estudio. A través de este proceso, se buscó desglosar el significado de las experiencias de los padres, interpretando cómo enfrentaron la transición del cuidado hospitalario al hogar.

En la presente investigación se aplicaron los criterios éticos de Sgreccia³⁸, para asegurar el respeto y la protección de los participantes, por lo tanto, se consideró:

El valor fundamental de la vida se vio reflejado en el trato brindado a cada participante a lo largo de toda la investigación. Se respetó la integridad y dignidad de los participantes, lo cual se garantizó a través del consentimiento informado, asegurando que no sufran daño emocional, físico o mental. Además, se protegió la confidencialidad de su información mediante el uso de códigos que resguarden su identidad.

Sumado a ello, se respetó el principio de Libertad y responsabilidad, a cada participante se le ofreció una descripción detallada del estudio, explicando a cada padre que su participación es voluntaria, que tienen derecho a elegir con total libertad si desean formar parte de esta investigación mediante la firma del asentimiento o consentimiento informado del padre o tutor(a). Asimismo, los participantes tuvieron el deber de cumplir con los objetivos establecidos y la libertad de expresar su opinión sin ser influenciados por terceros.

Seguidamente, se garantizó el principio de sociabilidad y subsidiaridad, la investigadora fomentó una conexión sincera y empática con los participantes, generando un ambiente de confianza para que expresen sus opiniones con total veracidad. Así mismo, este proyecto busca servir de base para futuras investigaciones y así generar un impacto positivo en la práctica profesional de enfermería. Además, esta investigación se realizó respetando la autoría, que se hace evidente en el informe de similitud para demostrar la originalidad (**Ver en Anexo N°8**).

Resultados y discusión

Luego de procesar las entrevistas ejecutadas a los padres de niños que sufrieron asfixia neonatal y ahora se encuentran en el hogar, surgieron cuatro categorías, que a continuación se ilustran con las narrativas más significativa de los participantes.

CATEGORÍA 1: EMOCIONES PERCIBIDAS EN LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO HOSPITALARIO AL HOGAR

Esta categoría describe como los padres, durante la transición del cuidado hospitalario al hogar experimentan una mezcla de emociones intensas. Donde predominan el miedo y la ansiedad por asumir la responsabilidad del cuidado sin la supervisión constante del personal de la salud. Sin embargo, también emergen sentimientos de esperanza y alivio por tener a su hijo en su hogar. Estas emociones reflejan el impacto emocional que conlleva este proceso de adaptación.

1.1 Reacciones emocionales iniciales ante el cambio

La emoción es una reacción psicológica inmediata que se desencadena frente a un estímulo percibido como positivo o negativo. Esta reacción suele manifestarse de forma automática, involucrando distintos componentes; una respuesta fisiológica del organismo y una expresión conductual observable (como el llanto, la risa). Las emociones forman parte de un proceso adaptativo que permite al ser humano responder con rapidez ante situaciones del entorno, siendo fundamental para la supervivencia y el bienestar personal³⁹.

Las emociones fundamentales del ser humano son el miedo y la esperanza, la interacción entre estas dos da origen a la incertidumbre. Una vivencia compleja refleja múltiples posibilidades que pueden surgir entre estos dos polos emocionales. No es una sensación única

ni uniforme, ya que suele adoptar distintas formas según cuál de estas predomine. Cuando el miedo se impone y desplaza casi por completo a la esperanza, se genera una incertidumbre descendente. Por el contrario, cuando la esperanza domina y el miedo se atenúa, aparece como una incertidumbre ascendente, donde se percibe como un espacio abierto de oportunidades. La mayoría de las personas transita entre estos dos extremos, dependiendo de las condiciones en las que se encuentra, viviendo periodos en los que predomina el miedo, por el contrario, la esperanza⁴⁰. Tal como se evidencia en las entrevistas:

“...Al principio me sentía un poco angustiada, no sabía si iba a poder cuidar bien a mi bebé. Tenía muchas dudas sobre si sería capaz de cuidarlo...” (E001)

“...Sentí mucho miedo, porque me preocupaba que mi bebé pudiera convulsionar en casa o que no reciba los cuidados que le daban en el hospital. Me angustiaba pensar que algo podría salir mal y tenía que llevarlo de emergencia. Me sentía muy estresada por todo lo que había sucedido...” (E002)

“...El temor de cometer errores nos hacía dudar constantemente, todo era nuevo para nosotros, teníamos miedo de que algo saliera mal sin la supervisión de los médicos y enfermeras...” (E003)

Los participantes manifiestan sentimientos de miedo, culpa, incertidumbre, estrés y frustración. Estas emociones originaron principalmente por la transición de un entorno hospitalario controlado, hacia un espacio doméstico donde ellos asumían la responsabilidad total, muchas veces sin sentirse preparado. Por tal motivo, se recomienda la orientación del profesional de enfermería para proporcionar seguridad y confianza con su información brindada y así contrarrestar los sentimientos negativos durante el inicio de la transición.

Si no se regula esto puede ocasionar estrés parental, este se entiende como un malestar psicológico que surge frente a múltiples demandas asociadas con la crianza de los hijos. Aunque es una experiencia común entre la mayoría de los padres, en ciertos casos puede manifestarse de manera más intensa, generando sentimientos de frustración o negatividad, lo cual, puede influir negativamente en su entorno familiar⁴¹.

En relación con estos hallazgos, un estudio realizado por Hanach et al⁴², evidenció que las madres atraviesan por una amplia gama de emociones, que pueden ser negativas como la preocupación, tristeza, ansiedad, miedo y culpa, y emociones positivas como la alegría y entusiasmo. No obstante, las emociones angustiantes fueron las que más predominaron durante las primeras semanas.

Del mismo modo, Johansson et al⁴³, evidenció que muchas madres experimentaban la crianza como una carga personal, lo que se reflejaba en emociones como culpa, soledad, ansiedad, tristeza e ira. Esta sobrecarga emocional estaba acompañada de una fuerte sensación de responsabilidad frente a la familia y el hogar. Mientras que los padres relacionaban este malestar como estrés relacionado con exigencias externas (como trabajo y horarios), las madres lo vivenciaban desde exigencias internas asociadas al rol materno, el cuidado del hogar y las expectativas sociales.

La transición del niño del hospital al hogar desencadena en muchos padres una serie de emociones similares a la vividas durante el diagnóstico inicial. La sensación de pérdida es uno de los sentimientos más recurrentes, asociada a la ruptura de las relaciones de apoyo con los profesionales de la salud como el alejamiento de un entorno hospitalario que se percibía como seguro. La salida del hospital significó, para muchos, enfrentarse a una nueva realidad marcada por la incertidumbre, miedo y la carga de responsabilidad total del cuidado en casa. Esta etapa implicó una profunda readaptación emocional⁴⁴.

1.2 Ajuste emocional positivo y fortalecimiento del rol de cuidador

Los testimonios brindados por los padres revelan un proceso de adaptación progresiva, marcado por una transición del miedo y la inseguridad hacia la confianza, tranquilidad y satisfacción emocional. La adaptación es la habilidad del ser humano para ajustarse a transformaciones internas o externas, ya sea modificando su estructura, funciones o conductas, con el propósito de conservar el equilibrio interno y asegurar su bienestar. Este mecanismo resulta esencial para la supervivencia y se expresa en distintos niveles, fisiológico, psicológico o social⁴⁵.

Además, da inicio al afrontamiento, este es un proceso clave que involucra esfuerzos cognitivos y conductuales para enfrentar situaciones estresantes. Las estrategias de

afrontamiento son diversas e incluyen, desde la búsqueda de apoyo emocional por parte de la pareja, familia, amistades o grupos de apoyo, hasta la aceptación, la reevaluación positiva de la situación. La capacidad de reinterpretar positivamente la experiencia dolorosa y encontrarle sentido favorece no solo el bienestar psicológico materno, si no también puede fortalecer el vínculo entre madre e hijo y mejorar el desarrollo del neonato. En este proceso, el afrontamiento no solo actúa como un recurso de protección frente al estrés, sino también como un conector de resiliencia y adaptación emocional⁴⁶.

Al inicio, muchos se sintieron desorientados por la responsabilidad del cuidado, pero con el paso del tiempo lograron desarrollar habilidades y seguridad en sus capacidades, como se describen en los siguientes párrafos:

“...Poco a poco, esa angustia fue disminuyendo. Con el tiempo, me fui acostumbrando a sus horarios. Al inicio fue difícil, pero logré adaptarme poco a poco...” (E001)

“...Con el tiempo, fui encontrando maneras de cuidar a mi hijita con más seguridad, aunque al principio fue un gran reto. A pesar del cansancio y las preocupaciones, cada momento con mi hijita en casa, era hermoso, un verdadero regalo de Dios...” (E005)

“...A pesar de mi preocupación, sentí que poco a poco fui aprendiendo cómo debía cuidar a mi bebé y ganando confianza en mí misma...” (E002)

“...La repetición de cada procedimiento hizo que poco a poco aprendiéramos a manejar los cuidados con más seguridad y nos dimos cuenta de que si éramos capaces de hacerlo bien...” (E003)

Por ello, el profesional de enfermería debe acompañar al cuidador en el proceso de transición del hospital al hogar, brindando apoyo emocional que permita afrontar la ansiedad y la inseguridad propias de esta etapa. Al mismo tiempo, debe fortalecer su rol mediante la enseñanza clara y práctica de los cuidados necesarios, promoviendo confianza, seguridad y autonomía en la atención del neonato. Estas acciones facilitan un ajuste emocional más rápido, y con el tiempo y la práctica en el cuidado diario del neonato, muchos padres refuerzan su confianza y sentido de competencia.

De acuerdo con lo planteado Schuetz et al.⁴⁷ menciona que esto contribuye a una sólida construcción de su identidad como cuidadores responsables. El involucrarse de manera activa en las tareas cotidianas como la alimentación, el baño, entre otros, los padres incrementan su bienestar emocional y fortalecen el vínculo afectivo. Los padres comienzan a experimentar mayor autonomía en su rol de cuidador principal a lo largo del tiempo. Este empoderamiento se observa con mayor claridad cuando existen redes de apoyo familiar, comunitario o institucional, y se les proporciona información desde el alta hospitalaria⁴⁸.

No obstante, cuando no se brinda una orientación adecuada y no se logra una adaptación, puede aparecer el estrés parental. Tal como lo menciona Klein y McDonald⁴⁹, este estrés, aunque permanece elevado tras el egreso hospitalario, tiende a disminuir en el primer año después del alta. Este descenso es pronunciado en familias donde el bebé muestra avances saludables, lo que aumenta la percepción de competencia y reduce la ansiedad. De esta forma, el progreso infantil actúa como catalizador del ajuste emocional y la autoconfianza del cuidador. De igual forma Karsch et al.⁵⁰, en su investigación muestra que inmediatamente después del alta hospitalaria los padres tienen puntajes bajos en la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, se revela una mejora en los siguientes 6 a 12 meses, especialmente cuando el desarrollo del bebé progresa adecuadamente, evidenciando un ajuste en sus vidas.

CATEGORÍA 2: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO HOSPITALARIO AL HOGAR DEL NEONATO CON ASFIXIA

La preparación para el alta es un proceso propio de los entornos hospitalarios cuyo objetivo es lograr que tanto los pacientes como sus familias se sientan capacitados para regresar a casa y asuman las responsabilidades del cuidado domiciliario. Este proceso se vincula con las actividades educativas que fomentan la participación en el cuidado antes del egreso. Se trata de una labor interdisciplinaria, en la que el rol de enfermería y su capacidad de liderazgo son reconocidos como factores clave para lograr buenos resultados. En la unidad neonatal, esta preparación implica la adquisición de conocimientos técnicos, habilidades prácticas, desarrollo de confianza y seguridad emocional⁵⁰.

2.1. Facilitadores de la transición al cuidado domiciliario:

La planificación del alta es un proceso colaborativo entre el equipo de salud y la familia, cuyo objetivo es asegurar una transición efectiva del bebé desde la UCIN al hogar. Para ello, cada familia debe de participar de un programa estructurado, adaptado a sus necesidades y a las

condiciones del recién nacido. Aunque se entrega información general, esta debe ajustarse a cada caso particular. Para ello, es fundamental que el equipo de salud establezca criterios claros de egreso, asegurándose de que la familia comprenda toda la información brindada. Se recomienda que se transmita un mensaje claro y coherente, para evitar malentendidos ⁵¹.

Dentro de los facilitadores clave para una transición exitosa, destaca la preparación anticipada de los padres, la cual debe iniciarse desde el ingreso del neonato a la unidad de cuidados. Esta preparación temprana permite que los cuidadores se involucren progresivamente en el cuidado del bebé, ganando habilidades prácticas, seguridad emocional y confianza en sus propias capacidades. Este acompañamiento sistemático por parte del personal de salud, principalmente enfermería, contribuye a que el alta hospitalaria no sea percibida como abrupta o traumática, si no como un proceso progresivo y apoyado⁵².

Los padres de familia de este estudio manifiestan elementos clave en la experiencia, como el acompañamiento familiar y el aprendizaje a través de la observación del personal de salud. Tal como lo manifiestan:

“...Aunque hubo cosas que no entendí, conté con la ayuda de mi madre, quien me enseñaba lo que no sabía y me apoyaba cuidando a mi bebé...” (E002)

“...Estuve tres meses en el hospital y durante ese tiempo tuve oportunidad de practicar. Observaba mucho a las enfermeras y trataba de aprender cada detalle...” (E004)

“...Lo que más me ayudó fue haber podido observar a las enfermeras en el hospital. Ver cómo lo alimentaban y lo cuidaban me dio una idea más clara de lo que debía hacer cuando estuviera en casa...” (E005)

“...Lo bueno es que mi esposo es un hombre muy responsable, ambos compartíamos el cuidado del bebé y nos apoyábamos mutuamente...” (E011)

Varias madres destacan que no enfrentaron solas la transición al cuidado domiciliario, si no que contaron con el apoyo directo de familiares, como madres, hermanas o esposos, quienes les brindaron orientación. Además, la contención emocional y colaboración activa en el cuidado del neonato durante la hospitalización ayudó en este proceso. Por tal motivo, para que la

transición se realice sin complicaciones el tiempo de hospitalización debe ser aprovechado por las madres como un espacio de aprendizaje práctico, observando y replicando las acciones del personal de enfermería.

De acuerdo con ello, un estudio realizado por Fratantoni et al.⁵³, señalan que uno de los facilitadores es el inicio temprano del apoyo a los padres, ya que introducirlo antes del alta resulta efectivo, considerando el nivel de estrés y la carga de actividades que enfrentan en ese momento. Además, los autores destacan que una mayor personalización del apoyo, adoptado a las necesidades de cada familia, aumenta la efectividad. En conjunto, el apoyo emocional oportuno, un seguimiento estructurado y la participación anticipada de los cuidadores contribuyen a una transición segura, organizada y menos estresante.

Por otro lado, el estudio realizado por Novak y Vittner⁵⁴, menciona que más del 50% de los padres no se sienten completamente preparados para el alta, el 85% manifestó confianza en su capacidad para enfrentar desafíos en el cuidado del bebé, lo cual representa un facilitador en la transición al hogar. Asimismo, el estudio revela que el nivel educativo y el estado civil influyen en la participación de los padres, destacando que aquellos con mayor educación o que están casados son más propensos a realizar los cuidados, que favorecen el vínculo afectivo con su hijo y la seguridad parental.

Otro estudio menciona que la preparación para el alta debe iniciarse desde el momento del ingreso del bebé. Señala que, para lograr una preparación efectiva, es fundamental que las enfermeras con experiencia realicen una evaluación exhaustiva de las necesidades educativas de cada familia⁵⁵. Por ello, se propone como opción de mejora la implementación de sesiones educativas previas al alta o el uso de herramientas audiovisuales, como vídeos informativos, los cuales son útiles para fortalecer la confianza de los cuidadores y facilitar una transición más segura y efectiva al entorno domiciliario.

2.2. Barreras en la transición al cuidado domiciliario

Las familias con hijos hospitalizados en la UCIN suelen experimentar elevados niveles de estrés y ansiedad, dado que el ingreso de un recién nacido en estado crítico representa un fuerte impacto emocional para los padres. Muchas de estas familias manifiestan preocupaciones constantes por la salud de sus bebés, lo que en algunos casos se traduce en episodios de llanto e insomnio. Este malestar se intensifica al no poder estar con sus hijos, lo que limita la

participación en el cuidado. Si esta ansiedad persiste, puede reducir la presencia familiar durante la hospitalización, dificultando su involucramiento y afectando la preparación adecuada para el cuidado continuo tras el alta⁵⁶.

En cuanto a la experiencia en la transición del cuidado en el hogar se pudo evidenciar mediante los relatos de los padres que hay brechas que dificultan la transición, tal y como se ven en los siguientes párrafos:

“...Era mi primera experiencia como madre y todo me resultaba muy difícil...” (E001)

“...Las enfermeras trataron de explicarme cada procedimiento antes del alta, aunque hubo cosas que no entendí. También me costó conseguir las terapias que mi bebé necesitaba...” (E002)

“...Algunas enfermeras explicaban bien y resolvían dudas con paciencia, pero otras no. Cuando explicaban, más o menos entendía...” (E008)

“...Entendí algunas cosas y otras no, porque a veces me explicaban y luego me dejaban sola. Cuando quería preguntar de nuevo, me decían que me esperara, que estaban ocupadas...” (E010)

Aunque muchos recibieron orientación, diversos factores como la sobrecarga informativa, el nerviosismo y la escasa empatía del personal dificultaron la comprensión. Las primeras dificultades surgieron durante el cuidado cotidiano, generando inseguridad y temor, especialmente en tareas como el baño, la lactancia, la medicación. Además, en contextos familiares más complejos, las madres experimentaron una sobrecarga física y emocional, lo que incrementó su ansiedad y agotamiento.

La distancia física y emocional que se genera entre los padres y su bebé durante la hospitalización en la UCIN representa una dificultad importante en la transición al hogar. En el estudio, los padres manifestaron sentimientos de pérdida y tristeza por no haber compartido plenamente los primeros momentos con su recién nacido, así como el deseo de haber participado directamente en actividades cotidianas como alimentarlo o bañarlo. Esta falta de

participación en los cuidados diarios limitó su sentido de competencia como cuidadores y redujo las oportunidades de establecer un vínculo afectivo sólido con el bebé⁵⁷.

En otro estudio los padres mencionaron con frecuencia las dificultades que enfrentaron en cuanto a la comunicación, tanto por el momento que percibían la información, como por la forma en que esta les era entregada. Aunque las buenas prácticas promueven la inclusión activa de los padres como integrantes del equipo de cuidado, pocos relataron haber experimentado una verdadera colaboración con el personal de salud. En su mayoría, describieron la comunicación como unidireccional, donde se limitaba a recibir instrucciones sin participar activamente en un diálogo. Si bien esto podría no reflejar la totalidad de sus vivencias, sí evidencia que los relatos compartidos se han asociado con sentimientos de no pertenencia dentro del servicio de neonatología y con dudas respecto a su capacidad para asumir el cuidado del bebé en casa⁵⁸.

Por otro lado, Hebballi, Garcia et al⁵⁹, en su estudio menciona que la falta de coordinación y comunicación efectiva entre los equipos hospitalarios y los servicios comunitarios ha sido identificada como una barrera significativa en la transición del cuidado hospitalario al domicilio. Se evidenció que no existe un traspaso planificado entre los proveedores de atención primaria, lo que generó inseguridad en los padres respecto a la capacidad del nuevo equipo para atender adecuadamente las necesidades de su hijo. Además, algunos padres manifestaron sentirse excluidos del proceso del alta, lo que incrementó su confusión y la posibilidad de errores en el cuidado en casa.

Por ello se recomienda que el personal de enfermería debe implementar estrategias de comunicación efectiva y accesible con los cuidadores, utilizando un lenguaje claro, adaptado a su nivel de comprensión y reforzado con material educativo sencillo. Asimismo, es necesario fomentar la participación de los padres en el cuidado desde la hospitalización, de modo que adquieran confianza y seguridad antes del alta. Estas acciones contribuyen a disminuir las barreras en la transición, reducen la sensación de incertidumbre y favorecen una continuidad del cuidado más segura y efectiva en el hogar.

CATEGORÍA 3. CUIDADOS APRENDIDOS Y APLICADOS EN EL HOGAR

El cuidado se entiende como una condición esencial para la subsistencia de la humanidad, pues implica tanto la sustitución parcial de la autonomía de la persona como el apoyo para

fortalecer sus capacidades, conocimientos y voluntad, de modo que pueda satisfacer sus necesidades⁶⁰. Marriner en su investigación recalca que Watson, asocia el cuidado al amor, señalando que ambos constituyen una energía psíquica fundamental y universal que sostiene la esencia humana⁶¹.

Tanto el cuidado como el amor representa la base de la humanidad y otorga sentido a la existencia. Además, el cuidado es una necesidad multidimensional presente en todas las etapas de la vida, aunque en diferentes formas e intensidades. Se considera la necesidad más elemental y cotidiana que garantiza la continuidad de la vida, ya que al ser un conjunto de acciones y recursos destinados a asegurar que cada persona viva en el marco del respeto a los derechos humanos⁶¹.

Las entrevistas realizadas en este estudio se muestran que los cuidados aprendidos durante la hospitalización se convierten en una herramienta esencial para los padres al momento de retomar el cuidado en el hogar. A través de la educación brindada por el personal de salud, adquieren conocimientos sobre higiene, alimentación, administración de medicamentos, signos de alarma, entre otros. Estos saberes se traducen en prácticas cotidianas que buscan garantizar la estabilidad y recuperación del neonato.

3.1. Prácticas básicas de higiene y prevención

Los cuidados al recién nacido tras el alta hospitalaria son esenciales para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo, además ayuda a reducir la morbimortalidad en esta etapa de vida. La inmadurez del sistema inmunológico y el proceso de adaptación a la vida extrauterina hacen que los neonatos sean susceptibles a infecciones y complicaciones en su salud. Uno de los factores que influyen en las tasas de morbilidad y mortalidad son el desconocimiento que tienen las madres acerca de los cuidados básicos del recién nacido⁶².

El cuidado del cordón umbilical es de gran importancia, ya que constituye una posible vía de entrada para bacterias patógenas, lo que puede desencadenar infecciones graves como la sepsis neonatal. La falta de cicatrización completa, junto con prácticas antihigiénicas incrementa este riesgo. De igual manera, el baño el cual se debe realizar de manera segura, asegurando un ambiente cálido, con agua tibia y evitando la exposición prolongada al frío. Este procedimiento debe ser breve, utilizando productos suaves e hipoalergénicos para proteger la piel del recién nacido, debido a que es más delgada y susceptible a irritaciones e infecciones⁶³.

Por otro lado, la termorregulación representa un eje crucial en la atención neonatal, puesto que los neonatos no cuentan con mecanismos fisiológicos maduros para mantener estable la temperatura corporal. Tal como la expresan los padres en los siguientes relatos:

“...Me indicaron que debería usar un termómetro de forma constante para vigilar su temperatura y asegurarme de que no subiera. Además, nos recalcaron la importancia de la higiene, mencionaron que debíamos lavarnos bien las manos o usar alcohol antes de tocarlo y evitar que las personas con gripe o resfriado se acerquen a él...” (E002)

“... Nos dijeron que debíamos lavarnos las manos cada vez que tocáramos a nuestro bebé y que también era necesario desinfectar los equipos que usábamos para él...” (E003)

“...Las enfermeras nos explicaron sobre la importancia del baño diario a nuestro hijo y de la higiene del cordón umbilical...” (E006)

Los testimonios reflejan que las familias recibieron indicaciones sobre las prácticas básicas de higiene y prevención que debían seguir para el cuidado de sus recién nacidos al momento del alta hospitalaria. Entre los aspectos mencionados se encuentran la higiene de manos, la cual fue repetidamente señalada como una medida fundamental para evitar infecciones, especialmente antes de tocar al bebé. De igual forma se hace mención el lavado de manos, el baño diario, la limpieza del cordón umbilical y el control de la temperatura. La Organización mundial de la salud⁶⁴, señala que el lavado de manos constituye la medida más eficaz, sencilla y económica para prevenir infecciones y proteger la vida. Esta práctica es fundamental para el cuidado en hospitales y en el hogar, ya que interrumpe la transmisión de microorganismos.

En una encuesta realizada por Meza-Torres y Agüero-López⁶⁵, evidenció que el cuidado del recién nacido tras el alta hospitalaria exige conocimientos y preparación de los padres para asegurar una atención adecuada en el hogar. Los autores identificaron que la mayoría de las madres presentó un nivel de conocimiento medio (48,8%), seguido de un menor porcentaje con nivel alto (32,2%). No obstante, se observó un desconocimiento en relación con el control de temperatura normal del recién nacido (64,8%). Respecto al cuidado del cordón umbilical, más del 90% de las madres refirió conocer medidas de limpieza y la frecuencia adecuada, aunque persistía incertidumbre.

Uno de los cuidados que debe brindar la madre es la higiene, este constituye uno de los factores fundamentales para el confort de los neonatos, cuyo objetivo es conservar la salud y prevenir enfermedades, además de fortalecer el vínculo afectivo a través de la confianza y la seguridad que se transmite al neonato. El cuidado constante permite que los padres ganen experiencia y seguridad⁶⁶.

3.2. Alimentación y estimulación:

La lactancia materna constituye la forma más adecuada de alimentación para los recién nacidos, ya que brinda beneficios protectores. En el corto plazo, la lactancia materna reduce la incidencia de enfermedades y la mortalidad en los primeros años de vida. A largo plazo, se asocia con una menor prevalencia de casos de sobrepeso y obesidad en la infancia; en madres, actúa como estrategia preventiva frente a enfermedades como cáncer de mama, cáncer de ovario y diabetes tipo 2, entre otros efectos beneficiosos para la salud⁶⁷.

Una investigación refiere que el inicio de la lactancia materna exclusiva (LME) se produjo dentro de la primera hora después del nacimiento, con una duración promedio de 5.75 meses, lo cual evidencia que los problemas vinculados a su continuidad están estrechamente relacionados con las consideraciones sociales, principalmente el desconocimiento y el bajo nivel educativo⁶⁸.

En los testimonios recogidos en esta investigación, los padres señalaron que las enfermeras les recalcaron la importancia de la lactancia materna exclusiva. Esto se evidencia en las siguientes entrevistas:

“...Me dijeron que no debía darle ni agua, ni anís, ni ningún otro líquido que no sea leche materna. Además, cómo al principio no producía mucha leche, me explicaron cómo realizarme masajes en los pechos y mantener al bebé apegado para estimular la producción de leche...” (E002)

“...Para su alimentación por sonda, me mostraron cómo alimentarlo por sonda, me explicaron como llenar la jeringa y mantener limpia la sonda...” (E004)

“...En cuanto a la lactancia materna, me dijeron que debía darle todos los días leche materna para que se alimente bien, estuviera sana y no se enfermera...” (E010)

“...Me enseñaron que debía darle solo leche materna, hasta ahora lo sigo haciendo, no le doy fórmula ni otro alimento...” (E008)

Los relatos muestran que las madres recibieron orientación sobre la alimentación exclusiva con lactancia materna durante los primeros seis meses de vida. Así mismo, se brindaron recomendaciones específicas para situaciones particulares como la baja producción de leche materna, promoviendo el uso de masajes en los senos y el apego frecuente del bebé como estrategias para estimular la lactancia. En casos donde el recién nacido no podía succionar adecuadamente, se instruyó a las madres en el uso de sonda y jeringa para la alimentación.

En las entrevistas realizadas, las madres refirieron que las enfermeras les recalcaron constantemente la importancia de la lactancia materna exclusiva, destacando no solo su valor nutricional sino también su impacto en el desarrollo y bienestar de sus hijos. Estos aportes coinciden con lo señalado en investigaciones previas, donde se evidencia que la lactancia materna aporta múltiples beneficios: reduce en un 13% el riesgo de sobrepeso y obesidad, así como en un 35% la probabilidad de desarrollar diabetes, debido a los cambios epigenéticos que experimenta la leche a partir de los seis meses, adaptando su composición en calorías y grasas según las necesidades de bebé y la dieta de la madre. Asimismo, se ha demostrado que los niños amamantados logran un coeficiente intelectual mayor en promedio de 2,6 puntos, independiente del nivel cognitivo materno, gracias al contacto piel a piel que ayuda en la estimulación⁶⁹.

Por otro lado, se identificó casos de neonatos que requirieron continuar la alimentación por sonda al regresar a casa como consecuencia de las complicaciones derivadas de la asfixia neonatal. Esta situación resalta la necesidad de una atención especializada al momento del alta hospitalaria. La sonda orogástrica es un tubo delgado que se introduce por la boca hasta el estómago, con la finalidad de suministrar alimentos o medicamentos en recién nacidos que no pueden alimentarse por la vía oral. Se utiliza especialmente en neonatos con dificultades para deglutir y succionar, como aquellos con complicaciones de asfixia perinatal, prematuridad o con alteraciones neurológicas⁷⁰.

Sin embargo, hay estudios que mencionan que el uso prolongado de sondas puede generar dificultades durante la transición a la alimentación oral: reflejos nauseosos o problemas sensoriales que puede afectar la alimentación futura⁷¹. No obstante, existen protocolos como el “Passport Home Program”, que combinan la educación parental, los recursos educativos y el seguimiento ambulatorio para facilitar el alta segura y efectiva. Realza la necesidad de programas de alimentación enteral en casa, han demostrado ser viables y seguros en neonatos con patologías o pretérminos. Estos programas permiten que los bebés continúen aprendiendo a alimentarse por vía oral en un entorno más tranquilo, reduciendo el tiempo de estancia en el hospital y mejorando la experiencia familiar sin incrementar las visitas a emergencia⁷².

3.3. Continuidad de tratamiento e identificación de situaciones críticas

La transición del cuidado hospitalario al hogar exige que el cuidador adquiera conocimientos, habilidades y actitudes específicas para garantizar la seguridad del paciente. El manejo de medicamentos en casa se convierte en un proceso cargado de responsabilidad, donde la educación y el acompañamiento del personal de salud son fundamentales para disminuir errores y complicaciones. Debido a que el rol que ejercen como cuidadores no se limitan a suministrar el fármaco, si no que implica responsabilidades que abarcan la comprensión de las indicaciones médicas, la organización de los horarios, vigilancia de posibles efectos adversos y la toma de decisiones en situaciones críticas⁷³. Tal como lo expresan los participantes:

"...Me explicaron cómo debía administrarle sus medicamentos. Al principio debía darle 1 ml, luego la dosis se redujo a 0.5 ml y después a 0.3 ml. Recibió fenobarbital desde que era muy pequeño, y lo tomó durante tres meses. Para que pudiera tomarlo sin problema, lo mezclaba con la leche..." (E002)

"...En cuanto al tratamiento, me explicaron que debía administrarlo cada 8 horas. Me indicaron que debía mezclarlo con la leche. Yo me sacaba la leche, la colocaba en una jeringa, la mezclaba con el medicamento y se la daba..." (E008)

"...Nos explicaron también cómo identificar los signos de alarma, como cambios en su coloración o dificultad para respirar, para poder actuar rápidamente si era necesario..." (E003)

"...Me dijeron que debía estar atenta a cualquier cambio en su respiración o en su comportamiento, ya que cualquier alteración podría ser una señal de alarma..." (E005)

Entre los relatos brindados por los padres reflejan el proceso de competencias técnicas, permitiéndoles continuar con el tratamiento médico de sus hijos en el hogar tras el alta hospitalaria. La administración de medicamentos fue mencionada como una tarea frecuente que requería precisión en la dosificación y seguimiento estricto de los horarios, lo que evidencia la importancia de una capacitación adecuada del personal de salud hacia las madres. Asimismo, se menciona la identificación de signos de alarma que pudieran indicar un deterioro en la salud del recién nacido, como el cambio en la colocación de la piel, dificultad respiratoria y alteración en el comportamiento, aspectos fundamentales en bebés con antecedentes de asfixia, dada su vulnerabilidad a complicaciones.

Un artículo realizado por Muñoz-Livasa y Prieto Robles⁷⁴, advierten que es común que los pacientes experimenten confusión al tomar medicamentos en el hogar, ya que se asume erróneamente que conocen las formas correctas de administración. Subrayan que muchas personas deciden por su cuenta si deben tomar los medicamentos con agua, leche, jugo o en ayunas, lo que representa un riesgo significativo para los tratamientos prolongados. Por ello, enfatizan que el personal de salud, incluido las enfermeras, deben brindar información clara, enseñar los riesgos potenciales y explicar de manera sencilla el modo de administración de los medicamentos. Esto es esencial porque, al no recibir una orientación adecuada al momento de la prescripción, los pacientes buscan información en varias fuentes, como el internet, lo que puede fomentar errores o conductas inadecuadas en cuanto a la medicación en casa.

Otra investigación realizada por Esquivel y Parra⁷⁵, señalan que los pacientes con dependencia moderada a severa, realza la necesidad que el cuidador principal asuma un papel fundamental en el proceso de recuperación y continuidad del cuidado en el hogar. Sin embargo, destacan que la mayoría de los cuidadores familiares muestran competencias bajas o medias relacionado con el conocimiento de las necesidades del paciente, lo cual representa un riesgo frente a la calidad del cuidado brindado. Evidenciando, que existe una asociación entre la funcionalidad del paciente y el desempeño real del cuidador.

Esto refleja la necesidad de fortalecer la preparación de los cuidadores mediante programas educativos y de acompañamiento diseñadas por el personal de enfermería, con el fin de garantizar un cuidado integral, seguro y adoptado a las necesidades del paciente en su hogar.

CATEGORÍA 4: EXPRESANDO NECESIDADES NO CUBIERTAS EN SU TOTALIDAD

El profesional de enfermería cumple un papel fundamental en la educación para la salud en distintos niveles de atención y prevención. Su labor formativa se dirige no solo al paciente, si no también a la familia y a la comunidad, ya sea en el ámbito hospitalario, ambulatorio o comunitario. En este sentido, la educación sanitaria constituye un eje central en la práctica de enfermería, ya que fortalece la capacidad de autocuidado y promueve conductas saludables tanto para las personas atendidas como en entornos familiares⁷⁶.

La evaluación del conocimiento y la preparación de los cuidadores es esencial para garantizar un cuidado seguro y adaptado a las necesidades de la persona dependiente en el hogar. El empoderamiento del cuidador es un proceso complejo que requiere la colaboración entre enfermeras y cuidadores, donde la enfermera guía y orienta y los cuidadores asumen un rol activo en el cuidado. Este empoderamiento implica compromiso, adaptación y actitudes proactivas como la búsqueda de información, planificar y modificar el entorno. Por ello, los cuidadores necesitan intervenciones integrales, acompañamiento físico y emocional, así como también la supervisión de enfermería⁷⁷.

No obstante, los hallazgos de esta investigación evidenciaron que, durante la transición del cuidado hospitalario al hogar, los padres de neonatos con asfixia expresaron necesidades no cubiertas en su totalidad, lo cual impactó directamente en su bienestar y en la calidad del cuidado brindado a sus hijos.

4.1. Necesidad de apoyo educativo y seguimiento post alta

Las necesidades de los familiares deben ser valoradas de manera continua desde el inicio del tratamiento y atendidas oportunamente. Así mismo, se requiere brindar información anticipada sobre los servicios disponibles para el cuidado posterior durante todo el proceso de hospitalización, la etapa de rehabilitación y atención médica. En este sentido, la inclusión de

una historia social detallada en la carta de alta del paciente puede facilitar la transición de información entre los diferentes puntos de atención⁷⁸.

Los padres de este estudio manifestaron la necesidad de contar con mayor apoyo educativo y seguimiento después del alta, lo cual se refleja en los siguientes relatos:

"...Creo que las enfermeras deberían orientar más a las madres, sobre todo a las primerizas. Muchas veces sentimos miedo porque no sabemos cómo actuar o qué hacer en ciertas situaciones..." (E001)

"Creo que quizá nos hubiera servido tener hojas con toda la información, porque la mente es frágil y con tantas emociones se olvida fácilmente lo que nos explicaron..." (E003)

"...En general entendí las indicaciones porque pasé tres meses en el hospital. Aun así, cuando llegamos a casa surgieron dudas y hubiera querido tener a alguien a quien contactar cuando ya estaba en mi casa..." (E004)

"...Creo que sería bueno que hubiera un seguimiento después del alta; como mamás primerizas, tenemos muchas dudas que van surgiendo en casa y sería de gran ayuda contar con un apoyo adicional en esos primeros días..." (E005)

"...Me hubiese gustado contar con folletos, ayudas visuales o algún video sobre las recomendaciones que nos dieron. Eso habría facilitado mucho el aprendizaje y la práctica en casa..." (E007)

"Creo que deberían preparar más a las mamás primerizas para esto. A veces nos enfocamos solo en el parto..." (E009)

Los resultados recopilados muestran una insuficiencia percibida en la orientación brindada por el personal de salud al momento del alta hospitalaria. Además, los participantes manifiestan es la necesidad de materiales educativos complementarios, como hojas informativas, vídeos o ayudas visuales, que refuercen las explicaciones dadas en el hospital. Los testimonios revelan una preocupación común entre los padres, especialmente en aquellos que son primerizas, ellos

manifiestan que no hay continuidad del acompañamiento una vez que regresan al hogar. Aunque pueden sentirse relativamente preparadas al momento del alta, la realidad del cuidado en casa presenta nuevos desafíos que generan incertidumbre y ansiedad. Por tal motivo, expresan la necesidad de tener un recurso o persona a la que puedan dirigirse para resolver sus dudas en tiempo real.

En relación con ello, un estudio realizado por Tseng et al⁷⁹. Se evidenció que cuando se incorporan componentes como educación, el plan de egreso hospitalario se encuentran mejores resultados, resaltando la relevancia de diseñar planes de egreso ajustados a las necesidades específicas de cada paciente, destacando el rol de enfermería. De igual forma otro estudio realizado por Ronan, Brown y Marsh⁸⁰, muestran que los programas de capacitación estructurados antes del alta, que incluyen material visual, simulación de emergencias y prácticas supervisadas de cuidado en el hogar, aumentan el conocimiento y la seguridad de su hija, además los padres aumentan su satisfacción. Asimismo, las visitas domiciliarias de enfermería después del alta permiten identificar y resolver múltiples inquietudes, reducen las tasas de readmisión y resuelven errores.

Debido a esto, la presente investigación refuerza la idea que deben implementarse estrategias de seguimiento continuo, no solo para orientar a las familias en el cuidado del recién nacido, sino también para prevenir complicaciones, fortalecer capacidades parentales y garantizar una atención de enfermería más integral y centrada en la familia. Puesto que, bajo el impacto emocional del alta, muchas indicaciones pueden olvidarse fácilmente. De igual forma, se sugiere que la información debe ser clara, comprensible y accesible para que las madres puedan consultarla posteriormente.

4.2. Apoyo emocional al cuidador durante y después del alta

El rol de cuidador se va construyendo a lo largo de la vida a partir de experiencias cotidianas y aprendizajes previos. Con frecuencia, este aprendizaje ocurre cuando la observación, la iniciativa personal o incluso por ensayo y error. No obstante, es importante que el familiar reciba orientación, acompañamiento y formación, también se debe abordar las dimensiones emocionales, afectivas y físicas del propio cuidador. Las emociones representan un soporte fundamental para afrontar el nuevo rol, contribuye a disminuir la carga del cuidador⁸¹. Tal como lo expresan los participantes de esta investigación:

"...Me hubiera gustado que nos brindaran más apoyo emocional a las mamás que ya tenemos otros hijos. La carga es doble, y emocionalmente nos sentimos muy agobiadas..." (E006)

"...Creo que es muy importante recibir apoyo emocional, especialmente cuando se pasa por una hospitalización temprana del bebé. Una espera salir del hospital con el hijo en brazos, pero cuando eso no ocurre, el impacto emocional es fuerte. Me hubiese gustado recibir más palabras de aliento, tanto durante como después del alta, para no sentir tanta carga ni tanto peso encima..." (E007)

"...Sería bueno que el personal encargado tenga la paciencia necesaria con los padres para mejorar la confianza en cuidar a nuestros bebés..." (E012)

Los relatos de estos padres realzan la necesidad de un acompañamiento más sólido por parte del personal de salud, tanto durante la hospitalización como después del alta del recién nacido. La experiencia de tener un bebé hospitalizado genera un nivel alto de angustia, ansiedad y frustración, especialmente cuando no se cumplen con una salida inmediata del hospital.

Un estudio realizado por Smith y Rahman⁸², mencionan que quienes acompañan al paciente y desempeñan roles decisivos o pasan por situaciones de estrés emocional pueden padecer trastornos como ansiedad, depresión e insomnio. Los autores subrayan que el acompañamiento emocional debe iniciarse de manera temprana y mantenerse después del alta hospitalaria. Además, recomiendan intervenciones psicológicas y consejería, que permitan que los participantes expresen sus emociones y desarrollar formas de afrontamiento saludable. Otro estudio evidencia que si no se cuida bien el aspecto emocional de los pacientes o familiares pueden desarrollar el síndrome post. Cuidados, este no solo compromete la salud física, cognitiva y emocional. Por lo que el estudio resalta la importancia de implementar acciones preventivas desde la hospitalización, planificar un seguimiento continuo después del alta y de involucrar al equipo de enfermería como actor clave en el regreso a casa después del alta⁸³.

Este estudio promueve el acompañamiento emocional continuo, que inicie desde la estancia hospitalaria y se debe prolongar después del alta. Debido a que, el acompañamiento emocional ayuda a prevenir complicaciones psicológicas para potenciar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la recuperación integral del paciente.

Conclusiones

Los padres de niños que sufrieron asfixia al nacer experimentaron una fuerte carga emocional durante la transición del hospital al hogar, predominando el miedo, incertidumbre y angustia durante el inicio de la transición al hogar. Posteriormente los padres se adaptaron al rol de cuidadores, surgiendo confianza y compromiso en el cuidado. En este proceso, la orientación brindada por el profesional de enfermería fue el principal soporte para el aprendizaje, permitiendo la adquisición de conocimientos y de habilidades. Además, se potencia gracias a los facilitadores que complementan estas experiencias, como las explicaciones brindadas por el profesional de enfermería, el apoyo de la familia cercana y la posibilidad de practicar algunos cuidados durante la estancia hospitalaria. En conjunto, estos elementos actuaron de manera articulada, fortaleciendo la confianza de los padres y otorgándoles seguridad en el cuidado domiciliario.

No obstante, se identificó barreras en la transición, tales como la falta de información clara, la ausencia de acompañamiento post alta y la insuficiencia de recursos materiales y emocionales, factores que generaron inseguridad en los padres, aumentando sentimientos de culpa y ansiedad. Asimismo, se evidenciaron necesidades no cubiertas, entre ellas la entrega de material educativo que refuerce lo aprendido en el hospital, el seguimiento tras el alta y el apoyo psicológico para afrontar la carga emocional.

Estos hallazgos ponen en evidencia la importancia de fortalecer los conocimientos y habilidades para una adecuada transición del hospital al hogar, mediante un enfoque integral, que asegure la capacitación técnica, acompañamiento emocional, para favorecer la continuidad y la calidad del cuidado del neonato asfixiado.

Recomendaciones

A los padres se recomienda tener disposición para aprender del profesional de salud y así puedan brindar los cuidados necesarios a su niño evitando complicaciones que pueden ser negativos para el crecimiento y desarrollo de su hijo.

Al personal de salud: Cumplir correctamente su rol de educador. Y hagan una profunda reflexión sobre sus actitudes al ofrecer sus servicios a este grupo vulnerable, de tal forma que faciliten la transición al cuidado domiciliario; informando a todos los padres los cuidados necesarios a realizar después del alta hospitalaria.

El personal de enfermería debe adquirir competencias en comunicación, clara, empática y continua, que le permitan brindar una educación estructurada y personalizada a los padres. Crear espacios de práctica supervisada para que los padres puedan demostrar lo aprendido, resolver dudas y de esta manera lograr desarrollar confianza y destreza. Del mismo modo, estos conocimientos deben ser reforzados con materiales escritos, como folletos que respalden lo aprendido en el hospital.

Se recomiendan mecanismo de seguimiento por parte de enfermería en los distintos niveles de atención ya sea mediante visitas domiciliarias, llamadas telefónicas o telemonitoreo para reforzar conocimientos, resolver dudas y prevenir complicaciones

A los directivos de la institución se le recomienda la elaboración de guías y protocolos institucionales que estandaricen el proceso de transición, contemplando tanto el aspecto clínico, el educativo y el emocional.

Referencias

1. Sanchez L. Protocolos de la sociedad Española de neonatología. España: Grupo Pacifico; 2023. Disponible en: <https://www.seneo.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneo-2023>
2. Cansino. Asfixia perinatal. Revista Médica MD. 2009; 1(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2009/md094b.pdf>
3. Vasquez B, Puetate J, Garcia C, Garcia J. Consecuencias de la asfixia perinatal en fetos o recién nacidos. Recimundo. 2021; 4(1):315 - 322. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).dic.2021.315-322](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).dic.2021.315-322)
4. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Asfixia Perinatal y Encefalopatía Hipóxico-Isquémica. 2018. [Consultado el 09 de agosto del 2024]: Disponible en: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/DOM-MN-48-01-GUIDELINE-2018-esp-Protocolo-Asfixia-Perinatal-y-Encefalopat%C3%ADa-Hip%C3%B3xico-Isqu%C3%A9mica.pdf>
5. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú. 2021. [Consultado 09 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/36704-30-de-las-muertes-neonatales-se-producen-por-asfixia>.
6. Gerencia Regional de Salud de Lambayeque. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 2022 [consultado 09 ago 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4164360/Bolet%C3%ADn%20Epidemiol%C3%B3gico%20Regi%C3%B3n%20Lambayeque%20SE%2001%20-%202052-2022%20%20FINAL_compressed.pdf.pdf.
7. Adama E, Adua E, Bayes S, Mörelius E. Necesidades de apoyo de los padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales: una revisión integradora. Journal of clinical nursing. 2022; 31(5-6): 532 - 547. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
8. Chandrasekaran S, John H, Ross B, Arumugam A, Balan I. y Samuel R. Dividido entre dos mundos: experiencias de los padres en el seguimiento neonatal de bebés con encefalopatía hipóxico-isquémica en la India: un estudio cualitativo que utiliza un análisis fenomenológico interpretativo. BMJ Open. 2022; 12 (11). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063732>
9. Linnet A. Experiencias de madres con niños con parálisis cerebral infantil que acuden al control de crecimiento y desarrollo [tesis de especialidad en internet]. Chiclayo:

- Unprgedupe; 2018 [consultado 24 ago 2024]. 74p. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/7935>
10. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Consultado el 24 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio>.
 11. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. 2024. [Consultado el 24 de agosto del 2024]: Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6414069/5617451-resolucion-ministerial-n-372-2024-minsa.pdf>
 12. Smith V, Steelfisher G, Salhi C, Shen L. Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012; 26(4): 343 - 52. DOI: <https://doi.org/10.1097/jpn.0b013e318270ffe5>
 13. Cevallos A, Echeverría P, Loaiza L. Actuación de enfermería en la asfisia neonatal. *Dialnet*. 2023; 8(1): 447- 465. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9292131>
 14. Brown A, Tornberg B, Kristensson I. Experiencia vivida por los padres en la evaluación temprana del riesgo de parálisis cerebral en sus hijos pequeños mediante una aplicación móvil tras el alta hospitalaria en el periodo neonatal. *Ann Med*. 2024; 56 (1): 2309606. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2024.2309606>
 15. Chandrasekaran S, John H, Ross B, Arumugam A, Balan I, Samuel R. Divididos entre dos mundos: experiencias de los padres sobre el seguimiento neonatal de bebés con encefalopatía hipóxico-isquémica en la India: un estudio cualitativo mediante análisis fenomenológico interpretativo. *BMJ Open*. 2022; 12(11): e063732. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063732>
 16. Hervé M, Zucatti P, Silva M. Transición del cuidado al momento del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos: una revisión sistemática exploratoria. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020; 28:3325. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>
 17. Rodríguez A. Efectividad de los programas de Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal para el seguimiento de los prematuros egresados de Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales [tesis de maestría]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2020 [Consultado el 24 de septiembre de 2024]. 122p. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/82473>
 18. Bocanegra M. Alteración del estado emocional en madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. [tesis de segunda

- especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021 [Consultado el 24 de septiembre de 2024]. 54p. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/10164>
19. Cisneros M. Cuidado de enfermería en la transición de ser padres de un prematuro: desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria [tesis de maestría]. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2022. [Consultado el 24 de septiembre de 2024]. 113p. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/4522>
 20. Diccionario de la Real Academia Española. 2014 [Consultado el 24 de septiembre de 2024]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HleIZIn>
 21. Amengual G. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Scielo. 2007: 1 (15). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28811907001>
 22. Wojtyla K, Burgos J, Mora M. Iglesia Católica Papa. Persona y acción. 2017. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-persona-yaccion-3aa-ed/9788490614976/5341376>
 23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF destaca la importancia del padre en la crianza de niños y niñas. 2021. [Consultado el 24 de septiembre de 2024] Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/comunicados-prensa/unicef-destaca-importancia-del-padre-en-la-crianza-de-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as#:~:text=Los%20padres%20son%20los%20principales,para%20un%20desarrollo%20cerebral%20saludable>
 24. Organización Panamericana de Salud. La familia y la salud. 2003 [Consultado el 24 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7482>
 25. Alvarado A. La ética del cuidado. Aquichan. 2004; 4 (1): 30 – 9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005
 26. Cerrata M. Cuidar mejor, trabajo y asuntos sociales cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares. Volumen 1. Cuidarse y cuidar mejor. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/419_1mayores_y_uda.pdf
 27. Diccionario de cáncer del NCI. Cancer.gov. 2011 [Consultado el 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cuidado-de-transicion>

28. Alvarado A. La ética del cuidado. Aquichan. 2004; 4(1): 30 – 9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972004000100005&script=sci_arttext
29. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier Health Sciences; 2023. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=ekqGEAAAQBAJ&lpg=PA306&ots=8aOmZMzwCU&dq=TEORIA%20DE%20LAS%20TRANSICIONES%20DE%20MELEIS&lr&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
30. Micolta A. Apuntes históricos de la paternidad y la maternidad. Educa.co. 2008. Disponible en: <https://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/download/1179/1298/2217#:~:text=Maternidad%20y%20paternidad%20son%20t%C3%A9rminos,y%20socializaci%C3%B3n%20de%20los%20hijos>
31. Ansari T, Wade P, Singh V, Malik S. Experiencias de estrés materno en admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Gaz Egypt Paediatr Assoc. 2022; 70 (1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s43054-022-00138-7>
32. American Academy of Pediatrics. Comité sobre el feto y el recién nacido de la Academia Estadounidense de Pediatría. Alta hospitalaria del neonato de alto riesgo. Pediatrics. 2008; 122 (5): 1119 – 1126. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-2174>
33. Cuesta B. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm. 2007; 25 (1): 106 – 112. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072007000100012&script=sci_arttext
34. Báez F, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009; 9 (2): 127 – 134. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142002>
35. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación científica. 6va ed. México: Mc Graw Hill- Interamericana;2015.
36. Katayama R. Introducción a la investigación cualitativa: fundamentos, métodos, estrategias y técnicas. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Fondo Editorial, 2014.
37. Berenguera A, Fernández M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014. 224p.

38. Sgreccia E. Bioética personalista. Modelo personalista antológica. 2da Edición. Madrid: Editorial Albijes S.L., 2009. 253-256p
39. Yancovic B. Emociones, sentimientos, afecto. El desarrollo emocional. [documento en línea]. Setiembre 2011. [consultado el 24 de julio del 2025]. Disponible en: http://www.educativo.utralca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo_emocion.pdf.
40. Boaventura S. Incertidumbre, entre el miedo y la esperanza. En: Trotta N, Gentili P. La democracia en la encrucijada. Argentina: Editorial Octubre; 2016 [citado el 4 de agosto de 2025]. 161p. Disponible en: https://baes.uc.pt/bitstream/10316/44215/1/La%20incertidumbre_entre%20el%20miedo%20y%20la%20esperanza.pdf
41. Johansson M, Benderix Y, Svensson I. Experiencias vividas de madres y padres sobre depresión posparto y estrés parental tras el parto: un estudio cualitativo. Int J Qual Stud Health Well-being [Internet]. 2020;15(1):1722564. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
42. Hanach N, Radwan H, Bani Issa W, Saqan R, de Vries N. Las experiencias y necesidades percibidas en materia de salud mental de las madres posparto que viven en los Emiratos Árabes Unidos: un estudio de grupo focal. Midwifery [Internet]. 2024;132:103977. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613824000615?via%3Dihub>
43. Widarsson M, Engström G, Rosenblad A, Kerstis B, Edlund B, Lundberg P. Estrés parental en la paternidad temprana entre madres y padres en Suecia. Scand J Caring Sci [Internet]. 2013;27(4):839–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01088.x>
44. Ronan S, Brown M, Marsh L. Experiencias de los padres en la transición del hospital al hogar de un niño con necesidades de salud complejas: Una revisión sistemática de la literatura. J Clin Nurs [Internet]. 2020;29(17–18):3222–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15396>
45. Clínica Universidad de Navarra. Adaptación: qué es y definición médica [Internet]. Navarra [2025, citado el 5 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/adaptacion>
46. Vista de Evolución del estrés materno y las estrategias de afrontamiento Durante la internación de un hijo prematuro en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN)

- [Internet]. Edu.ar. [citado el 5 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://e-revistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/6589/7602>
47. Schuetz Haemmerli N, Stoffel L, Schmitt KU, Humpl T, Nelle M, Stalder O, et al. Evaluación de un modelo de atención transicional tras un parto prematuro en la salud mental y la autoeficacia de los padres: Un ensayo piloto controlado aleatorizado. *Children (Basel)* [Internet]. 2024;11(10):1260. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/children11101260>
 48. Spence CM, Stuyvenberg CL, Kane AE, Burnsed J, Dusing SC. Experiencias de los padres en la UCIN y transición al hogar. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(11). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20116050>
 49. Klein CC, McDonald NM. Estrés parental tras una hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales: Un estudio longitudinal de madres y padres. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2024;21(8):970. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph21080970>
 50. Osorio Galeano SP, Salazar Maya ÁM. Preparación de los padres para el alta de la unidad neonatal, la transición y el cuidado de sus hijos prematuros en el hogar. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2023;41(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e04>
 51. Smith VC, Love K, Goyer E. Preparación para el alta de la UCIN y planificación de la transición: directrices y recomendaciones. *J Perinatol* [Internet]. 2022;42(Supl. 1):7–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>
 52. Aloysius A, Kharusi M, Winter R, Platonos K, Banerjee J, Deierl A. Apoyo a las familias tras el alta de la UCIN. *J Neonatal Nurs* [Internet]. 2018;24(1):55–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013>
 53. Fratantoni K, Soghier L, Kritikos K, Jacangelo J, Herrera N, Tuchman L, et al. Brindar apoyo a los padres: un ensayo aleatorio de apoyo de pares para los padres después del alta de la UCIN. *JPerinatol* [Internet]. 2022;42(6):730–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41372-022-01341-5>
 54. Novak JL, Vittner D. Participación de los padres en la UCIN. *J Enfermeras Neonatales* [Internet]. 2021;27(4):257–62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1355184120301848>
 55. Schlittenhart JM, Smart D, Miller K, Severtson B. Preparación de los padres para el alta de la UCIN: una herramienta didáctica basada en la evidencia. *Enfermería de la Mujer*

- [Internet]. 2011;15(6):484–94. Disponible en: [https://www.nwhjournal.org/article/S1751-4851\(15\)30626-7/abstract](https://www.nwhjournal.org/article/S1751-4851(15)30626-7/abstract)
56. Abukari AS, Schmollgruber S. Barreras percibidas en la atención centrada en la familia en unidades de cuidados intensivos neonatales: Un estudio cualitativo. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2024;29(5):905–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.13031>
57. Spence CM, Stuyvenberg CL, Kane AE, Burnsed J, Dusing SC. Experiencias de los padres en la UCIN y la transición al hogar. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(11). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20116050>
58. Franck LS, Kriz RM, Bisgaard R., Gay CL, Sossaman S., Sossaman J., Cormier DM, Joe P., Sasinski JK, Kim JH. Preparación de los padres para el alta de su bebé prematuro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *J. Perinat. Neonatal Nurs.* 2023;37:68–76. doi: 10.1097/JPN.0000000000000612
59. Hebballi NB, Kerl CG, Garcia EI, Ottosen MJ, Kelly KC, Bartz-Kurycki MA, et al. Barreras para la transición del hogar a la unidad de cuidados intensivos neonatales: perspectivas cualitativas de padres y proveedores de atención médica. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet]. 2021;35(4):340–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0000000000000570>
60. Alba M, Bellido J, Cárdenas V; López A. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. *Rev. Cienc y ciudad.* [Internet]. May 2015 [consultado 10 de agosto del 2025]. 3(3). Disponible en: <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
61. Marriner A. Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería.* 6 ta ed. Barcelona: Harcourt, 2001. 306p
62. Ayete-Nyampong J, Udofia EA. Evaluación de los conocimientos y la calidad de las prácticas esenciales de atención neonatal en el municipio de La Dade Kotopon, Ghana. *PLoS One.* 2020 Aug 25;15(8): e0237820. Doi: 10.1371/journal.pone.0237820
63. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L; Equipo directivo de supervivencia neonatal de Lancet. Intervenciones basadas en la evidencia y rentables: ¿a cuántos recién nacidos podemos salvar? *Lancet.* 2005 Mar 12-18;365(9463):977-88. Doi: 10.1016/S0140-6736(05)71088-6
64. OMS. La higiene de manos salva vidas [Internet]. Paho.org: 17 Nov 2021 [citado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>
65. Meza-Torres GE, Agüero-López NS. Conocimientos de puérperas del servicio de alojamiento conjunto de un hospital de alta complejidad sobre los cuidados del recién

- nacido en el hogar[Internet]. Rev. cient. cienc. salud 2021; 3(2):60-68 DOI: <https://doi.org/10.53732/rccsalud/03.02.2021.60>
66. Céspedes Omonte B, Loarte Huaynate PL. Conocimiento sobre los cuidados del recién nacido en el distrito de Pillco Marca, Huánuco, Perú. Rev Hisp Cienc Salud [Internet]. 2024;10(2):69–77. DOI: <http://dx.doi.org/10.56239/rhcs.2024.102.762>
67. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Pasquel M, Lozada-Tequeanes AL, Ramírez-Silva CI, et al. Lactancia materna. 2024 08 22. Salud Publica Mex [Internet]. 2024;66(4, jul-ago):500–10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2024/sal244q.pdf>
68. Oblitas Gonzales A, Herrera Ortiz JU, Flores Cruz YL. Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: una revisión sistemática. Revista Vive [Internet]. 2022 [citado el 23 de agosto de 2025];5(15):874–88. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2664-32432022000300874&script=sci_arttext
69. Meza-Salcedo, Rocío, and Alan Pérez-Valverde. "Beneficios de la lactancia materna [Internet]. Odontología sanmarquina, vol. 24, no. 3, July-Sept. 2021, pp. 311+. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA668006552&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=15609111&p=IFME&sw=w&userGroupName=anon%7Edc669bae&aty=open-web-entry>
70. Coster K, Lane S. Pautas de enfermería: inserción y manejo de sondas nasogástricas y orogástricas [Internet]. Org.au. [agosto de 2024; citado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.rch.org.au/rhcpg/hospital_clinical_guideline_index/Nasogastric_and_Orogastric_Tube_Insertion_and_Management/
71. Romero K, Sumba V, Mesa I. Nutrición enteral en neonatos. Religacion [Internet]. 2024;9(41):e2401240. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46652/rgn.v9i41.1240>
72. Lyman B. Guía sobre alimentación por sonda para padres y cuidadores [Internet]. Neocate.com: Nutricia North America; 2019 [citado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en; https://www.neocate.com/wp-content/uploads/2019/07/NeocateTubeFeedingParentGuide-Spanish.pdf?srsIid=AfmBOookMsNdyf-SrE2sGaKZqVMeAE287um_Nd7so1gZz1PXWcvvwjpu

73. Carreño-Moreno S, Rojas-Marin Z, Vargas-Escobar L, Rojas-Reyes J, Montenegro-Ramírez JD, Chaparro-Diaz L. Adopting the family caregiver role in the use of medicines: An integrative review. *Duazary* [Internet]. 2022 [citado el 23 de agosto de 2025];19(4):328–39. Disponible en: https://www.academia.edu/116937880/Adopci%C3%B3n_del_rol_del_cuidador_familiar_en_uso_de_medicamentos_revisi%C3%B3n_integrativa
74. Muñoz-Livas JF, Prieto-Robles NE. Educación para el Cuidado de la Salud: Uso de Medicamentos en Casa. 2016 [citado el 23 de agosto de 2025];3:61–6. Disponible en: https://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol3num7/A6_Educacion_Salud.pdf
75. Esquivel Garzón N, Parra DI. Asociación entre competencia del cuidador familiar y dependencia en pacientes que egresan de Unidad de Cuidado Intensivo. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2025;36(2):500540. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2025.500540>
76. Soto P. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Rev Med Clin* [Internet]. Mar 2018 [citado el 23 de agosto de 2025]. 29(3): 288-300. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdfS0716864018300543>
77. Op 't Hoog SAJJ, Dautzenberg M, Eskes AM, Vermeulen H, Vloet LCM. Las experiencias y necesidades de los familiares de pacientes de la unidad de cuidados intensivos durante la transición de la unidad de cuidados intensivos a una sala general: un estudio cualitativo. *Aust Crit Care* [Internet]. 2020;33(6):526–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.004>
78. Deffner T, Hierundar A, Waydhas C, Riessen R, Münch U. Familiares tras una estancia en la unidad de cuidados intensivos: una brecha asistencial que hay que cerrar. *Med Klin Intensivmed Notfmed* [Internet]. 2024;119(4):285–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00063-024-01130-2>
79. Tseng MY, Yang CT, Liang J, Huang HL, Kuo LM, Wu CC, Shyu YI. Un modelo de atención familiar para personas mayores con fractura de cadera y deterioro cognitivo: un ensayo controlado aleatorio. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2021 :120, 103995. <https://doi.org/10.1016/Zj.ijnurstu.2021.103995>
80. Ronan S, Brown M, Marsh L. Experiencias de los padres sobre la transición del hospital al hogar de un niño con necesidades sanitarias complejas: una revisión sistemática de la literatura. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020;29(17–18):3222–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15396>

81. Smith S, Rahman O. Postintensive care syndrome. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
82. do Céu Diogo Nunes M, Gonçalves M. El juicio clínico de las enfermeras sobre el empoderamiento del cuidador. Index de enfermería digital [Internet]. 2022 [citado el 23 de agosto de 2025];31(3):175–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300008
83. Henao Castaño ÁM, Villamil Buitrago AV, Marín Ramírez S, Cogollo Hernandez CA. Características del síndrome post cuidado intensivo: revisión de alcance. Investig Enferm Imagen Desarro [Internet]. 2021 [citado el 23 de agosto de 2025];23. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/32474>

Anexos**ANEXO N°1****GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA****EXPERIENCIAS DE LOS PADRES EN LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO HOSPITALARIO AL HOGAR DEL NEONATO ASFIXIADO, CHICLAYO 2025****I- Presentación:**

Mi nombre es Lorena Estefany Chapoñan Llauce, estudiante de la carrera de enfermería de la universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo, identificada con DNI: 72965262. Estoy realizando una investigación que tiene como propósito describir, analizar y comprender las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025. Por este motivo, solicito su autorización para llevar a cabo esta entrevista de manera presencial con fines de investigación, en el cual su participación será de gran valor. También quisiera destacar que sus datos serán resguardados y se asignará un código. Agradezco de antemano su colaboración y honestidad al responder.

II- DATOS BÁSICOS:

- Código:
- Edad:
- Estado civil:
- Nivel Educativo:
- Religión:
- ¿Con quién vives?

III- DATOS ESPECÍFICOS:**Preguntas:**

1. Nos podría explicar ¿Qué experiencias tuvo usted que enfrentar al llevar a su bebé a casa después de la hospitalización?
2. ¿Qué cuidados le enseñaron para que Ud. los tenga en cuenta al llegar a casa con su niño?

3. Las instrucciones que le dieron sobre cómo cuidar a su bebé en casa, ¿fueron fáciles entenderlas? ¿Por qué?
4. ¿Qué actividades o cuidados le resultaron más difíciles de realizarle a su niño?
5. ¿Cómo se sintió usted al cuidar a su hijo?
6. ¿Le gustaría agregar algo más sobre tu experiencia que no hayamos tocado en esta entrevista?

ANEXO N° 2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: GUERRERO QUIROZ ELIZABETH SOLEDAD

Cargo de la Institución donde labora: DOCENTE

Años de servicio: 15 AÑOS

Estudios de postgrado: DOCTORADO

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

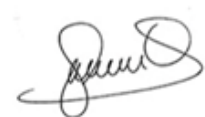
CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

La pregunta 1 no es compatible con el título de su investigación.
La pregunta 4 sería la 1
Ordenar preguntas.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 28 _de Octubre del 2024.



Firma del revisor

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: María Caridad Arriola Arizaga

Cargo de la Institución donde labora: Enfermera asistencial ESDNT Minsa

Años de servicio: 35

Estudios de postgrado: Maestría

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

<p><u>Aceptado</u>, sugiero mejorar la redacción de la pregunta 2 , las cuales deben enumerarse, asimismo considerar como parte de la experiencia preguntar sobre la calidad de la educación impartida por el personal medico y de enfermería , ya que de la comprensión de este depende los cuidados que se brindaran en casa al bebe.</p>

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 3 _de_ _Noviembre_ _____ del 2024 ____.

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Mirtha Flor Cervera Vallejos

Cargo de la Institución donde labora: Docente de Enfermería USAT

Años de servicio: 24 años

Estudios de postgrado: Doctorado en Ciencias de Enfermería

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS

4. Direccionar preguntas y ver si pregunta 4 se queda ya que el resto hacen referencia a esta

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 29 de octubre de 2024



Dra. Mirtha Flor Cervera V.

ANEXOS N° 03

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 051-2025-USAT-FMED
Chiclayo, 10 de febrero de 2025

Vista la solicitud virtual N° TRL-2025-2575 en virtud de la aprobación con fecha 07 de febrero de 2025 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante CHAPOÑAN LLAUCE LORENA ESTEFANY, de la Escuela de Enfermería. Asesor: Mgtr. Adela Rosanna Núñez Odar.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **EXPERIENCIAS DE LOS PADRES EN LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO HOSPITALARIO AL HOGAR DEL NEONATO ASFIXIADO, CHICLAYO 2025**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA
FACULTAD DE MEDICINA



FACULTAD DE MEDICINA

Mtro. Sorey Garlet Gayoso Dianderas
Secretaría Académica
Facultad de Medicina

Mtro. Luis Enrique Jara Romero
Decano (e)
Facultad de Medicina

ANEXO N°4
CARTA DE PRESENTACIÓN DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL HOSPITAL



Chiclayo, 19 de febrero de 2025

Carta N° 051-2025-USAT-EENF

Dr.
Dr. Saúl David Milian Correa
Director Hospital Docente Las Mercedes
Chiclayo

Asunto: Presentación para la ejecución de Proyecto de Investigación.
Atención: Oficina de capacitación

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo a nombre de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, y de la Escuela de Enfermería, a la vez presentarle a la señorita Lorena Estefany Chapañan Liauce, identificada con DNI 72965262, quien solicita autorización de ejecutar dicho Proyecto de Investigación, para proceder a la recolección de datos necesarios para el desarrollo del Proyecto de Tesis titulada: **EXPERIENCIAS DE LOS PADRES EN LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO HOSPITALARIO AL HOGAR DEL NEONATO ASFICIADO, CHICLAYO 2025**

Nombre del Asesor de Tesis: Mgtr. Adela Rosanna Nuñez Odar
Resolución N° 051-2025-USAT-FMED

Agradeciendo le brinde las facilidades al acceso a las entrevistas que realizará la estudiante, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente

Dra. Milán Elena Saavedra Covarrubia
Directora Escuela de Enfermería USAT
DE ENFERMERIA

Av. San Josemaría Escrivá N°855. Chiclayo-Perú
(074) 60 62 00 www.usat.edu.pe

ANEXO N°5
APROBACIÓN DEL HOSPITAL



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES"

N° 039/25

AUTORIZACIÓN

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

**CHAPOÑAN LLAUCE
LORENA ESTEFANY**

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: *"Experiencias de los Padres en la Transición del Cuidado Hospitalario al Hogar del Neonato Asfixiado, Chiclayo, 2025"*; debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Marzo 2025



GERENCIA REGIONAL DE SALUD CHICLAYO
HOSPITAL "LAS MERCEDES" CHICLAYO
Dr. Saul Dávalos Milgros Correa
DIRECTOR EJECUTIVO



GERENCIA REGIONAL DE LABORATORIO
HOSPITAL "LAS MERCEDES" CHICLAYO
Lc. Magaly Medina Rojas
Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDO A PADRES

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores : Lorena Estefany, Chapoñan Llauce
Título : Experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a participar en este estudio, que tiene como finalidad describir, analizar y comprender las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado con el propósito de comprender los resultados y ofrecer oportunidades de reflexión al profesional de enfermería, integrando a los padres para enriquecer las intervenciones en la transición del cuidado de sus hijos.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Después de otorgar su consentimiento, se le harán algunas preguntas sobre el tema de investigación, las cuales serán grabadas mediante un dispositivo de audio y se le asignará un código para proteger su identidad, en una entrevista de aproximadamente 1 hora. La entrevista se realizará en la comodidad de su hogar, donde cuida a su hijo.
2. A continuación, toda la información obtenida se procesará de manera confidencial, y se elaborará un informe general de los resultados para nuestra universidad.
3. Finalmente, los resultados se publicarán en el repositorio de tesis de nuestra universidad.

Riesgos:

No se prevén riesgos como disconformidades o divergencias por participar en este estudio

Beneficios:

Este estudio no presenta beneficio alguno hacia su persona, sin embargo, compartiremos con usted todo lo relacionado a la investigación basadas en diferentes realidades.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, y si por algún motivo desiste, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Lorena Chapoñan Llauce al tel. 926355520, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en qué consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

FIRMA/HUELLA DIGITAL***Participante***

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

Anexo N°6
Asentimiento para participar en un estudio de investigación
-12 a 17 años-

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores : Lorena Estefany, Chapoñan Llauce
Título : Experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a participar en este estudio, que tiene como finalidad describir, analizar y comprender las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado con el propósito de comprender los resultados y ofrecer oportunidades de reflexión al profesional de enfermería, integrando a los padres para enriquecer las intervenciones en la transición del cuidado de sus hijos.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Después de otorgar su consentimiento, se le harán algunas preguntas sobre el tema de investigación, las cuales serán grabadas mediante un dispositivo de audio y se le asignará un código para proteger su identidad, en una entrevista de aproximadamente 1 hora. La entrevista se realizará en la comodidad de su hogar, donde cuida a su hijo.
2. A continuación, toda la información obtenida se procesará de manera confidencial, y se elaborará un informe general de los resultados para nuestra universidad.
3. Finalmente, los resultados se publicarán en el repositorio de tesis de nuestra universidad.

Riesgos:

No se prevén riesgos como disconformidades o divergencias por participar en este estudio

Beneficios:

Este estudio no presenta beneficio alguno hacia su persona, sin embargo, compartiremos con usted todo lo relacionado a la investigación basadas en diferentes realidades.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, y si por algún motivo desiste, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Lorena Chapoñan Llauce al tel. 926355520, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

Asentimiento:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en qué consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin ningún problema en mi casa o en mi colegio.

Participante**Nombre:****DNI:**

Fecha:

Investigador**Nombre:****DNI:**

Fecha

ANEXO N° 7
MATRIZ DE RESULTADOS

Título de la tesis: Experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025			
Objetivos: Analizar, describir y comprender las experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025			
Sujetos de estudio: Padres de neonatos asfixiados			
Escenario: Hogares de los padres de neonatos asfixiados			
RESULTADOS			
Categorías previas	Códigos/ subcategorías	Citas textuales de las entrevistas, identificando el sujeto de estudio (código de identificación o seudónimos de cada participante).	Interpretación de los datos
CATEGORIA 1: EMOCIONES PERCIBIDAS EN LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO HOSPITALARIO AL HOGAR	Reacciones emocionales iniciales ante el cambio <ul style="list-style-type: none"> • Miedo e incertidumbre • Estrés y frustración por la experiencia 	<p>E001 - "Al principio me sentía un poco angustiada, no sabía si iba a poder cuidar bien a mi bebé. Tenía muchas dudas sobre si sería capaz de responder adecuadamente a sus necesidades."</p> <p>E002 - "Sentí mucho miedo porque tenía la preocupación constante de que mi bebé pudiera convulsionar en casa o que no recibiera los mismos cuidados que le daban en el hospital. Me angustiaba pensar en lo que podría pasar si algo salía mal y tenía que llevarlo de emergencia. También me asustaba cómo manejar todos los cuidados que él requería, ya que en el hospital siempre estaban al pendiente, pero en casa la responsabilidad era completamente mía. Me sentía muy estresada por todo lo que había sucedido, esta no era la experiencia que imaginé cuando pensaba en tener a mi bebé."</p> <p>E003 - "Nos sentíamos abrumados con tanta información. El temor a cometer errores nos hacía dudar constantemente. Todo era completamente nuevo para nosotros. Verlo tan pequeño y frágil, y saber que dependía enteramente de nosotros para su bienestar, fue una gran carga emocional. Teníamos miedo de que algo saliera mal sin la supervisión de los médicos y enfermeras."</p> <p>E004 - "Hubo momentos en los que no sabía qué hacer. Cada vez que mi bebé lloraba me invadía la angustia porque no podía identificar si tenía hambre o si sentía algún dolor. Me sentía muy insegura."</p> <p>E005 - "Tenía miedo de que mi hijita se volviera a enfermar. Sentía una gran responsabilidad sobre mis hombros, y el temor constante de que algo pudiera salir mal me acompañaba a diario."</p>	<p>A partir del análisis de los relatos proporcionados por los participantes, se identifica un patrón común marcado por emociones intensas y, en muchos casos, abrumadoras al momento de asumir el cuidado del recién nacido en el hogar tras el alta hospitalaria. El sentimiento predominante en todos los testimonios fue el miedo, una emoción que se manifestó en distintas formas: temor a que el bebé pudiera enfermar nuevamente, a no reconocer signos de alerta, a no brindar los cuidados necesarios o a no estar a la altura de las exigencias que implicaba la atención de un neonato en condición vulnerable.</p> <p>Este miedo se intensifica por la percepción de falta de preparación y de apoyo profesional una vez que abandonan el entorno hospitalario. Durante la hospitalización, los padres encuentran respaldo constante por parte del personal de salud, lo que les brinda seguridad. Sin embargo, al regresar al hogar, esa red de apoyo desaparece, dejando en ellos una sensación de desamparo frente a una tarea altamente demandante.</p> <p>La angustia e incertidumbre son también emociones frecuentes, especialmente al enfrentarse a situaciones cotidianas como el llanto</p>

		<p>E006 - "La hospitalización de mi bebé fue una experiencia muy estresante. Aunque ya tenía experiencia como madre, esta vez todo se sintió más complicado. Eso me generó mucha ansiedad y dudas sobre si estaba haciendo lo correcto."</p> <p>E007 - "Al principio sentía mucho miedo. La pregunta que constantemente rondaba mi mente era si realmente estaba preparado para ser papá. Desde pequeño mi hijo tuvo que ser hospitalizado, y eso aumentaba mi temor. Muchas veces dudaba si lo estaba haciendo bien. Cada vez que lloraba, sentía que el pánico se apoderaba de mí porque no entendía qué le pasaba. La peor semana fue la primera, lloraba por todo y eso me generaba una gran frustración."</p> <p>E008 - "Mi bebé había tragado líquido, y los doctores me dijeron que no iba a ser un niño normal. Eso me llenó de miedo. Hasta el día de hoy, ese miedo no desaparece."</p> <p>E009 - "Siempre pensé que daría a luz y que en unos días regresaría a casa con mi bebé en brazos, como veía que pasaba con otras mamás. Pero no fue así. Cuando nació, se la llevaron de inmediato a neonatología. Fue un golpe muy fuerte, algo completamente inesperado y que no me imaginaba vivir."</p>	<p>del bebé, cuya causa no siempre logran identificar. Este tipo de experiencias genera una gran inseguridad personal y dudas sobre su capacidad como cuidadores, incluso en aquellos padres que ya tenían experiencia previa en la crianza.</p> <p>Otro aspecto recurrente en los relatos es el quiebre entre las expectativas y la realidad. Varios participantes manifestaron que esperaban una experiencia de maternidad o paternidad distinta, idealizada, caracterizada por un retorno tranquilo a casa con su bebé sano en brazos. El ingreso del recién nacido a una unidad de cuidados especializados, así como las complicaciones de salud, representan un impacto emocional profundo, al que los padres deben adaptarse rápidamente sin haberlo anticipado.</p> <p>La carga emocional fue especialmente fuerte en aquellos padres primerizos o en quienes recibieron información médica poco alentadora. En este grupo, se evidenció un sentimiento de frustración, ansiedad constante y miedo persistente, incluso semanas después del alta.</p> <p>Llama también la atención la vivencia del padre varón que participó en el estudio. Su testimonio permite visibilizar que el miedo y la inseguridad no son exclusivos de las madres, revelando así la necesidad de incluir activamente a los padres en los procesos educativos y de acompañamiento al alta.</p>
	<p>Ajuste emocional positivo y fortalecimiento del rol de cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alegría y satisfacción por los avances del bebé 	<p>E001 – “Poco a poco, esa angustia fue disminuyendo. Con el tiempo, me fui acostumbrando a sus horarios y aprendí que debía darle de lactar cada tres horas. Al inicio fue un proceso difícil, pero logré adaptarme poco a poco.”</p> <p>E002 – “A pesar de mi preocupación, sentí que, poco a poco, fui comprendiendo mejor cómo debía cuidar a mi bebé y ganando confianza en mí misma.”</p> <p>E003 – “Con el tiempo y la repetición, cada procedimiento se volvió más familiar. Poco a poco fuimos aprendiendo a manejar los cuidados con mayor seguridad y nos dimos cuenta de que sí éramos capaces de hacerlo bien.”</p> <p>E004 – “Con el paso de los días, fui sintiéndome más tranquila y aliviada. Poco a poco recuperé la confianza y logré alimentarme mejor.”</p>	<p>Los testimonios revelan un proceso de adaptación progresiva en los padres, marcado por una transición del miedo y la inseguridad hacia la confianza, tranquilidad y satisfacción emocional.</p> <p>Al inicio, muchos se sintieron desbordados por la responsabilidad del cuidado, pero con el paso del tiempo lograron desarrollar habilidades y seguridad en sus capacidades.</p> <p>Se observa una evolución emocional significativa: lo que empezó como una experiencia angustiante, se transformó en una etapa de aprendizaje y fortalecimiento personal. El aprendizaje por repetición, la rutina, y el</p>

		<p>E005 - “Con el tiempo, fui encontrando maneras de cuidar a mi hija con más seguridad, aunque al principio fue un gran reto. A pesar del cansancio y las preocupaciones, cada momento con mi hijita en casa era hermoso, un verdadero regalo de Dios.”</p> <p>E006 – “A pesar de todo, me llenaba de felicidad verlo mejorar poco a poco. Cada vez que lo cargaba y sentía su calor, me daba fuerzas para seguir adelante.”</p> <p>E008 – “Cuando el doctor me dijo que mi bebé ya iba a salir de alta, sentí una inmensa felicidad.”</p>	<p>vínculo afectivo con el bebé fueron elementos clave para fomentar esa transformación. Cuidar, alimentar, cargar y observar el progreso del recién nacido no solo alivió sus temores, sino que también generó sentimientos de felicidad, esperanza y gratitud.</p>
<p>CATEGORÍA 2. CUIDADOS APRENDIDOS Y APLICADOS EN EL HOGAR</p>	<p>Prácticas básicas de higiene y prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene • Prevención de infecciones • Posición correcta al cargar y dormir • Control de temperatura 	<p>E001 – “Me explicaron que debía tener mucho cuidado con las personas enfermas, ya que no podían acercarse a mi bebé. También me insistieron mucho en la higiene: debía lavarme las manos con agua y jabón antes de cargarla, y limpiar su cordón umbilical con una gasa y alcohol al 70°.”</p> <p>E002 – “Me indicaron que debía usar un termómetro de forma constante para vigilar su temperatura y asegurarme de que no subiera. Además, nos recalcaron la importancia de la higiene: debíamos lavarnos bien las manos con alcohol antes de tocarlo y evitar que personas con gripe o resfriado se acercaran a él.”</p> <p>E003 – “Nos hablaron sobre la importancia de la higiene para prevenir infecciones. Nos dijeron que debíamos lavarnos las manos cada vez que tocáramos a nuestro bebé y que también era necesario desinfectar los equipos que usábamos con él.”</p> <p>E004 – “Me insistieron mucho en el lavado de manos antes de tocar a mi bebé, algo que parecía simple pero que era fundamental para evitar infecciones. También me recomendaron evitar que otras personas se acercaran mucho a ella, sobre todo si estaban resfriadas o enfermas.”</p> <p>E005 – “Me explicaron que debía bañarlo todos los días, asegurándome de secarlo bien para evitar irritaciones en su piel. Recalcaron mucho la importancia del lavado de manos antes de tocarlo y que no lo cargaran muchas personas. Además, me enseñaron a cargarlo correctamente, sosteniendo bien su cabeza, ya que su cuello era aún muy frágil.”</p> <p>E006 – “Las enfermeras nos explicaron la importancia del baño diario y de la higiene del cordón umbilical. También me indicaron que debía vigilar su respiración y estar atenta a cualquier cambio en su piel.”</p>	<p>Los testimonios reflejan que las familias recibieron indicaciones claras sobre las prácticas básicas de higiene y prevención para el cuidado de sus recién nacidos al momento del alta hospitalaria. Entre los aspectos más destacados se encuentra la higiene de manos, la cual fue repetidamente señalada como una medida fundamental para evitar infecciones, especialmente antes de tocar al bebé. Asimismo, se brindaron recomendaciones sobre la prevención de contagios, haciendo énfasis en evitar el contacto del recién nacido con personas enfermas o resfriadas. También se promovió el uso del alcohol o jabón para la desinfección, tanto de las manos como de los objetos que entran en contacto con el bebé. Otros cuidados importantes abordados fueron la higiene del cordón umbilical, el baño diario, el control de la temperatura corporal con termómetro, y la observación de signos clínicos como cambios en la respiración o en la piel, los cuales podrían alertar sobre problemas de salud. Además, se orientó sobre la posición correcta para cargar al bebé, subrayando la importancia de sostener bien su cabeza y cuello debido a su fragilidad.</p>

<p>Alimentación y estimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación recibida de lactancia materna: Estimulación y consejos • Alimentación por sonda nasogástrica 	<p>E002 – “También me indicaron que no debía darle agua antes de los seis meses, ya que, debido a la asfixia que había sufrido, no podía consumir ni agua, ni anís, ni ningún otro líquido aparte de la leche materna. Como al principio no producía mucha leche, me explicaron la importancia de realizar masajes en los pechos y de mantener al bebé apegado para estimular la producción”</p> <p>E004 – “Para su alimentación por sonda, me mostraron cómo llenar la jeringa y cómo debía limpiar correctamente la sonda. Tuve que alimentarlo con jeringa varias veces, ya que no podía succionar bien.”</p> <p>E006 – “Me explicaron la importancia de alimentarlo con frecuencia, cada vez que él lo pidiera. Me indicaron que debía darle de lactar con paciencia.”</p> <p>E007 – “La recomendación que nos dieron fue que durante los primeros seis meses debía recibir exclusivamente leche materna.”</p> <p>E008 – “Me enseñaron que debía darle solo leche materna. Hasta ahora lo sigo haciendo; no le doy fórmula ni ningún otro alimento.”</p> <p>E010 – “En cuanto a la lactancia materna, me dijeron que debía darle todos los días solo leche materna para que se alimentara bien, estuviera sana y no se enfermara.”</p>	<p>Los relatos muestran que las madres recibieron una orientación clara y reiterativa sobre la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida, especialmente importante en bebés que habían sufrido asfixia neonatal. Esta indicación fue comprendida como una medida esencial para fortalecer el sistema inmunológico del bebé, prevenir enfermedades y asegurar un desarrollo saludable.</p> <p>Asimismo, se brindaron recomendaciones específicas para situaciones particulares como la baja producción de leche materna, promoviendo el uso de masajes en los senos y el apego frecuente del bebé al pecho como estrategias para estimular la lactancia.</p> <p>En casos donde el recién nacido no podía succionar adecuadamente, se instruyó a las madres en el uso de sonda y jeringa para la alimentación, mostrando un enfoque adaptado a las necesidades clínicas del bebé y el empoderamiento de las madres en técnicas especializadas de alimentación.</p> <p>También se reforzó la importancia de una alimentación frecuente y a libre demanda, así como la necesidad de realizarla con paciencia y cuidado, aspectos esenciales en la recuperación y fortalecimiento del neonato tras un evento tan delicado como la asfixia perinatal.</p>
<p>Realización de procedimientos y tratamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de secreciones • Nebulizaciones • Administración de medicamentos 	<p>E002 – “Me explicaron cómo debía administrarle sus medicamentos. Al principio debía darle 1 ml, luego la dosis se redujo a 0.5 ml y después a 0.3 ml. Recibió fenobarbital desde que era muy pequeño, y lo tomó durante tres meses. Para que pudiera tomarlo sin problema, lo mezclaba con la leche.”</p> <p>E003 – “Nos explicaron sobre la limpieza de secreciones, ya que nuestro bebé no podía expulsarlas por sí solo. Por eso, era fundamental mantener sus vías respiratorias despejadas para evitar complicaciones. También nos enseñaron a realizar nebulizaciones para ayudarlo a respirar mejor y prevenir problemas respiratorios. Otro de los procedimientos fue el uso de la sonda de alimentación, lo cual nos generó mucho miedo al principio.”</p>	<p>Los relatos analizados reflejan el proceso de transferencia de competencias técnicas a las madres, permitiéndoles continuar con el tratamiento médico de sus hijos en el hogar tras el alta hospitalaria. La administración de medicamentos, como el fenobarbital, fue una tarea frecuente que requería precisión en la dosificación y seguimiento estricto de horarios, lo que evidencia una capacitación cuidadosa del personal de salud hacia las madres.</p> <p>La mayoría de las madres aprendieron a mezclar los medicamentos con leche materna, como</p>

	<p>E008 – “En cuanto al tratamiento, me explicaron que debía administrarlo cada 8 horas. Me indicaron que debía mezclarlo con la leche. Yo me sacaba la leche, la colocaba en una jeringa, la mezclaba con el medicamento y se la daba.”</p>	<p>estrategia para facilitar su consumo, especialmente en bebés con dificultades de succión. Asimismo, se destaca el rol activo de las madres en procedimientos como la limpieza de secreciones, el uso de nebulizaciones y el manejo de la sonda de alimentación, técnicas que inicialmente generaban temor, pero que fueron asimiladas con el acompañamiento del personal sanitario. Esto resalta la importancia de una educación sanitaria clara, práctica y empática, que empodera a las madres para actuar con seguridad ante las necesidades clínicas de sus hijos.</p>
<p>Identificación de situaciones críticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificaciones de convulsiones • Reconocimiento de signos de alarma 	<p>E003 – “Nos explicaron también cómo identificar los signos de alarma, como cambios en su coloración o dificultad para respirar, para poder actuar rápidamente si era necesario.”</p> <p>E005 – “Me dijeron que debía estar atenta a cualquier cambio en su respiración o en su comportamiento, ya que cualquier alteración podría ser una señal de alarma.”</p>	<p>Los relatos recogidos muestran que, como parte del proceso de alta hospitalaria, las madres recibieron orientación específica sobre la identificación de signos de alarma que pudieran indicar un deterioro en la salud del recién nacido. La información brindada se centró en síntomas clave como cambios en la coloración de la piel, dificultades respiratorias y alteraciones en el comportamiento, aspectos fundamentales en bebés con antecedentes de asfixia perinatal, dada su alta vulnerabilidad a complicaciones. Este tipo de educación sanitaria refuerza el rol activo y preventivo de las madres en el entorno domiciliario, capacitándolas para vigilar signos clínicos sutiles que podrían pasar desapercibidos sin una guía previa. Además, se evidencia la intención del personal de salud de empoderar a las familias, promoviendo la toma de decisiones rápidas frente a cualquier situación de riesgo.</p>
<p>Seguimiento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia y adherencia a controles médicos 	<p>E001 – “Me recomendaron llevarla a sus controles médicos mensuales en la posta para monitorear su desarrollo y estado de salud.”</p> <p>E008 – “Me dijeron que debía llevarlo a sus controles. Yo asisto a todos; cada vez que se enferma lo llevo al hospital, no faltó a ninguno de sus controles.”</p> <p>E010 – “Cuando mi bebé nació, recibió oxígeno, y me indicaron que debía asistir puntualmente a todos sus controles médicos.”</p>	<p>Los relatos evidencian que uno de los aspectos fundamentales en la orientación brindada a las madres fue la importancia del seguimiento médico continuo a través de controles regulares tras el alta hospitalaria. Las madres refieren haber comprendido esta indicación y muestran una actitud comprometida con la asistencia regular a las citas médicas, percibiéndolas como una responsabilidad ineludible para asegurar la recuperación y bienestar de sus hijos.</p>

<p>CATEGORÍA 3 : FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO HOSPITALARIO AL HOGAR DEL NEONATO CON ASFIXIA</p>	<p>Facilitadores de la transición al cuidado domiciliario</p> <ul style="list-style-type: none"> Participación activa en el hospital Apoyo familiar al llegar a casa 	<p>E002 – “Aunque hubo cosas que no entendí, conté con la ayuda de mi madre, quien me enseñaba lo que no sabía y me apoyaba en el cuidado de mi bebé.”</p> <p>E004 – “Estuve tres meses en el hospital y durante ese tiempo tuve oportunidad de practicar. Observaba mucho a las enfermeras y trataba de aprender cada detalle.”</p> <p>E005 – “Lo que más me ayudó fue haber podido observar a las enfermeras en el hospital. Ver cómo lo alimentaban y lo cuidaban me dio una idea más clara de lo que debía hacer cuando estuviera en casa.”</p> <p>E010 – “Tuve el apoyo de mi hermana, y eso me ayudó a sobrellevar la situación. Ella me orientaba en lo que no sabía.”</p> <p>E011 – “Lo bueno es que mi esposo es un hombre muy responsable. Ambos compartíamos el cuidado del bebé y nos apoyábamos mutuamente para atenderlo con más dedicación.”</p>	<p>Los relatos revelan dos elementos clave en la experiencia de las madres: el acompañamiento familiar y el aprendizaje a través de la observación del personal de salud. Varias madres destacan que no enfrentaron solas la transición al cuidado domiciliario, sino que contaron con el apoyo directo de familiares, como madres, hermanas o esposos, quienes les brindaron orientación, contención emocional y colaboración activa en el cuidado del neonato.</p> <p>Asimismo, el tiempo de hospitalización fue aprovechado por las madres como un espacio de aprendizaje práctico e informal, observando y replicando las acciones del personal de enfermería. Este tipo de observación permitió interiorizar prácticas seguras relacionadas con la alimentación, el aseo y la atención general del recién nacido. La experiencia adquirida durante este periodo generó mayor confianza en sí mismas al momento de asumir el cuidado autónomo en el hogar.</p>
	<p>Barreras en la transición al cuidado domiciliario</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprensión limitada o confusa de las indicaciones Dificultad para aplicar procedimientos (baño, alimentación, medicación) Instrucciones poco claras y comprensibles Falta de experiencia previa (madres y padres primerizos) Acceso limitado a continuidad de las terapias 	<p>E001 – “Las instrucciones que me dieron las enfermeras, al principio, me parecieron un poco complicadas porque todo era nuevo para mí. Lo más difícil fue la lactancia; nos sentíamos desesperados porque mi bebé no cogía bien el pezón, y a veces sentía que no le caía suficiente leche. Además, mis senos no se llenaban como esperaba, y eso me preocupaba mucho. Era mi primera experiencia como madre, y todo me resultaba muy difícil.”</p> <p>E002– “Las enfermeras trataron de explicarme cada procedimiento antes del alta, aunque hubo cosas que no entendí. Lo más difícil fue estar pendiente de la administración de los medicamentos. También me costó conseguir las terapias que necesitaba. En el hospital me dijeron que debía llevarlo a terapias para estimular su desarrollo, pero como no me daban las sesiones necesarias, tuve que hacerlo por mi cuenta, y tenía miedo de lastimarlo.”</p> <p>E003 – “No fue fácil entender todo porque nos sentíamos abrumados con tanta información. Nos costó adaptarnos a la vigilancia constante de su respiración y de los signos de alarma. Cualquier cambio nos ponía en alerta máxima, y a veces no sabíamos si era algo normal o si debíamos ir al hospital.”</p> <p>E004 – “En general entendí las indicaciones porque pasé tres meses en el hospital. Aun así, cuando llegamos a casa surgieron dudas. Lo más difícil fue</p>	<p>Los relatos muestran una clara brecha entre la teoría y la práctica en la experiencia de las madres y padres al momento de asumir el cuidado del recién nacido tras el alta hospitalaria. Si bien muchas recibieron explicaciones del personal de salud, no todas lograron comprenderlas completamente, ya sea por la cantidad de información, los nervios, o la falta de empatía y tiempo del personal. La desigualdad en la calidad comunicativa del personal de enfermería es un tema recurrente.</p> <p>Una constante en los testimonios es que las principales dificultades se dieron en la práctica cotidiana del cuidado, especialmente en actividades como el baño del bebé, la alimentación (particularmente la lactancia), la administración de medicamentos y el seguimiento de terapias de estimulación. Estas actividades provocaron miedo, inseguridad e incluso</p>

<ul style="list-style-type: none"> Sobrecarga materna y rol del cuidador 	<p>practicar la succión y continuar con las terapias. Mi bebé no era como una niña normal.”</p> <p>E005 – “Fue fácil entenderlas porque me explicaron de manera clara lo que debía hacer. Pero una cosa es recibir la información y otra es ponerla en práctica. Uno de los mayores desafíos fue aprender a bañarlo. Me preocupaba que el agua estuviera muy fría o caliente, o que no supiera sostenerlo bien y se me resbalara. También me preocupaba mucho su alimentación porque lloraba mucho y al inicio no cogía bien el seno.”</p> <p>E006 – “En teoría todo era claro, pero en la práctica fue distinto. El mayor reto fue equilibrar el cuidado del recién nacido con la atención de mis otros hijos. Ellos también me necesitaban, y eso complicaba el momento del baño, porque necesitaba tranquilidad, pero no siempre era posible. Las noches fueron las más difíciles. El bebé despertaba varias veces y, aunque no dormía bien, tenía que continuar mi día como si nada. El cansancio era abrumador.”</p> <p>E007 – “En el hospital las instrucciones fueron claras y sencillas en su momento, pero al llegar a casa me sentí agobiado. Esa presión hizo que se me olvidaran cosas; el primer día fue el más difícil, porque no sabíamos cómo organizarnos. Me di cuenta de que la práctica es diferente a lo que me dijeron. Oír no es lo mismo que hacer. Como es mi primer hijo, nunca había tratado con un bebé y todo era completamente nuevo. Lo más difícil fue el baño.”</p> <p>E008 – “Algunas enfermeras explicaban bien y resolvían dudas con paciencia, pero otras no. Cuando explicaban, más o menos se entendía. Ya en casa, lo que más me costó fue darle sus pastillas. A veces me olvidaba. Estuve casi un mes sin dormir, porque tenía que estar mirándolo constantemente. Además, tuve que dejar a mi hija mayor con mi cuñada, y eso me dolía, porque me pedía que no me fuera.”</p> <p>E009 – “Cuando le dieron el alta a mi bebé, me explicaron varias cosas. Sentí que algunas las entendía, y asentía con la cabeza, pero los nervios me impidieron entender bien. Me dio vergüenza volver a preguntar. El baño fue complicado; me daba miedo que se resbalara o que el agua estuviera muy caliente o fría. Al ser tan pequeñita, sentía que podía hacerle daño sin querer. Las noches fueron lo peor, no dormía tranquila, me despertaba cada rato para ver si respiraba bien.”</p> <p>E010 – “Entendí algunas cosas y otras no, porque a veces me explicaban y luego me dejaban sola. Cuando quería preguntar de nuevo, me decían que esperara, que estaban ocupadas. Lo que más me costó fue el baño, porque no me lo explicaron.”</p>	<p>sensación de culpa ante la posibilidad de hacer daño al bebé.</p> <p>En casos donde existían otros hijos o situaciones familiares paralelas, las madres expresaron sentir una sobrecarga física y emocional, sumado al agotamiento que conlleva la vigilancia constante del recién nacido. La falta de descanso, la presión de “hacerlo bien” y el miedo a equivocarse generaron altos niveles de ansiedad.</p>
---	---	--

		<p>E011 – “Al inicio no fue fácil, porque era primeriza y eso me preocupaba mucho. Lo más difícil fue la alimentación. Como era pequeño, tenía que estar mirándolo mientras lactaba, por miedo a que se ahogara. También quisiera que las enfermeras tengan más paciencia para explicarnos con empatía, porque no resolvían todas mis dudas y tuve que averiguar por otros medios.”</p> <p>E012 – “Las recomendaciones que me dieron parecían fáciles, pero en la práctica fueron complicadas porque aún era un bebé y yo tenía miedo. Lo más difícil fue el baño y la administración de medicamentos. Había confusión con la receta, los horarios y los medicamentos. También me recomendaron terapias, pero no conseguía cita, así que tuve que buscar formas de hacerlas en casa, investigando por internet. Fue tedioso.”</p>	
CATEGORIA 4: RECOMENDACIONES Y NECESIDADES NO CUBIERTAS	Seguimiento y acompañamiento en casa	<p>E004 – “Aunque me sentí preparada en algunos aspectos, hubo momentos en los que hubiera querido tener a alguien a quien consultar en casa.”</p> <p>E005 – “Creo que sería bueno que hubiera un seguimiento después del alta; como mamás primerizas, tenemos muchas dudas que van surgiendo en casa, y sería de gran ayuda contar con un apoyo adicional en esos primeros días.”</p>	<p>Los testimonios revelan una preocupación común entre las madres, especialmente aquellas primerizas: la falta de continuidad del acompañamiento una vez que regresan al hogar. Aunque pueden sentirse relativamente preparadas al momento del alta, la realidad del cuidado en casa presenta nuevos desafíos que generan incertidumbre y ansiedad.</p> <p>Las madres expresan la necesidad de tener un recurso o persona de referencia para resolver dudas que surgen en tiempo real. Esta demanda pone en evidencia la importancia de establecer mecanismos de seguimiento post-alta, tales como visitas domiciliarias, llamadas de control, o líneas de atención directa, que brinden orientación y tranquilidad.</p> <p>La ausencia de ese soporte puede aumentar la inseguridad en el cuidado del neonato. Así, un sistema de acompañamiento estructurado durante los primeros días en casa no solo optimizaría el bienestar del bebé, sino también la confianza y estabilidad emocional de las madres.</p>
	Necesidad de mayor orientación	E001 – “Creo que las enfermeras deberían orientar más a las madres, sobre todo a las primerizas. Muchas veces sentimos miedo porque no sabemos cómo actuar o qué hacer en ciertas situaciones. Nos preocupa mucho que nuestros bebés se enfermen otra vez, y sería bueno que nos brinden más apoyo y guía para sentirnos más seguras.”	<p>Los relatos analizados evidencian una insuficiencia percibida en la orientación práctica brindada por el personal de salud al momento del alta hospitalaria. Las madres, especialmente aquellas primerizas, reportan sentimientos de</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de más información 		

<ul style="list-style-type: none"> Material que refuerce lo aprendido en el hospital 	<p>E003 – “Creo que quizá nos hubiera servido tener hojas con toda la información, porque la mente es frágil y con tantas emociones se olvida fácilmente lo que nos explicaron.”</p> <p>E005 – “Me hubiera gustado que me explicaran cómo aliviar los cólicos del bebé. Esto no me lo enseñaron en el hospital, y cuando mi bebé lloraba sin parar, me sentía impotente sin saber qué hacer”</p> <p>E006 – “Me hubiera gustado recibir más información sobre cómo involucrar a mis otros hijos en el cuidado del bebé. A veces, ellos querían ayudar, pero yo tenía miedo de que lo lastimaran sin querer.”</p> <p>E007 – “La responsabilidad sobre mis hombros era grande. Me hubiese gustado contar con folletos, ayudas visuales o algún video sobre las recomendaciones que nos dieron. Eso habría facilitado mucho el aprendizaje y la práctica en casa.”</p> <p>E009 – “Creo que deberían preparar más a las mamás primerizas para esto. A veces nos enfocamos solo en el parto.”</p>	<p>inseguridad, miedo e incertidumbre frente al cuidado del recién nacido en el entorno del hogar.</p> <p>Uno de los aspectos más reiterados es la necesidad de materiales educativos complementarios, como hojas informativas, videos o ayudas visuales, que refuercen las explicaciones dadas en el hospital. Esto se debe a que, bajo el impacto emocional del alta, muchas indicaciones pueden olvidarse fácilmente. De igual modo, se sugiere que la información debe ser clara, comprensible y accesible para que las madres puedan consultarla posteriormente.</p> <p>Asimismo, algunas participantes mencionan aspectos específicos que no fueron abordados, como el manejo de los cólicos del lactante o el involucramiento de los hermanos en el cuidado del nuevo bebé. Estas omisiones generan una sensación de desamparo, incrementando la carga emocional de las madres, quienes expresan una fuerte necesidad de mayor apoyo, contención y guía práctica en temas cotidianos del cuidado. Por tanto, esta evidencia sugiere que un enfoque educativo más integral, continuo y adaptado a las realidades de cada familia podría mejorar significativamente la experiencia post-alta.</p>
<p>Apoyo emocional al cuidador durante y después del alta</p>	<p>E006 – “Me hubiera gustado que nos brindaran más apoyo emocional a las mamás que ya tenemos otros hijos. La carga es doble, y emocionalmente nos sentimos muy agobiadas.”</p> <p>E007 – “Creo que es muy importante recibir apoyo emocional, especialmente cuando se pasa por una hospitalización temprana del bebé. Una espera salir del hospital con el hijo en brazos, pero cuando eso no ocurre, el impacto emocional es fuerte. Me hubiese gustado recibir más palabras de aliento, tanto durante como después del alta, para no sentir tanta carga ni tanto peso encima.”</p> <p>E012 – “Sería bueno que el personal encargado tenga la paciencia necesaria con los padres para mejorar la confianza en cuidar a nuestros bebés”</p>	<p>Los relatos de estas madres ponen de relieve la necesidad de un acompañamiento emocional más sólido por parte del personal de salud, tanto durante la hospitalización como después del alta del recién nacido. La experiencia de tener un bebé hospitalizado genera un alto nivel de ansiedad, angustia y frustración, especialmente cuando no se cumplen las expectativas de una salida inmediata y saludable del hospital.</p>

ANEXO
ACTA DE SUSTENTACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

En la ciudad de Chiclayo, a las 16:00 del día 26 de noviembre del 2024, los miembros del jurado designados por la escuela profesional de ENFERMERÍA, jurado 1: GUERRERO QUIROZ ELIZABETH SOLEDAD, jurado 2: ARRIOLA ARIZAGA MARIA CARIDAD, jurado 3: NUÑEZ ODAR ADELA ROSANNA, se reunieron en el aula N° virtual, para recibir la sustentación del proyecto de Tesis titulado: **Experiencias de los padres en la transición del cuidado hospitalario al hogar del neonato asfixiado, Chiclayo 2025**, del estudiante **CHAPOÑAN LLAUCE LORENA ESTEFANY**.

Siendo las 16 horas, habiéndose concluido la exposición y absueltas las preguntas del jurado, se acordó otorgar al estudiante la calificación de diecisiete (17), recibiendo la categoría de **APROBADO**.

Chiclayo, 26 de noviembre del 2024.

GUERRERO QUIROZ ELIZABETH SOLEDAD
JURADO 1

ARRIOLA ARIZAGA MARIA CARIDAD
JURADO 2

NUÑEZ ODAR ADELA ROSANNA
JURADO 3