

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERIA



TESIS

“Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral
percibido por madres de niños, Centro de Salud Amarilis, Huánuco
2025”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA: Martínez Evangelista, Paola Isamar

ASESORA: Ordoñez Toledo, Jackeline Karol

HUÁNUCO – PERÚ

2026

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública.**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2020)**CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:****Área:** Ciencias médicas, ciencias de la salud**Subárea:** Ciencias de la salud**Disciplina:** Enfermería**DATOS DEL PROGRAMA:**

Nombre del Grado/Título a recibir: Título profesional de licenciada en Enfermería.

Código del programa: P03

Tipo de financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 73273422

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 45990736

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria.

Código ORCID: 0009-0000-1413-5465

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Leiva Yaro, Amalia Verónica	Doctora en ciencias de la salud	19834199	0000-0001-9810-207X
2	Correa Chuquiyauri, Dania Alida	Título de máster en gobierno y gerencia en salud (grado de maestro)	22515697	0000-0001-9221-3721
3	Zegovia Santos, Luz Nelida	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	73325821	0000-0003-0953-3148



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 11:45 horas del día 10 de setiembre del año dos mil veintiséis, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

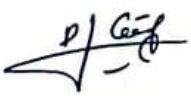
- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|
| • DRA. AMALIA VERONICA LEIVA YARO | - | PRESIDENTE |
| • MG. DANIA ALIDA CORREA CHUQUIYAURI | - | SECRETARIO |
| • MG. LUZ NELIDA ZEGOVIA SANTOS | - | VOCAL |
| • LIC. ENF. BERTHA SERNA ROMAN | - | ACCESITARIO |
| • MG. JACKELINE KAROL ORDOÑEZ TOLEDO | - | ASESORA |

Nombrados mediante Resolución N° 2781-2026-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL PERCIBIDO POR MADRES DE NIÑOS, CENTRO DE SALUD AMARILIS, HUÁNUCO 2025"; presentado por el(la) Bachiller en Enfermería: Paola Isamar MARTINEZ EVANGELISTA, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado Por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de bueno

Siendo las, 12:45 horas del día 10 del mes de Setiembre del año 2026, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE
DRA. AMALIA VERONICA LEIVA YARO
Cod. 0000-0001-9810-207X
DNI: 19834199


SECRETARIO
MG. DANIA ALIDA CORREA CHUQUIYAURI
Cod. 0000-0001-9221-3721
DNI: 22515697


VOCAL
MG. LUZ NELIDA ZEGOVIA SANTOS
Cod. 0000-0003-0953-3148
DNI: 73325821



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: **PAOLA ISAMAR MARTINEZ EVANGELISTA**, de la investigación titulada **"SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL PERCIBIDO POR MADRES DE NIÑOS, CENTRO DE SALUD AMARILIS, HUÁNUCO 2025"**, con asesor(a): **JACKELINE KAROL ORDOÑEZ TOLEDO**, designado(a) mediante documento: **RESOLUCIÓN N° 3784-2024-D-FCS-UDH** del P. A. de ENFERMERÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del **15 %** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 10 de junio de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

Nota: La presente constancia tendrá una **vigencia de cuatro (4) meses**, conforme a lo establecido en la **Directiva del Software de Identificación de Similitud y Originalidad**, aprobada mediante **Resolución N° 532-2024-P-CD-UDH**.

Vencido dicho plazo, el solicitante deberá realizar nuevamente el procedimiento correspondiente para la emisión de una nueva constancia.

Válida hasta el 10 de octubre de 2026.

Jr. Hermilio Valdizán N° 871 - Jr. Progreso N° 650 - Teléfono: 952 069 844
Huánuco - Perú

3. PAOLA ISAMAR MARTINEZ EVANGELISTA.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	15%	10%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.unc.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.unheval.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to uncedu	1%
	Trabajo del estudiante	



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico, en primer lugar, a mi madre por su amor incondicional, constante empeño y confianza en cada etapa de mi formación. El respaldo ha sido esencial para continuar y lograr este objetivo profesional; a mis hermanos, por brindarme compañía, apoyo y comprensión a lo largo de este camino, a persistir y no rendirme hasta lograr este objetivo. Su apoyo ha sido esencial para poder seguir adelante y lograr esta meta profesional.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincero agradecimiento a mi madre y a mis hermanos, quienes me brindaron apoyo emocional, comprensión y fortaleza a lo largo de mi formación universitaria y durante el desarrollo de esta investigación. Su compañía fue un sostén importante para culminar esta etapa profesional.

Asimismo, agradezco a mi asesora, por su orientación académica, observaciones y acompañamiento en el proceso de elaboración de la tesis. De igual manera, extendo mi reconocimiento a la Universidad de Huánuco, a los docentes que contribuyeron a mi formación en Enfermería y al personal del Centro de Salud Amarilis, por las facilidades brindadas para la ejecución del estudio.

Finalmente, agradezco a las madres que participaron en esta investigación, por su disposición y colaboración, las cuales hicieron posible el desarrollo del presente trabajo académico. ¡Muchas gracias!

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPÍTULO I.....	12
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	16
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	16
1.3. OBJETIVOS.....	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	17
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	17
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	19
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	19
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	21
CAPÍTULO II.....	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	22
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	23
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	25
2.2. BASES TEÓRICAS	27
2.2.1. MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR CURSO DE VIDA.....	27

2.2.2. TEORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE AVEDIS DONABEDIAN	28
2.2.3. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	29
2.2.4. TEORÍA DE LA CONFIRMACIÓN DE EXPECTATIVAS	30
2.2.5. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD	31
2.3. BASES CONCEPTUALES	32
2.3.1. SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL PERCIBIDO POR MADRES DE NIÑOS 32	
2.4. HIPÓTESIS.....	38
2.5. VARIABLES	38
2.5.1. VARIABLE PRINCIPAL.....	38
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
CAPÍTULO III.....	43
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	43
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.5.1. POBLACIÓN	44
3.5.2. MUESTRA	46
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..	48
3.6.1. TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	51
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	53
CAPÍTULO IV	55
RESULTADOS	55
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	55
CAPÍTULO V	65
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES.....	75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Confiabilidad del cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral, según prueba piloto y aplicación final	51
Tabla 2. Características sociodemográficas de las madres de niños atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.....	55
Tabla 3. Características del niño y del uso del servicio de salud en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.....	57
Tabla 4. Nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la accesibilidad en la implementación del Modelo de Cuidado Integral, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.....	59
Tabla 5. Nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la calidad técnica de la atención brindada, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.	60
Tabla 6. Nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la empatía y comunicación del personal de salud, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.	61
Tabla 7. Nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a su involucramiento en el cuidado infantil, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.	62
Tabla 8. Nivel de percepción de las madres de niños respecto al impacto de la atención recibida en el bienestar infantil, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.	63
Tabla 9. Nivel de satisfacción global percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.....	64

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	83
ANEXO 2. INSTRUMENTOS VALIDADOS	87
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
ANEXO 4. CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN	93
ANEXO 5. SOLICITUD DE PERMISO PARA EJECUCIÓN DE ESTUDIO ..	96
ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO	97

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 204 madres de niños menores de 5 años, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicaron un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral, integrado por 22 ítems agrupados en cinco dimensiones. La validez se estableció por juicio de expertos y la confiabilidad del instrumento principal alcanzó un alfa de Cronbach de 0,869. El análisis se realizó con estadística descriptiva en SPSS v27. **Resultados:** Se observó predominio de muy alta satisfacción con 56,9%, seguida de alta satisfacción con 42,2%; solo 1,0% evidenció satisfacción moderada, sin registrarse niveles bajos ni muy bajos. Por dimensiones, en accesibilidad predominó el nivel alto con 53,9%; en calidad técnica, el nivel muy alto con 54,4%; en empatía y comunicación, el nivel muy alto con 64,2%; en involucramiento, el nivel muy alto con 60,3%; y en impacto en el bienestar del niño, predominó mucha mejora con 76,0%. **Conclusión:** La satisfacción percibida por las madres fue predominantemente favorable respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral.

Palabras clave: Satisfacción del paciente; Atención integral de salud; Atención primaria de salud; Salud infantil; Madres (Fuente: DECS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine the level of satisfaction perceived by mothers of children regarding the implementation of the Comprehensive Care Model at the Amarilis Health Center, Huánuco, 2025. **Methods:** A quantitative, observational, prospective, cross-sectional, and descriptive study with a non-experimental design was conducted. The sample consisted of 204 mothers of children under 5 years of age, selected through non-probability convenience sampling. A sociodemographic questionnaire and a satisfaction questionnaire on the implementation of the Comprehensive Care Model, composed of 22 items grouped into five dimensions, were applied. Validity was established through expert judgment, and the reliability of the main instrument reached a Cronbach's alpha of 0.869. Data were analyzed using descriptive statistics in SPSS v27. **Results:** A predominance of very high satisfaction was observed at 56.9%, followed by high satisfaction at 42.2%; only 1.0% showed moderate satisfaction, with no low or very low levels reported. By dimension, the high level predominated in accessibility at 53.9%; the very high level predominated in technical quality at 54.4%, empathy and communication at 64.2%, and involvement at 60.3%; and substantial improvement predominated in the perceived impact on child well-being at 76.0%. **Conclusion:** Mothers' perceived satisfaction was predominantly favorable regarding the implementation of the Comprehensive Care Model.

Keywords: Patient Satisfaction; Comprehensive Health Care; Primary Health Care; Child Health; Mothers (Source: DeCS – BIREME).

INTRODUCCIÓN

En los sistemas de salud contemporáneos, la atención ya no se valora únicamente por la resolución clínica de la enfermedad, sino también por la forma en que las personas experimentan el servicio recibido. La Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾ señala que una atención centrada en las personas debe responder con oportunidad, respeto y pertinencia a las necesidades y expectativas de usuarios, familias y comunidades. En el contexto peruano, el Ministerio de Salud ⁽²⁾ ha traducido este enfoque en el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, el cual propone una organización de los servicios basada en continuidad, integralidad y vínculo con el entorno familiar.

En la atención infantil, este enfoque adquiere especial relevancia, debido a que durante los primeros años de vida convergen acciones de promoción, prevención, seguimiento del crecimiento y desarrollo, vigilancia nutricional y orientación a la madre o cuidador. Por ello, valorar la satisfacción de las madres frente a la implementación de dicho modelo permite aproximarse a la manera en que estos lineamientos se concretan en la práctica diaria del primer nivel de atención.

Bajo esta perspectiva, la presente investigación se orientó a determinar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco. Para alcanzar este propósito, se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, con diseño no experimental, centrado en la evaluación de una variable única y multidimensional.

El informe quedó organizado en cinco capítulos. El primero desarrolló el problema de investigación, la formulación del problema, los objetivos, la justificación, las limitaciones y la viabilidad. El segundo expuso el marco teórico, conformado por antecedentes, bases teóricas y bases conceptuales. El tercero describió la metodología seguida. El cuarto dio a conocer los resultados obtenidos. El quinto desarrolló los resultados de la discusión. Por último, se muestran las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La satisfacción de las madres respecto a la atención que reciben sus hijos en los servicios de salud constituye una expresión relevante de la calidad del cuidado. Revela cómo se perciben el acceso, la atención recibida, la comunicación con el personal y la utilidad del servicio para el bienestar infantil. Doyle et al. ⁽³⁾, en una revisión sistemática de 55 estudios, demostraron que la experiencia del paciente se asocia de manera positiva con la seguridad clínica, la efectividad de la atención, la adherencia terapéutica y el uso de servicios preventivos. Desde una perspectiva conceptual, Donabedian ⁽⁴⁾ sostuvo que la calidad de la atención no puede evaluarse únicamente por sus resultados técnicos, sino también por la forma en la que el usuario experimenta el proceso de cuidado.

En salud infantil, esta percepción adquiere especial importancia, debido a que durante los primeros años de vida se concentran acciones decisivas para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo y la prevención de daños evitables. La Organización Mundial de la Salud ⁽⁵⁾ ha señalado que la atención del niño debe organizarse mediante intervenciones integradas, oportunas y continuas. En el ámbito peruano, el Ministerio de Salud ⁽⁶⁾ establece que la atención al niño menor de cinco años debe ser integral, oportuna, periódica y secuencial, incorporando evaluación, consejería, seguimiento y participación de la madre o cuidador. En consecuencia, la satisfacción materna no depende solo de que el niño se atienda, sino de cómo se concreta esa atención en términos de accesibilidad, calidad técnica, trato, orientación y beneficios percibidos.

A nivel internacional, la evidencia disponible muestra que la calidad de la experiencia usuaria no es un elemento secundario, sino un componente central del desempeño de los servicios de salud. Pascoe ⁽⁷⁾, al estudiar la satisfacción del paciente en atención primaria, concluyó que esta funciona

tanto como indicador de calidad del servicio como predictor de conductas posteriores relacionadas con la salud. En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud ⁽⁸⁾ advierte que el acceso universal aún enfrenta barreras geográficas, económicas, socioculturales y organizacionales, las cuales afectan la oportunidad y continuidad del uso de servicios integrales y de calidad. En el caso de la salud infantil, UNICEF ⁽⁹⁾ ha remarcado que la Atención Primaria de Salud cumple un papel decisivo en el bienestar de niños y niñas cuando logra brindar prevención, acompañamiento familiar y respuesta temprana desde el territorio.

Sin embargo, incluso en países que han avanzado en modelos familiares y comunitarios, persisten brechas entre la formulación del modelo y la experiencia real de las familias. García-Huidobro et al. ⁽¹⁰⁾, al evaluar establecimientos de atención primaria en Chile, encontraron que el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria mostró mejor desarrollo en aspectos organizativos y tecnológicos, mientras que el enfoque familiar fue el componente de menor implementación. Esta evidencia sugiere que la existencia formal de un modelo no garantiza por sí sola una experiencia satisfactoria para los usuarios.

A nivel nacional, Atau Huaman ⁽¹¹⁾ en un estudio realizado en el Centro de Salud La Molina encontró un 60,89% de insatisfacción global en usuarios de consulta externa, siendo mayor la afectación en capacidad de respuesta, fiabilidad y aspectos tangibles. En el ámbito regional, Ruiz ⁽¹²⁾, al investigar usuarios con daños no transmisibles del Centro de Salud Aparicio Pomares de Huánuco, igualmente encontró que la satisfacción con los servicios de salud sigue siendo un factor frágil del primer nivel. De manera más cercana al objeto de este estudio, Briceño ⁽¹³⁾, en el Centro de Salud de Ambo, encontró que 60,6% de las madres presentaron satisfacción media con la atención brindada por enfermería en el consultorio de inmunizaciones. Predominaron también niveles medios en las dimensiones de atención humana, segura, oportuna y continua. Estos hallazgos muestran que, aun en servicios preventivos claves del primer nivel, la experiencia materna todavía no se expresa de manera predominante en niveles altos de satisfacción.

La problemática tiene múltiples causas, y no se debe achacar solamente al acto individual del profesional de la salud, sino también a condiciones estructurales, organizativas y relacionales que inciden en la implementación efectiva del modelo de cuidado. Polo ⁽¹⁴⁾, al hablar sobre la experiencia de poner en marcha el Modelo de Atención Integral de Salud enfocado en la Familia y la Comunidad, indicó que su implementación requiere una buena organización del territorio. También requiere trabajo fuera de las instalaciones, un equipo con diferentes especialidades y un seguimiento organizado con las familias. Sin embargo, Iribari ⁽¹⁵⁾, al estudiar los establecimientos I-3 del MINSA, llegó a la conclusión de que la implementación del modelo ha sido limitada por problemas de infraestructura, falta de equipo, escasez de personal, habilidades en salud familiar y comunitaria. Además, observó poco apoyo del Estado y problemas para mantenerlo a largo plazo.

A ello se suma que la atención al niño requiere orientar activamente a la familia y fortalecer sus prácticas de cuidado. UNICEF ⁽¹⁶⁾, en el estudio de caso sobre cuidado para el desarrollo infantil en el Perú, evidenció que los servicios dirigidos a la primera infancia deben fortalecer las capacidades de madres, padres y cuidadores mediante juego, comunicación, orientación y cuidado sensible, porque estos elementos mejoran el desarrollo infantil y la calidad de la atención. En el mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud ⁽¹⁷⁾ ha señalado que la comunicación del personal sanitario con madres, padres y cuidadores debe ser clara, comprensible y empática, especialmente en intervenciones preventivas como la vacunación, a fin de generar confianza y favorecer la toma de decisiones informadas.

Por tanto, factores como dificultad para acceder a la atención, tiempos de espera, insuficiente explicación del diagnóstico o tratamiento, escasa escucha de las preocupaciones maternas, limitaciones en la orientación preventiva y una participación reducida de la madre en decisiones sobre el cuidado infantil pueden incidir negativamente en la satisfacción respecto a la implementación del modelo.

Cuando la madre percibe que el servicio no responde adecuadamente a sus necesidades y a las de su hijo, las consecuencias trascienden la simple

inconformidad. Doyle et al. ⁽³⁾ demostraron que una experiencia desfavorable se asocia con menor adherencia a tratamientos y recomendaciones, menor uso de servicios preventivos y debilitamiento de la continuidad del cuidado. El Ministerio de Salud ⁽¹⁸⁾, en el manual operativo de atención infantil para centros y puestos de salud, establece que el seguimiento del niño debe integrar procedimientos clínicos, orientación a la madre o cuidador y acciones preventivas continuas; por ello, cualquier deterioro en la experiencia de atención puede comprometer la efectividad de ese seguimiento.

Asimismo, la Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo ⁽⁶⁾ y la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica del niño de 0 a 11 años ⁽¹⁹⁾ refuerzan que el cuidado infantil requiere controles periódicos, vigilancia nutricional, consejería, evaluación y registro oportuno. La madre percibe barreras de accesibilidad, trato poco empático, poca orientación o beneficio del servicio, y esto puede disminuir la confianza en el establecimiento, postergar controles, dudar de las recomendaciones o disminuir la continuidad del vínculo con el servicio de salud.

Ante esta necesidad, el sistema de salud peruano ha impulsado lineamientos para fortalecer la atención infantil desde un enfoque integral, preventivo y centrado en la familia. El Ministerio de Salud ⁽²⁾ señala que el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida debe conectar la atención del niño con la de su familia y comunidad, mientras que la Norma Técnica de CRED ⁽⁶⁾ y los protocolos de salud infantil ⁽¹⁸⁾ buscan garantizar un seguimiento continuo, una evaluación integral y una orientación adecuada. Pero, la existencia de estos instrumentos no garantiza, por sí sola, que las madres perciban una atención accesible, clara, humanizada y útil.

Desde la disciplina de enfermería, Urra y cols. ⁽²⁰⁾, al desarrollar la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, afirman que el cuidado profesional se realiza plenamente sólo cuando existe una relación interpersonal basada en confianza, sensibilidad, respeto, ambiente terapéutico y respuesta auténtica a las necesidades humanas. En ese sentido, evaluar la satisfacción materna frente a la implementación del Modelo de Cuidado Integral no es

poner en duda el valor del modelo, sino examinar si este se está expresando efectivamente en la práctica cotidiana del servicio.

En el Centro de Salud Amarilis, donde el modelo viene implementándose en el componente niño, se identifica un vacío local específico: no se dispone de evidencia propia que describa cómo perciben las madres la atención recibida en términos de accesibilidad, calidad técnica, empatía y comunicación, involucramiento en el cuidado e impacto percibido en el bienestar del niño. Por ello, el presente estudio busca generar evidencia útil para identificar fortalezas y áreas de mejora, orientar decisiones institucionales y fortalecer la implementación del modelo en beneficio de las madres y de la salud infantil.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pe1. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la accesibilidad en la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?

Pe2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la calidad técnica de la atención brindada en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?

Pe3. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la empatía y comunicación del personal de salud en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?

Pe4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a su involucramiento en las decisiones sobre el cuidado infantil en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?

Pe5. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto al impacto de la atención recibida en el bienestar del niño en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oe1: Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la accesibilidad en la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.

Oe2: Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la calidad técnica de la atención brindada en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.

Oe3: Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la empatía y comunicación del personal de salud en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.

Oe4: Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a su involucramiento en la toma de decisiones sobre el cuidado infantil en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.

Oe5: Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto al impacto de la atención recibida en el bienestar del niño en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El estudio se justificó teóricamente porque se ubicó dentro del campo de la enfermería, la salud pública y la calidad de la atención, al

abordar un problema vinculado con la experiencia de las madres frente a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el primer nivel. En ese sentido, su desarrollo resultó coherente con las prioridades académicas orientadas al análisis del cuidado, la organización de los servicios y la mejora de la atención infantil, al centrarse en una realidad concreta del Centro de Salud Amarilis.

Asimismo, la investigación permitió profundizar en un vacío de conocimiento específico que aún no había sido explorado con suficiente precisión en el contexto local: la satisfacción de las madres frente a la implementación del modelo no solo en términos globales, sino en dimensiones concretas como accesibilidad, calidad técnica, empatía y comunicación, involucramiento en el cuidado e impacto percibido en el bienestar del niño. Briceño ⁽¹³⁾ e Irribari ⁽¹⁵⁾ mostraron evidencia cercana sobre satisfacción materna e implementación del modelo en otros escenarios, pero no resolvieron este vacío en el ámbito particular de Amarilis.

De igual manera, el estudio aportó a ampliar la comprensión teórica del cuidado integral al vincular el enfoque del Modelo de Cuidado Integral con la teoría del cuidado humano de Watson. Ministerio de Salud ⁽²⁾ plantea que la atención debe orientarse a la persona, la familia y la comunidad, mientras que Urra et al. ⁽²⁰⁾, al desarrollar la propuesta de Watson, sostienen que el cuidado profesional adquiere sentido en la relación interpersonal, la confianza, la sensibilidad y el respeto. Bajo esa articulación, la investigación permitió comprender la satisfacción materna como expresión concreta de cómo se vive y valora el cuidado integral en la práctica.

Finalmente, la investigación generó datos originales y evidencia empírica sobre el nivel de satisfacción de las madres y el comportamiento de sus dimensiones en un establecimiento del primer nivel de atención. Estos hallazgos no solo ampliarán la base teórica disponible sobre satisfacción y cuidado infantil, sino que también permitirán sustentar futuras investigaciones y fortalecer la interpretación del cuidado integral desde una perspectiva más próxima

a la experiencia real de las madres de niños atendidos en el Centro de Salud Amarilis.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El estudio se justificó en el plano práctico porque permitirá identificar, de manera concreta, qué aspectos de la atención deben fortalecerse en la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis. Aunque el MCI fue aprobado años atrás, su implementación en los servicios sigue siendo relativamente reciente; por ello, resulta necesario conocer cómo está siendo percibida por las madres en la atención de sus niños.

Los resultados tendrán aplicación directa en la mejora del servicio, ya que permitirán orientar acciones sobre accesibilidad, trato del personal, comunicación, participación de la madre en el cuidado y organización de la atención. De este modo, la investigación servirá como base para proponer ajustes realistas que contribuyan a una atención más oportuna, comprensible y cercana.

Los principales beneficiarios serán las madres y los niños atendidos en el establecimiento, porque podrán recibir una atención más acorde con sus necesidades. También se beneficiarán el personal de salud y los responsables de la gestión, al contar con información útil para fortalecer sus prácticas, optimizar procesos y tomar decisiones de mejora dentro del servicio.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El estudio se justificó metodológicamente porque dejó un antecedente útil para futuros estudiantes e investigadores de enfermería interesados en evaluar la satisfacción usuaria en el primer nivel de atención. Su principal aporte consistió en ofrecer una ruta metodológica clara para estudiar una variable única y multidimensional desde un enfoque cuantitativo, con criterios definidos de medición, categorización y análisis.

Asimismo, la investigación entrega instrumentos de recolección de datos estructurados en dimensiones específicas de la satisfacción

frente a la implementación del Modelo de Cuidado Integral, el cual podrá ser revisado, adaptado o tomado como referencia en futuras investigaciones que se realicen en otros establecimientos de salud y en otros cursos de vida. En este sentido, el estudio no sólo sirvió de antecedente temático sino también como ejemplo técnico para la construcción de variables, indicadores, baremación y análisis descriptivo.

De tal forma se alcanzó una apreciación ordenada del estado actual de la satisfacción en el Centro de Salud Amarilis y se dejó una base metodológica aplicable a nuevas investigaciones en contextos semejantes. El enfoque cuantitativo y el diseño descriptivo transversal fueron pertinentes, ya que permitieron medir de forma objetiva la percepción de las madres en un momento dado, a través de datos comparables y susceptibles de análisis estadístico; tal forma alcanzó una apreciación ordenada del estado actual de la satisfacción en el Centro de Salud Amarilis y se dejó una base metodológica aplicable a nuevas investigaciones en contextos semejantes.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En el transcurso del estudio se hallaron algunas limitaciones previsibles. La investigación, con respecto a la población, se limitó a madres de niños atendidos en el Centro de Salud Amarilis durante el período de estudio, por lo tanto, los resultados no pudieron ser generalizados directamente a otros establecimientos o contextos con diferentes condiciones de implementación; para disminuir este efecto, se definieron claramente los criterios de inclusión y exclusión, así como las características del escenario investigado. En cuanto al costo, dado que se trató de una investigación autofinanciada, hubo limitaciones para ampliar el alcance del estudio hacia procedimientos complementarios, tales como seguimientos posteriores o aplicaciones en otros establecimientos, por lo que se priorizaron las actividades esenciales del proceso investigativo y se optimizaron los recursos disponibles. En cuanto al tiempo, el diseño transversal permitió captar la percepción de las madres en un momento específico, sin valorar cambios a mediano plazo en la

implementación del Modelo de Cuidado Integral, más aún, considerando que su puesta en práctica en el servicio era relativamente reciente; para afrontar esta limitación, se estandarizó la recolección de datos en un período definido y se dejó abierta la posibilidad de futuros estudios longitudinales o comparativos.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue viable porque contó con una población accesible y suficiente para un estudio observacional, al disponerse de un número adecuado de madres de niños atendidos en el Centro de Salud Amarilis, lo que permitió desarrollar la recolección de datos dentro del ámbito previsto; en cuanto al costo, el estudio fue autofinanciado por la investigadora, quien asumió los gastos básicos relacionados con materiales, desplazamiento, impresión y procesamiento de la información, sin requerir financiamiento externo; y respecto al tiempo, el proceso investigativo se ejecutó dentro del periodo académico programado y en un plazo compatible con lo establecido por la Universidad de Huánuco, lo que hizo factible su culminación ordenada dentro de los parámetros institucionales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de una búsqueda exhaustiva de antecedentes, se advirtió que varios estudios internacionales pertinentes para el análisis del problema presentaban más de cinco años de antigüedad; no obstante, se incorporaron también investigaciones recientes cuya proximidad temática y metodológica aportó al sustento del presente estudio y, según Hernández Sampieri et al.⁽²¹⁾, “en la investigación científica, un antecedente es relevante no por su año de publicación, sino por el aporte que brinda al entendimiento del fenómeno de estudio”.

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Etiopía, en 2022, Hailemariam et al. ⁽²²⁾, desarrollaron un estudio titulado “Caregivers' Satisfaction Status with Services for Under-five Children and Associated Factors at Primary Health Care Units in Rural Ethiopia: Measuring Primary Health Care Responsiveness”. Realizaron una investigación institucional de corte transversal en cuidadores de niños menores de cinco años atendidos en unidades de atención primaria de salud del sur de Etiopía. La muestra estuvo conformada por 393 cuidadores, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. Emplearon la entrevista de salida cara a cara y un cuestionario estructurado con escala de Likert de cinco puntos. Para el análisis utilizaron estadística descriptiva y regresión logística binaria, calculando odds ratio ajustados con intervalos de confianza del 95%. Los resultados mostraron una satisfacción global de 70,0%; además, esta se asoció significativamente con haber recibido todos los medicamentos prescritos, con el acceso a laboratorio y con la explicación del diagnóstico del niño. Concluyeron que la satisfacción de los cuidadores dependía de la capacidad resolutoria del servicio, del abastecimiento y de la calidad de la información clínica. Este antecedente aportó al presente estudio una referencia internacional directa sobre satisfacción

del cuidador infantil en el primer nivel y permitió reforzar dimensiones como calidad técnica, accesibilidad y comunicación.

En Chile, en 2018, García-Huidobro et al. ⁽¹⁰⁾, desarrollaron un estudio titulado “Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena”. Realizaron un estudio transversal que evaluó el estado de implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria en 1 263 establecimientos de atención primaria. Examinaron la relación entre autoevaluación interna y evaluación externa mediante análisis de correlación y utilizaron análisis multinivel para identificar factores asociados al nivel de implementación. Hallaron una correlación alta entre ambas mediciones y observaron que el eje con mayor implementación fue el tecnológico, mientras que el enfoque familiar presentó el menor desarrollo. Concluyeron que, pese a la amplia difusión del modelo, persistía el desafío de consolidar el enfoque familiar y comunitario en la atención primaria. Este antecedente fue útil para el presente estudio porque evidenció que la existencia formal de un modelo integral no garantiza por sí sola una percepción plenamente favorable del cuidado, lo que justifica evaluar la satisfacción de las madres frente a su aplicación real.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Lima, en 2024, Irribari ⁽¹⁵⁾, desarrolló un estudio titulado “Percepciones de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad en establecimientos de salud de Lima Norte del MINSA, 2011-2020, desde la perspectiva de los prestadores”. La investigación fue de enfoque cualitativo y se realizó mediante entrevistas a profundidad en cuatro establecimientos de salud nivel I-3 de la DIRIS Norte del MINSA. Fueron partícipes de ello médicos, enfermeras, obstetras, técnicos de enfermería y agentes comunitarios. Los resultados demostraron que los principales obstáculos para aplicar el modelo fueron las deficiencias de infraestructura, equipamiento y personal, la falta de capacitación suficiente en salud familiar y comunitaria, y el escaso compromiso del

Estado para garantizar financiamiento, regulación y sostenibilidad. También se detectó que la alta rotación política y de dirección afectó la continuidad del proceso. El autor llegó a la conclusión de que el MAIS-BFC no había logrado consolidarse plenamente, debido a sus deficiencias estructurales, formativas y de gestión. Este antecedente aportó al presente estudio una base nacional sólida para comprender las dificultades operativas y organizativas que pueden influir indirectamente en la percepción de las madres sobre la implementación del cuidado integral.

En Lima, en 2023, Apaza et al. ⁽²³⁾, desarrollaron un estudio titulado “Calidad de cuidado y satisfacción de madres de niños menores de 3 años que acuden al control de CRED del Centro Materno Infantil México, San Martín de Porres - 2023”. El estudio tuvo enfoque cuantitativo y diseño correlacional-transversal. La muestra estuvo conformada por 169 madres de niños menores de tres años que acudieron al control de CRED. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, aplicándose un cuestionario de calidad de cuidado y un cuestionario de satisfacción de las madres. Los resultados mostraron que existió relación significativa entre la calidad del cuidado y la satisfacción materna ($p < 0,05$). Del mismo modo, las dimensiones entorno, técnica y humana también presentaron relación significativa con la satisfacción de las madres ($p < 0,05$). Las autoras concluyeron que la calidad del cuidado brindado en CRED se relacionó significativamente con la satisfacción materna. Este antecedente aportó al presente estudio un referente nacional muy pertinente para sustentar la relación entre calidad del cuidado infantil y satisfacción de las usuarias en un servicio preventivo del primer nivel.

En Lima, en 2018, Poma ⁽²⁴⁾, desarrolló un estudio titulado “Nivel de satisfacción de los padres sobre la atención de enfermería en niños que asisten al Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño”. La investigación fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y corte transversal. La muestra estuvo integrada por 60 padres de niños atendidos en emergencia pediátrica. Para la recolección de datos utilizó el cuestionario CARE-Q adaptado al contexto pediátrico. Los

resultados mostraron que 46,7% de los padres presentaron un nivel de satisfacción medio, 45,0% un nivel alto y 8,3% un nivel bajo. Concluyó que predominó una satisfacción intermedia respecto al cuidado de enfermería brindado. Este antecedente contribuyó al presente estudio porque mostró, en un servicio pediátrico y desde la percepción del cuidador, que la satisfacción puede concentrarse en niveles medios aun cuando la atención es aceptada, lo que respalda la necesidad de analizar dimensiones específicas de la experiencia materna.

En Perú, en 2018, Polo ⁽¹⁴⁾, desarrolló un estudio titulado “Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar”. Se trató de una sistematización de experiencia sobre la implementación del MAIS-BFC entre 2010 y 2015. El trabajo describió resultados operativos del proceso, entre ellos la intervención en 244 649 hogares, el desarrollo de 17 250 sesiones educativas, la identificación de 37 303 patologías mediante visitas familiares y el incremento de establecimientos implementadores de 1 274 a 1 703, equivalentes a 21,8% del primer nivel del país. Asimismo, reportó actividades de capacitación continua para el personal de salud. La autora concluyó que la implementación del modelo permitió mejorar el acceso, fortalecer la detección oportuna y consolidar capacidades del recurso humano. Este antecedente aportó al presente estudio una base nacional sobre la implementación operativa del modelo, necesaria para interpretar la satisfacción percibida por las madres dentro del marco del cuidado integral.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En Huánuco, en 2023, Espinoza ⁽²⁵⁾, desarrolló un estudio titulado “Satisfacción materna y atención de enfermería en consultorio de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años, Centro de Salud Las Moras, Huánuco - 2023”. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo y analítico, con enfoque cuantitativo y nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 105 madres, a quienes se aplicó un

cuestionario de características generales y otro sobre atención del profesional de enfermería. Los resultados evidenciaron que 87,7% de las madres se encontraban satisfechas y 12,3% insatisfechas; además, 97,1% consideraron adecuada la atención de enfermería. La contrastación de hipótesis mostró relación significativa entre ambas variables con $p=0,000$. En las dimensiones específicas, se reportó asociación significativa en la atención oportuna ($X^2=45,035$; $p=0,000$), continua ($X^2=21,855$; $p=0,000$) y segura ($X^2=29,429$; $p=0,000$). El autor concluyó que existió relación estadística entre satisfacción materna y atención de enfermería en el consultorio de CRED. Este antecedente fortaleció el presente estudio porque aportó evidencia local reciente, muy próxima al objeto investigado, y confirmó que la percepción materna se relaciona con componentes específicos del cuidado brindado en el primer nivel.

En Huánuco, en 2022, Ruiz ⁽¹²⁾, desarrolló un estudio titulado “Calidad de servicio y satisfacción de usuarios de daños no transmisibles del Centro de Salud Aparicio Pomares - Huánuco, 2022”. La investigación fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño no experimental, correlacional. La población estuvo conformada por 460 usuarios del programa de daños no transmisibles y la muestra por 45 usuarios, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Los resultados mostraron una relación directa y significativa entre calidad de servicio y satisfacción del usuario, con $p=0,000$. Asimismo, la prueba de chi-cuadrado reportó $X^2=47,144$ y el estudio señaló un coeficiente de contingencia de 0,715, interpretado como relación alta. El autor concluyó que la mejora en la calidad del servicio se vinculó significativamente con mayores niveles de satisfacción usuaria. Este antecedente aportó al presente estudio una referencia local sobre la relación entre calidad percibida y satisfacción, aunque su utilidad fue principalmente contextual, por no centrarse específicamente en madres de niños ni en la implementación del Modelo de Cuidado Integral.

En Ambo, en 2018, Briceño ⁽¹³⁾, desarrolló un estudio titulado “Satisfacción de las madres con la atención que brinda el profesional

de Enfermería del Consultorio de Inmunizaciones del Centro de Salud de Ambo, 2018". La investigación fue de tipo descriptivo simple. La muestra estuvo conformada por 175 madres de niños menores de cinco años que acudieron al consultorio de inmunizaciones. La técnica utilizada fue la entrevista, aplicándose una guía de entrevista y una escala de satisfacción. El análisis inferencial se realizó con la prueba de chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra. Los resultados mostraron que, a nivel global, 60,6% de las madres presentaron satisfacción media; además, en las dimensiones de atención humana, segura, oportuna y continua predominó también la satisfacción media. La autora concluyó que las madres del consultorio de inmunizaciones presentaron un nivel medio de satisfacción frente a la atención brindada por enfermería. Este antecedente constituyó el referente local más próximo al presente estudio por su similitud temática, geográfica y poblacional.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. MODELO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD POR CURSO DE VIDA

El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad constituye el marco institucional principal del presente estudio, porque orienta la organización de la atención en el primer nivel desde una lógica centrada en la persona, la familia y la comunidad. El Ministerio de Salud ⁽²⁾ sostiene que este modelo tiene como objetivo dejar atrás una atención que es fragmentada y sobre todo recuperativa, fomentando un cuidado continuo, articulado y apropiado en función de lo que requiere cada fase del ciclo vital. Su objetivo, en esta línea, no se restringe a solucionar episodios de enfermedad, sino que también incluye la promoción de la salud, la prevención de riesgos, el seguimiento y la participación de los familiares dentro del mismo enfoque de cuidado.

Este modelo toma una forma específica durante la vida del niño, mediante acciones como el monitoreo nutricional, las inmunizaciones, el asesoramiento, el seguimiento de riesgos y la orientación a la madre o al cuidador, así como también el control del crecimiento y desarrollo. El Ministerio de Salud ⁽⁶⁾ sostiene que la atención al niño que tiene menos de cinco años debe ser secuencial, integral, oportuna y periódica. Esta atención debe incluir el registro, la evaluación, la participación activa del entorno familiar y la consejería. De forma complementaria, el Ministerio de Salud ⁽¹⁸⁾ aclara que los servicios del primer nivel deben integrar la supervisión nutricional y antropométrica como parte del cuidado continuo del niño. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud ⁽¹⁹⁾ destaca la relevancia de las acciones preventivas, los procedimientos clínicos y el seguimiento educativo a la familia.

Bajo este enfoque, la implementación del modelo no se puede considerar únicamente como una cuestión de cumplir con las regulaciones, sino también como la habilidad de la institución para convertir estas directrices en una experiencia de atención que sea accesible, comprensible, humanizada y beneficiosa tanto para el hijo como para su madre. Por lo tanto, estudiar la satisfacción de las madres respecto a su implementación posibilita evaluar si los principios del MCI se están materializando en la práctica diaria del servicio. Esta relación es relevante, ya que la percepción de la madre representa un medio específico para estudiar cómo el modelo se presenta en dimensiones observables como calidad técnica, comunicación, accesibilidad, participación en el cuidado e influencia sentida en el bienestar infantil.

2.2.2. TEORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE AVEDIS DONABEDIAN

La teoría de la calidad de atención formulada por Avedis Donabedian es uno de los modelos más robustos para entender y analizar los servicios sanitarios. Según Donabedian ⁽⁴⁾, se puede estudiar la calidad considerando tres elementos que están

interconectados: proceso, estructura y resultado. La estructura incluye las condiciones organizativas, humanas y materiales en que se presta la atención; el proceso tiene que ver con las acciones realizadas a lo largo del cuidado; y el resultado refleja los efectos o resultados que la atención genera en la salud o en la experiencia del usuario.

Este enfoque resulta especialmente útil para el presente estudio porque permite interpretar la satisfacción materna no como una reacción aislada, sino como una respuesta construida a partir de condiciones concretas del servicio. Por lo tanto, elementos como la infraestructura, los recursos disponibles y la organización del establecimiento pueden asociarse con la estructura; el proceso tiene que ver con la interacción del personal, el momento de la atención, la asesoría y la comunicación; en cambio, la percepción de beneficio sobre el bienestar infantil se acerca al resultado. Por lo tanto, la satisfacción de las madres puede considerarse como una expresión indirecta de cómo estos tres elementos se combinan en el proceso de atención.

El enfoque de Donabedian, además, posibilita la identificación de que la calidad no solo se basa en la corrección técnica del procedimiento, sino también en cómo el usuario percibe su interacción con el servicio. En el primer nivel de atención, esta perspectiva es especialmente relevante, ya que la madre aprecia no únicamente si su hijo fue atendido, sino también si recibió un trato respetuoso, información precisa, orientación provechosa y un servicio que satisfaga sus necesidades. Por lo tanto, este modelo ofrece un fundamento conceptual firme para examinar la satisfacción como manifestación de la calidad de atención dentro del marco del Modelo de Cuidado Integral.

2.2.3. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

La teoría del cuidado humano de Jean Watson proporciona una base disciplinaria esencial para este estudio, ya que ubica el cuidado en el centro de la enfermería y destaca su aspecto ético, relacional y

humano. Urra et al. ⁽²⁰⁾ indican que el cuidado solo puede llevarse a cabo de manera integral en una relación interpersonal, en la que se pueda responder a las necesidades del paciente gracias a la empatía, el respeto, la sensibilidad, la confianza y la presencia genuina del profesional. Desde esta perspectiva, el cuidado no consiste solo en aplicar técnicas, sino que también es una forma de relación que valora la dignidad y la individualidad del otro.

Este enfoque es muy relevante en el área de la atención a los niños, ya que la madre o el cuidador no solo evalúa la competencia técnica del personal, sino también cómo este escucha, se comunica, explica, acompaña y brinda seguridad mientras atiende a su hijo. En ese sentido, la satisfacción de las madres puede interpretarse como una expresión de cómo se ha vivido ese cuidado en el ámbito humano. Cuando la atención se siente próxima, comprensible y respetuosa, la experiencia suele ser positiva. En cambio, si prevalece la frialdad, la indiferencia o una escucha limitada, el contenido disminuye a pesar de que el procedimiento técnico haya sido ejecutado.

Además, la teoría de Watson ayuda a respaldar aspectos fundamentales de este estudio, en particular la comunicación, la empatía y el compromiso con el cuidado. Desde este punto de vista, se debe considerar a la madre no solamente como una acompañante, sino también como un elemento activo en el proceso de atención para garantizar que la calidad del cuidado infantil sea la mejor. Por lo tanto, la teoría del cuidado humano proporciona una base sólida para entender la satisfacción de las madres como un reflejo de una atención que combina competencia técnica con sensibilidad profesional y relación terapéutica.

2.2.4. TEORÍA DE LA CONFIRMACIÓN DE EXPECTATIVAS

La teoría de la confirmación de expectativas, propuesta por Richard L. Oliver, sostiene que la satisfacción es el resultado de comparar lo que una persona esperaba obtener con lo que realmente

ha recibido. Oliver ⁽²⁶⁾ sostiene que la satisfacción ocurre cuando el rendimiento del servicio es igual o superior a las expectativas iniciales, mientras que la insatisfacción se produce cuando este rendimiento está por debajo de lo esperado. Este método ha sido usado en gran medida para entender la satisfacción del usuario en diferentes servicios, entre los que están incluidos los de salud.

La teoría, al ser utilizada en este estudio, posibilita comprender que las madres llegan a la institución con expectativas anticipadas sobre el cuidado que recibirán sus hijos. Estas expectativas pueden estar vinculadas con la accesibilidad, el tiempo de espera, la transparencia de la información, el comportamiento del personal, la participación en el cuidado y la satisfacción de sus necesidades. Después de la atención, la madre evalúa lo sucedido y contrasta esa experiencia con sus expectativas. Su grado de satisfacción surge de dicha comparación.

Este marco es particularmente beneficioso porque hace posible que la satisfacción materna se entienda como una construcción cognitiva y vivida, no como una reacción espontánea o fuera de contexto. Igualmente, se conecta con el Modelo de Cuidado Integral, pues la aplicación de dicho modelo debería resultar en una atención que satisfaga o sobrepase las expectativas legítimas que tienen las madres sobre el cuidado de sus hijos. Por esa razón, la teoría de confirmación de expectativas proporciona un fundamento directo para entender la manera en que se genera la satisfacción en este estudio.

2.2.5. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD

La atención que se enfoca en la familia, la comunidad y el individuo es un enfoque transversal que complementa el Modelo de Cuidado Integral y guía la interacción entre los servicios sanitarios y los usuarios. La Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾ argumenta que este enfoque requiere que la atención se ajuste a las expectativas,

preferencias y necesidades de los individuos, reconociendo además que la calidad del cuidado depende de cómo se estructura el servicio y se involucra a la familia en el proceso de asistencia. En la misma línea, la Organización Panamericana de la Salud ⁽⁸⁾ ha indicado que el acceso universal no se reduce a que los servicios estén disponibles formalmente, sino que necesita eliminar obstáculos geográficos, económicos, socioculturales y organizativos que impactan en cómo se utiliza efectivamente el servicio de atención.

Esta visión es particularmente importante en la salud infantil, ya que el niño pequeño se apoya directamente en su madre o cuidador para acceder al servicio, seguir las recomendaciones y mantener un cuidado continuo. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ⁽¹⁶⁾ enfatiza que la atención enfocada en los primeros años de vida debe reforzar las habilidades de los cuidadores, las madres y los padres, sobre todo a través de una comunicación, una orientación y un acompañamiento sensible. Del mismo modo, Pan American Health Organization ⁽¹⁷⁾ resalta que la comunicación con madres, padres y cuidadores debe ser clara, empática y comprensible, ya que ello fortalece la confianza y la toma de decisiones informadas.

En ese contexto, se puede entender la satisfacción de las madres con respecto a la aplicación del modelo como una expresión del nivel en que el servicio consigue ser accesible, participativo y está en consonancia con sus verdaderas necesidades. Esta perspectiva teórica subraya la importancia de analizar no solo la atención al niño como acto clínico, sino también el nivel de calidad del vínculo que crea la institución con la madre y los miembros de su familia.

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL PERCIBIDO POR MADRES DE NIÑOS

La satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños se entiende como la valoración que realizan las madres sobre la forma en que el establecimiento concreto, en la práctica, el cuidado integral dirigido a sus hijos. Esta valoración surge de la comparación entre lo que la madre espera del servicio y lo que realmente experimenta durante la atención. Oliver ⁽²⁶⁾ explica que la satisfacción resulta del contraste entre expectativas previas y desempeño percibido, mientras que Ministerio de Salud ⁽²⁾ establece que el Modelo de Cuidado Integral organiza la atención de manera continua, articulada y centrada en la persona, la familia y la comunidad. En este estudio, la variable expresa cómo las madres juzgan esa implementación a partir de la experiencia concreta vivida en el servicio.

a) Accesibilidad

La accesibilidad se define como la posibilidad real de que la madre y su niño utilicen el servicio sin enfrentar barreras que dificulten el ingreso, la atención o la continuidad del cuidado. Organización Panamericana de la Salud ⁽⁸⁾ señala que el acceso universal exige superar obstáculos geográficos, económicos, socioculturales y organizativos; de forma complementaria, Ministerio de Salud ⁽²⁷⁾ reconoce que la satisfacción usuaria se relaciona con la forma en que el servicio responde a las expectativas y necesidades de acceso. En esta investigación, la accesibilidad expresa la facilidad percibida para llegar al servicio, conseguir atención y recibir respuesta dentro de condiciones consideradas razonables por la madre, para lo cual se evalúa:

Tiempo de espera para atención médica. Se refiere a la percepción de la madre sobre si el tiempo transcurrido antes de la atención médica de su niño fue razonable y acorde con sus expectativas.

Tiempo de espera para atención en enfermería. Alude a la apreciación de la madre respecto a la prontitud con que su niño fue atendido por el personal de enfermería dentro del establecimiento.

Horario de atención. Se entiende como la percepción de que los horarios del servicio se ajustan de manera razonable a las posibilidades de la madre y favorecen el uso del establecimiento sin dificultades innecesarias.

Facilidad de acceso desde el domicilio. Corresponde a la apreciación de la madre sobre si la distancia, el traslado o la ubicación del establecimiento facilitan o dificultan la atención del niño. Organización Panamericana de la Salud ⁽⁸⁾ reconoce que las barreras geográficas forman parte de los obstáculos clásicos del acceso en salud.

Facilidad para reprogramar citas. Se refiere a la percepción de que el servicio permite reorganizar o continuar la atención cuando la cita inicial no pudo concretarse, sin que ello implique pérdida del seguimiento del niño.

b) Calidad técnica

La calidad técnica se entiende como el grado en que la atención brindada al niño es percibida por la madre como correcta, segura, confiable y coherente con lo que corresponde en el primer nivel de atención. Donabedian ⁽⁴⁾ sostiene que la calidad del cuidado depende del modo en que se organiza y ejecuta el proceso asistencial, y World Health Organization ⁽²⁸⁾ establece que la atención de calidad para niños debe basarse en prácticas apropiadas, recursos humanos competentes y atención segura. En esta investigación, la calidad técnica expresa la confianza que la madre deposita en la competencia profesional y en la pertinencia del cuidado recibido por su hijo, para lo cual se evalúa:

Confianza en la capacidad técnica del personal. Se refiere a la seguridad que percibe la madre respecto a la competencia del personal para atender adecuadamente a su niño.

Comprensión del diagnóstico y tratamiento. Corresponde a la percepción de que la madre comprendió claramente la explicación brindada sobre la condición de salud del niño y la conducta indicada.

Claridad de las indicaciones terapéuticas. Alude a la percepción de que el tratamiento prescrito fue explicado con claridad suficiente para poder cumplirlo en el hogar.

Regularidad del control de crecimiento y desarrollo. Se entiende como la percepción de que el niño ha recibido seguimiento ordenado y continuo en sus controles de crecimiento y desarrollo. Ministerio de Salud ⁽¹⁸⁾ establece que la atención infantil debe articular evaluación, seguimiento y consejería dentro de un proceso continuo.

Consejería sobre lactancia materna o nutrición infantil. Se refiere a la orientación brindada a la madre sobre prácticas de alimentación infantil vinculadas con el bienestar y desarrollo del niño. World Health Organization⁽²⁹⁾ destaca que apoyar a cuidadores mediante orientación sensible y práctica es parte del cuidado infantil efectivo.

Entrega de suplementos cuando fueron necesarios. Corresponde a la percepción de la madre sobre la provisión oportuna de suplementos nutricionales indicados según la necesidad del niño.

Orientación sobre la importancia de las vacunas. Alude a la explicación brindada a la madre sobre el valor preventivo de las vacunas para la salud de su niño.

c) Empatía y comunicación

La empatía y comunicación se definen como la capacidad del personal de salud para establecer con la madre una relación

respetuosa, comprensible, cercana y sensible durante la atención del niño. Pan American Health Organization ⁽¹⁷⁾ señala que la comunicación con madres, padres y cuidadores debe ser clara, empática y orientada a generar confianza, mientras que The Joint Commission ⁽³⁰⁾ establece que los servicios deben identificar necesidades comunicativas y responder a ellas de manera efectiva. En este estudio, esta dimensión expresa la forma en que la madre percibe el trato, la escucha y la calidad de la información brindada por el personal, para lo cual se evalúa:

Amabilidad y respeto en el trato. Se refiere al trato cortés, digno y considerado que la madre percibe durante la atención brindada a ella y a su niño.

Respeto hacia costumbres y creencias. Se entiende como la percepción de que la atención consideró de manera respetuosa las características culturales y personales de la madre. The Joint Commission ⁽³⁰⁾ vincula la comunicación centrada en el paciente con competencia cultural y atención libre de discriminación.

Explicaciones claras sobre la atención brindada. Corresponde a la percepción de que la información entregada fue comprensible y útil para entender la atención recibida por el niño.

Escucha y atención de dudas o preocupaciones. Alude a la disposición del personal para atender preguntas, inquietudes o preocupaciones de la madre y responder de forma útil. The Joint Commission⁽³⁰⁾ resalta que la comunicación debe adecuarse a las necesidades del paciente y su familia para favorecer un intercambio efectivo de información.

d) Involucramiento en el cuidado infantil

El involucramiento en el cuidado infantil se define como el nivel de participación que la madre percibe tener en las decisiones, orientaciones y acciones relacionadas con la atención de su hijo.

Ministerio de Salud ⁽²⁾ establece que el Modelo de Cuidado Integral reconoce a la familia como parte activa del cuidado, y World Health Organization ⁽²⁸⁾ considera que la atención de calidad para niños debe incluir participación significativa de niños y cuidadores en los cuidados y decisiones, respetando sus necesidades y preferencias. En esta investigación, esta dimensión representa el grado en que la madre se sintió incluida y reconocida como parte importante del proceso asistencial, para lo cual se evalúa:

Participación en decisiones sobre el cuidado. Se refiere a la percepción de que la madre fue tomada en cuenta respecto a las decisiones relacionadas con el cuidado y tratamiento de su niño.

Posibilidad de expresar opiniones o sugerencias. Alude a la percepción de que la madre tuvo oportunidad de manifestar sus puntos de vista durante la atención recibida.

Recepción de instrucciones claras para el cuidado en casa. Se entiende como la percepción de que la madre recibió orientaciones comprensibles y útiles para continuar el cuidado del niño en el hogar. World Health Organization ⁽²⁹⁾ enfatiza que el apoyo a cuidadores es esencial para sostener prácticas de cuidado y desarrollo infantil.

e) Impacto percibido en el bienestar infantil

El impacto percibido en el bienestar infantil se entiende como la apreciación de la madre sobre si la atención recibida contribuyó favorablemente a la salud, crecimiento, desarrollo o protección de su hijo. World Health Organization ⁽⁵⁾ señala que la atención infantil debe reducir daños prevenibles y favorecer el desarrollo mediante intervenciones integradas, y World Health Organization ⁽²⁹⁾ destaca que el cuidado sensible, el acompañamiento al cuidador y las oportunidades de desarrollo influyen en el bienestar del niño. En este estudio, esta dimensión recoge la percepción materna sobre la utilidad concreta del servicio para mejorar o mantener el bienestar infantil, para lo cual se evalúa:

Mejora en la salud del niño. Se refiere a la apreciación de la madre respecto a cambios favorables en el estado general de salud del niño desde que recibe atención en el establecimiento.

Mejora en el crecimiento y desarrollo. Corresponde a la valoración de la madre sobre avances o evolución favorable del crecimiento y desarrollo de su niño.

Satisfacción con los resultados obtenidos en la salud del niño. Alude al juicio global de la madre respecto a los beneficios alcanzados en la salud de su hijo a partir de la atención recibida.

2.4. HIPÓTESIS

No se formuló hipótesis de investigación, debido a que el estudio fue descriptivo, de variable única, y no tuvo como propósito contrastar asociación, diferencia o causalidad entre variables.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE PRINCIPAL

Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños. Y sus dimensiones son:

1. Accesibilidad
2. Calidad técnica
3. Empatía y comunicación
4. Involucramiento en el cuidado infantil
5. Impacto percibido en el bienestar infantil

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Valores	Tipo de variable	Escala	Instrumento de medición
Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibida por madres de niños	Accesibilidad	Grado de satisfacción de la madre respecto a la facilidad de acceso, oportunidad y disponibilidad de la atención brindada a su niño en el establecimiento de salud.	• Tiempo de espera para atención médica • Tiempo de espera para atención en enfermería • Horario de atención • Facilidad de acceso desde el domicilio • Facilidad para reprogramar citas	21–25 = muy alta 17–20 = alta 13–16 = moderada 9–12 = baja 5–8 = muy baja satisfacción	Categórica politómica	Ordinal	Cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral (escala de Likert)
	Calidad técnica de la atención	Grado de satisfacción de la madre respecto a la competencia técnica, claridad de la información y seguridad del cuidado brindado al niño.	• Confianza en la capacidad técnica del personal • Comprensión del diagnóstico y tratamiento • Claridad de las indicaciones terapéuticas • Regularidad del CRED • Consejería en lactancia o nutrición • Entrega de suplementos cuando corresponde • Orientación sobre vacunas	30–35: muy alta 24–29: alta 17–23: calidad técnica moderada 10–16: baja 7–9: muy baja calidad técnica	Categórica politómica	Ordinal	Cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral (escala de Likert)

Variable	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Valores	Tipo de variable	Escala	Instrumento de medición
Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibida por madres de niños	Empatía y comunicación	Grado de satisfacción de la madre respecto al trato interpersonal, respeto y claridad comunicativa del personal de salud durante la atención del niño.	• Trato amable y respetuoso; • Respeto a costumbres y creencias; • Explicaciones claras sobre la atención; • Escucha y atención de dudas o preocupaciones	17–20: muy alta empatía y comunicación 13–16: alta empatía y comunicación 9–12: moderada empatía y comunicación 5–8: baja empatía y comunicación 4: muy baja empatía y comunicación	Categórica politómica	Ordinal	Cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral (escala de Likert)
	Involucramiento en el cuidado infantil	Grado de satisfacción de la madre respecto a su participación en decisiones, expresión de opiniones y orientación recibida para el cuidado del niño.	• Participación en decisiones sobre el cuidado; • Posibilidad de expresar opiniones o sugerencias; • Recepción de instrucciones claras para el cuidado en casa	13–15: muy alto involucramiento 10–12: alto involucramiento 7–9: involucramiento moderado 4–6: bajo involucramiento 3: muy bajo involucramiento	Categórica politómica	Ordinal	Cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral (escala de Likert)
	Impacto en el bienestar del niño	Grado de satisfacción de la madre respecto a la mejoría percibida en la salud, crecimiento y resultados generales obtenidos en su niño a partir de la atención recibida.	• Mejoría en la salud del niño; • Mejoría en crecimiento y desarrollo; • Satisfacción con los resultados obtenidos en la salud del niño	13–15: mucha mejora 10–12: algo de mejora 7–9: leve mejora 4–6: sin mejora 3: empeoró	Categórica politómica	Ordinal	Cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral (escala de Likert)

Matriz de operacionalización de las variables de caracterización

Variable de caracterización	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador	Valores	Escala	Instrumento
Edad de la madre	Edad cronológica cumplida por la madre al momento de la encuesta, agrupada según la codificación final de la base.	Categórica politómica	Grupo etario materno	1 = 18 a 25 años 2 = 26 a 35 años 3 = 36 a 48 años	Ordinal	Cuestionario sociodemográfico
Nivel educativo	Máximo nivel de estudios alcanzado por la madre al momento del estudio.	Categórica politómica	Nivel académico reportado	1 = Primaria incompleta 2 = Primaria completa 3 = Secundaria 4 = Técnica superior 5 = Universitaria	Ordinal	Cuestionario sociodemográfico
Estado civil	Situación conyugal actual reportada por la madre.	Categórica politómica	Estado civil reportado	1 = Soltera 2 = Casada 3 = Conviviente 4 = Separada 5 = Divorciada	Nominal	Cuestionario sociodemográfico
Ocupación	Actividad principal desempeñada por la madre al momento de la encuesta.	Categórica politómica	Ocupación declarada	1 = Ama de casa 2 = Trabajadora dependiente 3 = Trabajadora independiente 4 = Estudiante 5 = Otro	Nominal	Cuestionario sociodemográfico
Número de hijos menores de 12 años	Número de hijos vivos menores de 12 años a cargo de la madre.	Cuantitativa discreta recodificada	Número de hijos menores	1 = Un hijo 2 = Dos hijos 3 = Tres hijos	Ordinal	Cuestionario sociodemográfico
Edad del niño	Grupo etario del niño atendido, según la clasificación usada en la base final.	Categórica politómica	Grupo etario pediátrico	1 = Recién nacido (0–28 días) 2 = Lactante menor (1–5 meses) 3 = Lactante mayor (6–11 meses) 4 = Preescolar (1–4 años)	Ordinal	Cuestionario sociodemográfico

Variable de caracterización	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador	Valores	Escala	Instrumento
Condición de salud del niño	Estado general de salud del niño percibido por la madre al momento del estudio.	Categórica dicotómica	Condición clínica reportada	1 = Salud general adecuada 2 = Discapacidad	Nominal	Cuestionario sociodemográfico
Tiempo de atención en el centro de salud	Antigüedad de la atención del niño en el Centro de Salud Amarilis.	Categórica politómica	Tiempo de uso del servicio	1 = Menos de 6 meses 2 = 6 meses a 1 año 3 = 1 a 3 años 4 = Más de 3 años	Ordinal	Cuestionario sociodemográfico
Tipo de seguro de salud	Afiliación de salud vigente del niño al momento de la atención.	Categórica dicotómica	Sistema de aseguramiento	1 = SIS 2 = Ninguno	Nominal	Cuestionario sociodemográfico
Frecuencia de uso del servicio	Frecuencia con que la madre acude al establecimiento por atención del niño.	Categórica politómica	Contacto regular con el servicio	1 = Cada mes 2 = Cada 2–3 meses 3 = Solo cuando se enferma 4 = Otra frecuencia	Ordinal	Cuestionario sociodemográfico
Área de residencia	Zona de residencia de la madre y del niño.	Categórica politómica	Área geográfica reportada	1 = Urbana 2 = Periurbana 3 = Rural	Nominal	Cuestionario sociodemográfico

Baremación del instrumento:

93–110 puntos: satisfacción global muy alta
75–92 puntos: satisfacción global alta
57–74 puntos: satisfacción global moderada
39–56 puntos: satisfacción global baja
22–38 puntos: satisfacción global muy baja.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la naturaleza metodológica del estudio, la investigación se clasificó según cuatro criterios fundamentales:

La investigación fue observacional, prospectiva, transversal y descriptiva. Fue observacional porque no se manipularon las variables de estudio, sino que se recogió la información tal como ocurrió en la realidad. Fue prospectiva porque los datos se obtuvieron directamente de las madres durante el trabajo de campo mediante la aplicación de los instrumentos. Fue transversal porque la medición se realizó en un solo momento, sin seguimiento posterior. Finalmente, fue descriptiva porque se orientó a determinar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral y a describir sus dimensiones.

3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, dado que la variable de interés fue medida mediante un instrumento estructurado, permitiendo la obtención de datos numéricos susceptibles de análisis estadístico.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio tuvo alcance descriptivo, debido a que se centró en precisar cómo se manifestó la satisfacción percibida por las madres de niños en relación con la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue no experimental, transversal-descriptivo. Fue no experimental porque la variable no fue manipulada y la investigadora no intervino sobre las condiciones de atención, sino que evaluó una situación ya existente en el servicio. Fue transversal porque la información se recolectó en un único momento de observación por participante. Asimismo, fue

descriptivo porque estuvo orientado a presentar el nivel de satisfacción percibido por las madres en el contexto real donde se brindó la atención.

El diseño quedó representado mediante el siguiente esquema:

Diagrama o esquema:



Dónde:

n = muestra de madres de niños atendidos en el Centro de Salud Amarilis

X = Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibida por madres de niños

En consecuencia, el diseño metodológico permitió describir con precisión la variable estudiada en su contexto natural, conservando la objetividad del levantamiento de datos y la coherencia con el objetivo general de la investigación.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por 430 madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, durante el año 2025, en los servicios vinculados con la atención infantil. Esta población fue definida a partir del registro consolidado del establecimiento correspondiente al periodo de estudio, considerando a las madres con experiencia directa en la atención brindada a sus hijos en el marco del Modelo de Cuidado Integral. La delimitación de la población permitió precisar el grupo de usuarias sobre el cual se estimó el tamaño de la muestra y al cual se circunscribieron los resultados de la investigación.

a) Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a las madres que cumplieron las siguientes condiciones:

- ✓ Madres de niños menores de 5 años que fueron atendidos en el Centro de Salud Amarilis durante el periodo de estudio;

- ✓ Madres cuyos niños recibieron atención en al menos uno de los servicios del componente infantil del establecimiento;
- ✓ Madres de 18 a 59 años de edad;
- ✓ Madres cuyos niños registraron dos o más atenciones en el establecimiento, con el fin de asegurar una experiencia suficiente para valorar la implementación del Modelo de Cuidado Integral;
- ✓ Madres que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio las madres que presentaron alguna de las siguientes condiciones:

- ⊗ Barreras de comunicación que dificultaran la comprensión del cuestionario o la calidad de las respuestas;
- ⊗ Madres de niños con enfermedades graves o crónicas que modificaran de manera sustancial el circuito habitual de atención integral infantil y pudieran sesgar la valoración del cuidado ordinario;
- ⊗ Madres cuya experiencia de atención correspondía únicamente a un contacto aislado no suficiente para valorar continuidad, seguimiento y componentes del cuidado integral;
- ⊗ Madres con residencia menor de seis meses en la jurisdicción del establecimiento.

c) Criterios de eliminación

Se eliminaron del análisis los cuestionarios incompletos, los registros duplicados, las encuestas con inconsistencias que impidieron su procesamiento y los casos que, luego de la revisión final, no cumplían con los criterios de selección establecidos.

Ubicación espacial

El estudio se realizó en el Centro de Salud Amarilis, ubicado en el distrito de Amarilis, provincia y región Huánuco.

Ubicación temporal

La investigación se ejecutó durante el mes de noviembre del año 2025. La recolección de datos se desarrolló en un periodo operativo conforme al cronograma previsto para el trabajo de campo.

3.5.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 204 madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Amarilis durante el año 2025, quienes cumplieron los criterios de inclusión establecidos y aceptaron participar voluntariamente en la investigación. El tamaño de la muestra fue obtenido mediante la fórmula para población finita, considerando una población conocida de 430 madres.

Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por cada madre de niño menor de 5 años atendido en el Centro de Salud Amarilis que cumplió los criterios de selección y respondió los instrumentos de recolección de datos.

Unidad muestral

La unidad muestral correspondió a cada madre elegible captada durante el periodo de recolección, con aceptación voluntaria de participación mediante consentimiento informado.

Marco muestral

El marco muestral estuvo representado por el conjunto de madres de niños menores de 5 años que acudieron a los servicios del componente infantil del Centro de Salud Amarilis durante el periodo de ejecución del estudio, información que fue identificada a partir del flujo de atención registrado en consulta externa, control de crecimiento y desarrollo, vacunatorio, odontología y consejería en salud.

Tipo de muestreo

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, debido a que se incluyó a las madres accesibles durante el periodo de recolección de datos, siempre que cumplieran los criterios de selección y otorgaran su consentimiento informado.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando una población conocida de 430 madres de niños, un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada de 0,50, una proporción complementaria de 0,50 y un error de precisión del 5%:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

N = 430

Z = 1,96

p = 0,50

q = 0,50

d = 0,05

Reemplazando:

$$n = \frac{430 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,05)^2(430 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}$$

$$n = \frac{430 \cdot 3,8416 \cdot 0,25}{0,0025 \cdot 429 + 0,9604}$$

$$n = \frac{412,972}{2,0329} = 204$$

El tamaño de la muestra quedó conformado por 204 madres de niños menores de 5 años.

El tamaño muestral fue estimado como valor referencial mediante fórmula para población finita; sin embargo, la selección de participantes fue no probabilística por conveniencia, debido a que se incluyó a las madres

accesibles durante el periodo de recolección de datos que cumplieron los criterios de selección. Por ello, los resultados describen la muestra estudiada y no deben interpretarse como inferencia probabilística estricta hacia toda la población.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas: La técnica empleada fue la encuesta, por ser pertinente para estudios cuantitativos de alcance descriptivo. Esta técnica permitió obtener información directa, ordenada y comparable sobre la satisfacción percibida por las madres de niños menores de 5 años respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral. La aplicación se realizó de manera presencial, individual y en un solo momento, durante el periodo programado para el trabajo de campo, lo que facilitó la recolección de información en condiciones homogéneas y redujo el riesgo de sesgo por recuerdo.

Instrumentos: En la investigación se utilizaron dos instrumentos:

- a) Cuestionario de caracterización sociodemográfica de la madre y del niño atendido.
- b) Cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños.

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO N° 1. Cuestionario de caracterización sociodemográfica de la madre y del niño atendido

Ítem	Descripción
Nombre del instrumento	Cuestionario de caracterización sociodemográfica de la madre y del niño atendido
Autor	Elaborado por la tesista
Objetivo del instrumento	Recoger información sociodemográfica de la madre, del niño y del uso del servicio, a fin de describir la muestra y contextualizar los resultados del estudio
Estructura del instrumento	Conformado por 11 preguntas distribuidas en dos bloques: A. Datos de la madre (5 preguntas) B. Datos del niño y del servicio de salud (6 preguntas)
Técnica de administración	Encuesta estructurada, aplicada de manera presencial, individual, autoaplicada o asistida según el nivel educativo de la participante

Ítem	Descripción
Momento de aplicación	Se aplicó antes del cuestionario principal, en un solo momento durante la recolección de datos
Tiempo estimado de aplicación	Entre 5 y 7 minutos por participante
Medición del instrumento	Instrumento de caracterización, sin puntuación global
Medición por bloques	Bloque A: características de la madre; Bloque B: características del niño y del servicio
Escala de medición	Variables nominales, ordinales y discretas, según la naturaleza de cada pregunta

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO N° 2. Cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños

Ítem	Descripción
Autor	Adaptado por la tesista
Objetivo del instrumento	Medir el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis
Estructura del instrumento	Conformado por 22 ítems, distribuidos en 5 dimensiones: Accesibilidad (5 ítems) Calidad técnica de la atención (7 ítems) Empatía y comunicación (4 ítems) Involucramiento (3 ítems) e Impacto en el bienestar del niño (3 ítems)
Técnica de administración	Encuesta estructurada, aplicada de manera presencial, autoaplicada o asistida según el nivel educativo de la madre
Momento de aplicación	Se aplicó durante el contacto con la usuaria en el establecimiento, en un solo momento
Tiempo estimado de aplicación	Entre 10 y 15 minutos por participante
Medición global del instrumento	Escala tipo Likert de 5 puntos por ítem. Puntaje total entre 22 y 110 puntos
Baremación global	93–110: satisfacción muy alta; 75–92: satisfacción alta; 57–74: satisfacción moderada; 39–56: satisfacción baja; 22–38: satisfacción muy baja
Medición por dimensiones	Accesibilidad (5 ítems / 25 puntos): 21–25 muy alta, 17–20 alta, 13–16 moderada, 9–12 baja, 1–5 muy baja.

Ítem	Descripción
	Calidad técnica (7 ítems / 35 puntos): 30–35 muy alta, 24–29 alta, 17–23 moderada, 10–16 baja, 7–9 muy baja. Empatía y comunicación (4 ítems / 20 puntos): 17–20 muy alta, 13–16 alta, 9–12 moderada, 5–8 baja, 4 muy baja. Involucramiento (3 ítems / 15 puntos): 13–15 muy alto, 10–12 alto, 7–9 moderado, 4–6 bajo, 1–3 muy bajo. Impacto en el bienestar del niño (3 ítems / 15 puntos): 13–15 mucha mejora, 10–12 algo de mejora, 7–9 leve mejora, 4–6 escasa mejora, 3 sin mejora percibida.

Validez y confiabilidad de instrumentos

- **Validez por juicio de expertos**

La validez de contenido de los instrumentos fue establecida mediante juicio de expertos, procedimiento previsto desde la fase de proyecto. La revisión estuvo orientada a verificar la claridad, pertinencia, coherencia y adecuación terminológica de los ítems en relación con los objetivos y dimensiones del estudio. Para ello, se consideró la participación de cinco expertos con experiencia en salud pública, metodología de la investigación y atención infantil, quienes evaluaron los instrumentos y formularon observaciones para su ajuste previo a la aplicación definitiva.

- **Confiabilidad estadística de instrumentos**

La confiabilidad del instrumento principal fue evaluada en dos momentos.

Primero, se realizó una prueba piloto en madres de niños atendidos en el Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco, por corresponder a un ámbito distinto al escenario principal, pero con características similares a la población de estudio. La consistencia interna se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, por tratarse de un cuestionario politómico con respuestas tipo Likert. En esta fase preliminar, el instrumento alcanzó una confiabilidad global de 0,939. Por dimensiones, los coeficientes fueron: accesibilidad 0,736, calidad técnica 0,877, empatía y comunicación 0,874, involucramiento 0,780 e impacto en el

bienestar del niño 0,909. Estos valores evidenciaron una consistencia interna aceptable a muy alta, por lo que el instrumento fue considerado estable para su aplicación.

Segundo, una vez obtenida la base definitiva de la investigación, la consistencia interna fue nuevamente verificada en la muestra final de 204 madres. En esta aplicación, el cuestionario presentó un alfa de Cronbach global de 0,869, lo que indicó una consistencia interna alta. Por dimensiones, los coeficientes fueron: accesibilidad 0,718, calidad técnica 0,743, empatía y comunicación 0,835, involucramiento 0,793 e impacto en el bienestar del niño 0,813. En conjunto, estos resultados confirmaron que el instrumento fue confiable para medir la variable de estudio en el contexto donde se desarrolló la investigación.

Tabla 1. Confiabilidad del cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral, según prueba piloto

Dimensión	N.º de ítems	Alfa de Cronbach prueba piloto
Accesibilidad	5	0,736
Calidad técnica de la atención	7	0,877
Empatía y comunicación	4	0,874
Involucramiento	3	0,780
Impacto en el bienestar del niño	3	0,909
Instrumento global	22	0,939

Fuente: Prueba piloto procesadas en SPSS v27.

La confiabilidad del cuestionario principal se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. En la prueba piloto realizada en el Centro de Salud Aparicio Pomares, el instrumento alcanzó una confiabilidad global de 0,939, evidenciando consistencia interna alta.

Por dimensiones, los coeficientes oscilaron entre 0,718 y 0,909, lo que confirmó la estabilidad y confiabilidad del instrumento para medir la Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibida por madres de niños.

3.6.1. TÉCNICAS PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

a) Recolección de datos

La recolección de datos se realizó de manera presencial en el Centro de Salud Amarilis, durante el periodo programado para el trabajo de campo. Previamente, se coordinó con el establecimiento para facilitar el acceso a las madres de niños menores de 5 años que acudían a los servicios de atención infantil. La aplicación de los instrumentos se efectuó durante 10 días, en un solo momento por participante.

Antes de iniciar la encuesta, se explicó a cada madre el propósito del estudio, el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de la información. Luego de obtener el consentimiento informado, se aplicó primero el cuestionario de caracterización sociodemográfica y, seguidamente, el cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral. La aplicación fue individual, autoaplicada o asistida según el nivel educativo y la comprensión de la participante. Solo se incluyeron en la recolección las madres que cumplieron los criterios de selección establecidos en el estudio.

b) Procesamiento de datos

Concluida la recolección, los cuestionarios fueron revisados para verificar su integridad, legibilidad y consistencia. Posteriormente, se codificaron las respuestas y se elaboró la base de datos en IBM SPSS Statistics versión 27. Durante esta fase se realizó el control de calidad de la información, que incluyó la identificación de registros incompletos, la revisión de posibles duplicidades y la corrección de inconsistencias de codificación.

Una vez depurada la base, se organizaron las variables del estudio según su naturaleza. En el caso del cuestionario principal, los ítems fueron agrupados en sus cinco dimensiones: accesibilidad, calidad técnica de la atención, empatía y comunicación, involucramiento e impacto en el bienestar del niño. Luego, se calcularon los puntajes por dimensión y el puntaje global del instrumento, aplicando la baremación previamente definida.

Finalmente, la información procesada sirvió de base para el análisis descriptivo y la presentación de los resultados en tablas estadísticas.

El análisis de la información fue descriptivo, de acuerdo con el enfoque cuantitativo y el nivel descriptivo del estudio, así como su diseño no experimental. Se utilizaron porcentajes y frecuencias absolutas para las variables de caracterización, lo que hizo posible describir a los niños atendidos y a las madres participantes. Para el instrumento principal, se adquirieron puntajes por dimensión y un puntaje total, que fueron categorizados de acuerdo con los baremos establecidos con anterioridad para determinar los niveles de satisfacción percibida.

Para simplificar su análisis, los resultados se estructuraron en tablas estadísticas de acuerdo con el orden de los propósitos generales y específicos del estudio. Con el objetivo de verificar la estabilidad del instrumento, se examinó la consistencia interna del cuestionario principal a través del coeficiente alfa de Cronbach, en la prueba piloto y también en la aplicación definitiva. No se llevó a cabo un análisis inferencial porque el objetivo de la investigación era describir únicamente una variable y sus dimensiones, sin plantear hipótesis de contraste o tener como propósito la asociación o causalidad.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se llevó a cabo observando los principios éticos que son pertinentes en estudios con seres humanos, de acuerdo con el carácter prospectivo del trabajo y las regulaciones de la Universidad de Huánuco, las cuales demandan tener en cuenta el consentimiento informado, la benevolencia, la justicia, la autonomía y el no hacer daño en investigaciones de esta índole.

Las madres participaron de manera voluntaria después de que se les explicaron los propósitos, el procedimiento y el objetivo del estudio. Después de obtener esta información, cada uno de los participantes concedió su

consentimiento informado, teniendo la libertad total de aceptar o retirarse sin que esto interfiriera con la atención sanitaria dada a su niño.

Se aseguró la privacidad y el anonimato de los datos recopilados. Para fines académicos y científicos únicamente, se utilizó la información obtenida, y los cuestionarios no registraron datos que posibilitaran la identificación directa de las participantes.

Además, se mantuvieron los principios de no maleficencia y beneficencia, dado que el estudio no supuso riesgos físicos o psicológicos significativos para las participantes ni procedimientos invasivos. Igualmente, se utilizó el principio de autonomía al aceptar su derecho a decidir libremente sobre si participar o no, y el principio de justicia al admitir a las madres elegibles sin distinción.

Finalmente, el estudio se condujo con criterios de honestidad, rigurosidad y responsabilidad científica, procurando que los datos fueran registrados, analizados y presentados de manera objetiva, conforme a las normas de integridad en investigación de la Universidad de Huánuco.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La información se organizó de acuerdo con los objetivos específicos y el objetivo general del estudio, mediante tablas descriptivas que muestran las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada dimensión de la variable.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las madres de niños atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n = 204	
	fi	%
Edad de la madre (años cumplidos)		
De 18 a 25 años	62	30,4
De 26 a 35 años	88	43,1
De 36 a 48 años	54	26,5
Nivel educativo		
Primaria incompleta	6	2,9
Primaria completa	23	11,3
Secundaria	100	49,0
Técnica superior	55	27,0
Universitaria	20	9,8
Estado civil		
Soltera	26	12,7
Casada	25	12,3
Conviviente	142	69,6
Separada	10	4,9
Divorciada	1	0,5
Ocupación		
Ama de casa	141	69,1
Trabajadora dependiente	8	3,9
Trabajadora independiente	42	20,6
Estudiante	8	3,9
Otro	5	2,5
Número de hijos menores de 12 años a cargo		
1 hijo	153	75,0
2 hijos	49	24,0
3 hijos	2	1,0

En la tabla 2 se observa que, respecto a la edad de las madres, predominó el grupo de 26 a 35 años con 88 participantes, equivalente al 43,1%, seguido del grupo de 18 a 25 años con 62 madres, que representó el 30,4%, y del grupo de 36 a 48 años con 54 madres, equivalente al 26,5%. En cuanto al nivel educativo, la mayoría

presentó secundaria con 100 madres, correspondiente al 49,0%; seguido de técnica superior con 55 madres, equivalente al 27,0%; primaria completa con 23 madres, que representó el 11,3%; universitaria con 20 madres, equivalente al 9,8%; y primaria incompleta con 6 madres, correspondiente al 2,9%.

Respecto al estado civil, predominó la condición de conviviente con 142 madres, equivalente al 69,6%; seguida de soltera con 26 madres, que representó el 12,7%; casada con 25 madres, equivalente al 12,3%; separada con 10 madres, correspondiente al 4,9%; y divorciada con 1 madre, equivalente al 0,5%. En relación con la ocupación, predominó ama de casa con 141 madres, correspondiente al 69,1%; seguida de trabajadora independiente con 42 madres, equivalente al 20,6%; trabajadora dependiente y estudiante con 8 madres en cada caso, que representaron el 3,9% respectivamente; y otro tipo de ocupación con 5 madres, equivalente al 2,5%. Finalmente, según el número de hijos menores de 12 años a cargo, predominó 1 hijo con 153 madres, correspondiente al 75,0%; seguido de 2 hijos con 49 madres, equivalente al 24,0%; y 3 hijos con 2 madres, que representaron el 1,0%.

Tabla 3. Características del niño y del uso del servicio de salud en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025

Características del niño y del servicio	n = 204	
	fi	%
Edad del niño (grupo etario)		
Recién nacido (0–28 días)	12	5,9
Lactante menor (1–5 meses)	69	33,8
Lactante mayor (6–11 meses)	40	19,6
Preescolar (1–4 años)	83	40,7
Condición de salud actual del niño		
Salud general adecuada	202	99,0
Discapacidad	2	1,0
Tiempo de atención del niño en el centro de salud		
Menos de 6 meses	93	45,6
6 meses a 1 año	37	18,1
1 a 3 años	63	30,9
Más de 3 años	11	5,4
Tipo de seguro de salud del niño		
SIS	203	99,5
Ninguno	1	0,5
Frecuencia con la que lleva a su niño al centro de salud		
Cada mes	107	52,5
Cada 2–3 meses	73	35,8
Solo cuando se enferma	8	3,9
Otra frecuencia	16	7,8
Área de residencia		
Urbana	196	96,1
Periurbana	1	0,5
Rural	7	3,4

En la tabla 3 se observa que, según la edad del niño, predominó el grupo preescolar de 1 a 4 años con 83 casos, equivalente al 40,7%; seguido de lactante menor de 1 a 5 meses con 69 casos, que representó el 33,8%; lactante mayor de 6 a 11 meses con 40 casos, correspondiente al 19,6%; y recién nacido de 0 a 28 días con 12 casos, equivalente al 5,9%. Respecto a la condición de salud actual del niño, predominó salud general adecuada con 202 casos, correspondiente al 99,0%, mientras que discapacidad se registró en 2 casos, equivalente al 1,0%.

En cuanto al tiempo de atención del niño en el centro de salud, predominó menos de 6 meses con 93 casos, equivalente al 45,6%; seguido de 1 a 3 años con 63 casos, que representó el 30,9%; de 6 meses a 1 año con 37 casos, correspondiente al 18,1%; y más de 3 años con 11 casos,

equivalente al 5,4%. Según el tipo de seguro de salud, 203 niños contaron con SIS, correspondiente al 99,5%, mientras que 1 niño no contó con seguro, equivalente al 0,5%. Respecto a la frecuencia con que la madre llevó a su niño al centro de salud, predominó cada mes con 107 casos, equivalente al 52,5%; seguida de cada 2 a 3 meses con 73 casos, que representó el 35,8%; otra frecuencia con 16 casos, correspondiente al 7,8%; y solo cuando se enferma con 8 casos, equivalente al 3,9%. Finalmente, según área de residencia, predominó la zona urbana con 196 casos, correspondiente al 96,1%; seguida de rural con 7 casos, equivalente al 3,4%; y periurbana con 1 caso, que representó el 0,5%.

Tabla 4. Nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la accesibilidad en la implementación del Modelo de Cuidado Integral, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025

Nivel de accesibilidad	n = 204	
	fi	%
Muy alta accesibilidad	80	39,2
Alta accesibilidad	110	53,9
Accesibilidad moderada	12	5,9
Baja accesibilidad	2	1,0
Muy baja accesibilidad	0	0,0
Total	204	100,0

En la tabla 4 se observa que, en la dimensión accesibilidad, predominó el nivel alto con 110 madres, equivalente al 53,9%, seguido del nivel muy alto con 80 madres, que representó el 39,2%. En menor proporción, 12 madres alcanzaron accesibilidad moderada, con 5,9%, y 2 madres se ubicaron en baja accesibilidad, con 1,0%. No se registraron casos en el nivel muy bajo. Estos resultados muestran que la mayor parte de las madres calificó favorablemente las condiciones de acceso a la atención recibida en el Centro de Salud Amarilis.

Tabla 5. Nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la calidad técnica de la atención brindada, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025

Nivel de calidad técnica de la atención	n = 204	
	fi	%
Muy alta calidad técnica	111	54,4
Alta calidad técnica	83	40,7
Calidad técnica moderada	10	4,9
Baja calidad técnica	0	0,0
Muy baja calidad técnica	0	0,0
Total	204	100,0

En la tabla 5 se aprecia que, en la dimensión calidad técnica de la atención, predominó el nivel muy alto con 111 madres, equivalente al 54,4%, seguido del nivel alto con 83 madres, que correspondió al 40,7%. Asimismo, 10 madres se ubicaron en el nivel moderado, con 4,9%. No se encontraron casos en los niveles bajo ni muy bajo. Estos resultados muestran una valoración mayoritariamente favorable de la calidad técnica percibida por las madres respecto a la atención brindada a sus niños.

Tabla 6. Nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la empatía y comunicación del personal de salud, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025

Nivel de empatía y comunicación	n = 204	
	fi	%
Muy alta empatía y comunicación	131	64,2
Alta empatía y comunicación	70	34,3
Empatía y comunicación moderada	3	1,5
Baja empatía y comunicación	0	0,0
Muy baja empatía y comunicación	0	0,0
Total	204	100,0

En la tabla 6 se evidencia que la empatía y comunicación obtuvo una concentración mayoritaria en el nivel muy alto, con 131 madres (64,2%), seguida del nivel alto, con 70 madres (34,3%). Este comportamiento muestra que las madres percibieron una interacción favorable con el personal de salud, caracterizada por trato respetuoso, comunicación comprensible y disposición para atender sus inquietudes. La casi inexistencia de valoraciones moderadas y la ausencia de niveles bajos permiten interpretar que la dimensión relacional del cuidado constituyó una fortaleza importante del servicio. Desde una interpretación descriptiva, este resultado expresa que la atención no fue valorada únicamente por su contenido técnico, sino también por la forma humana y comunicativa en que fue brindada.

Tabla 7. Nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a su involucramiento en el cuidado infantil, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025

Nivel de involucramiento en el cuidado infantil	n = 204	
	fi	%
Muy alto involucramiento	123	60,3
Alto involucramiento	77	37,7
Involucramiento moderado	4	2,0
Bajo involucramiento	0	0,0
Muy bajo involucramiento	0	0,0
Total	204	100,0

En la tabla 7 se observa que el involucramiento en el cuidado infantil fue percibido mayoritariamente como muy alto, con 123 madres (60,3%), seguido del nivel alto, con 77 madres (37,7%). Esta distribución indica que las madres se sintieron consideradas en las orientaciones y decisiones relacionadas con el cuidado de sus hijos. La baja proporción de involucramiento moderado y la ausencia de niveles bajos sugieren que el servicio promovió una participación materna favorable durante la atención. Desde una interpretación descriptiva este hallazgo resulta relevante porque el Modelo de Cuidado Integral no se limita a atender al niño, sino que requiere reconocer a la madre como parte activa del proceso de cuidado y seguimiento.

Tabla 8. Nivel de percepción de las madres de niños respecto al impacto de la atención recibida en el bienestar infantil, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025

Nivel de impacto percibido en el bienestar del niño	n = 204	
	fi	%
Mucha mejora	155	76,0
Algo de mejora	45	22,1
Leve mejora	4	2,0
Escasa mejora	0	0,0
Sin mejora percibida	0	0,0
Total	204	100,0

En la tabla 8 se muestra que el impacto percibido en el bienestar del niño presentó la valoración más favorable entre las dimensiones, predominando la categoría mucha mejora con 155 madres (76,0%), seguida de algo de mejora con 45 madres (22,1%). Este resultado indica que la mayoría de las participantes atribuyó beneficios concretos a la atención recibida, especialmente en la salud y bienestar de sus hijos. La ausencia de percepciones de “escasa mejora” o “sin mejora percibida” refuerza la valoración positiva de esta dimensión. Desde una interpretación descriptiva, el hallazgo sugiere que las madres no solo reconocieron la atención como accesible o adecuada, sino también como útil para el desarrollo y cuidado infantil.

Tabla 9. Nivel de satisfacción global percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral, Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025

Nivel de satisfacción global	n = 204	
	fi	%
Muy alta satisfacción	116	56,9
Alta satisfacción	86	42,2
Satisfacción moderada	2	1,0
Baja satisfacción	0	0,0
Muy baja satisfacción	0	0,0
Total	204	100,0

En la tabla 9 se observa que la satisfacción global fue predominantemente muy alta, con 116 madres (56,9%), seguida de alta satisfacción, con 86 madres (42,2%). Solo 2 madres (1,0%) se ubicaron en satisfacción moderada, sin registrarse niveles bajos ni muy bajos. Este patrón evidencia una valoración global favorable respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis. En términos descriptivos, los resultados expresan que la experiencia materna fue positiva en la mayoría de las dimensiones evaluadas, especialmente en el impacto percibido en el bienestar del niño, la empatía y comunicación, y el involucramiento en el cuidado infantil. En conjunto, la satisfacción global refleja que las madres reconocieron el modelo como una forma de atención cercana, útil y coherente con las necesidades de sus hijos.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como propósito determinar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025, considerando las dimensiones de accesibilidad, calidad técnica de la atención, empatía y comunicación, involucramiento en el cuidado infantil e impacto percibido en el bienestar del niño. En ese sentido, la discusión se orientó a interpretar cómo fue vivida esta atención por las madres en el contexto real del primer nivel, en concordancia con el enfoque de cuidado integral propuesto por el Ministerio de Salud ⁽²⁾.

5.1.1. Discusión del hallazgo global

El hallazgo global mostró que predominó la muy alta satisfacción con 56,9%, seguida de alta satisfacción con 42,2%; solo 1,0% de las madres presentó satisfacción moderada y no se registraron niveles bajos ni muy bajos. Este resultado evidenció una percepción ampliamente favorable de la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis. Oliver ⁽²⁶⁾, basándose en la teoría de confirmación de expectativas, aclara que la satisfacción se produce cuando el servicio que se recibe es igual o superior a lo que se esperaba; por eso, el modelo observado indica que, para la mayor parte de las madres, la atención cumplió con sus expectativas.

En Huánuco, Espinoza ⁽²⁵⁾ halló que el 87,7% de las madres estaban contentas en la consulta de CRED; a su vez, Apaza et al. ⁽²³⁾ informaron una relación importante entre satisfacción materna y calidad del cuidado en madres de niños con menos de tres años atendidos en CRED ($p < 0,05$). La valoración de la madre suele ser positiva cuando se percibe que la atención a los niños es adecuada, según ambas referencias. En la misma línea, el Ministerio de Salud ⁽²⁾ plantea que el Modelo de Cuidado Integral debe organizar la atención de forma continua, articulada y centrada en la persona, la familia y la comunidad, lo que ayuda a comprender por qué una implementación percibida como cercana y útil puede traducirse en altos niveles de satisfacción.

En comparación con esos hallazgos, Poma ⁽²⁴⁾ reportó en un servicio de emergencia pediátrica predominio de satisfacción media (46,7%) y alta (45,0%), mientras que Briceño ⁽¹³⁾ encontró en Ambo 60,6% de satisfacción media en madres del consultorio de inmunizaciones. Contrariamente, Atau Huaman ⁽¹¹⁾ informó 60,89% de insatisfacción global en usuarios de consulta externa. Estas diferencias sugieren que la satisfacción no se comporta igual en todos los escenarios, sino que depende del tipo de servicio, de la población evaluada y de la forma en que se organiza la atención. En el caso de Amarilis, la valoración global favorable podría reflejar que varios componentes del modelo lograron expresarse de manera positiva en la experiencia de las madres.

En conjunto, el hallazgo global permitió sostener que la implementación del Modelo de Cuidado Integral fue percibida de forma favorable por la mayoría de las madres encuestadas. Este resultado fue coherente con el enfoque de atención centrada en las personas planteado por la Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾, según el cual la calidad del servicio también se expresa en la manera en que los usuarios experimentan la atención.

5.1.2. Discusión de la dimensión accesibilidad

En la dimensión accesibilidad, predominó el nivel alto con 53,9%, seguido del nivel muy alto con 39,2%; solo 5,9% de las madres se ubicó en accesibilidad moderada y 1,0% en baja accesibilidad. A nivel de ítems, la mejor valoración correspondió a la facilidad para acceder al centro de salud desde el domicilio, con 45,6% de respuestas en muy satisfecha y 45,1% en satisfecha. También destacó favorablemente el horario de atención, con 51,0% en satisfecha y 35,8% en muy satisfecha. En cambio, el aspecto relativamente menos favorable fue la facilidad para reprogramar citas médicas, ya que concentró la mayor proporción de respuestas en regularidad e insatisfacción dentro de esta dimensión.

Estos resultados indican que la accesibilidad fue percibida como favorable, sobre todo en términos de cercanía geográfica y horario de atención. Esta interpretación es coherente con lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud ⁽⁸⁾, que entiende el acceso efectivo

como la posibilidad real de usar los servicios sin barreras geográficas u organizativas. Del mismo modo, el Ministerio de Salud ⁽²⁷⁾ reconoce que la satisfacción del usuario se relaciona con la oportunidad de atención y con la capacidad del servicio para responder a las necesidades de acceso.

Apaza et al. ⁽²³⁾ hallaron, en madres de niños atendidos en CRED que eran más jóvenes de tres años, que la satisfacción materna estaba significativamente vinculada con la calidad del cuidado, lo cual incluía aspectos cercanos tanto a la experiencia de atención como al entorno. Asimismo, Hailemariam et al. ⁽²²⁾ señalaron que la satisfacción de los cuidadores de niños dependía tanto de la capacidad del establecimiento para resolver problemas como de la eficacia del servicio. Estos antecedentes confirman que la accesibilidad no se limita a la entrada física al establecimiento, sino que incluye también el funcionamiento del proceso de asistencia.

Por el contrario, Briceño ⁽¹³⁾ descubrió satisfacción media en las madres que acudían al consultorio de inmunizaciones y Atau Huaman ⁽¹¹⁾ reportó insatisfacción predominante en la consulta externa. Estas disparidades indican que la accesibilidad puede diferir dependiendo de cómo se organicen las citas, de los tiempos de espera y de la continuidad del servicio en cada uno de los centros. A pesar de que la percepción fue positiva en Amarilis, el rendimiento relativamente inferior en la reprogramación de citas reveló que todavía hay áreas organizativas que necesitan ser reforzadas. La accesibilidad, pues, fue una dimensión valorada de manera positiva; sin embargo, también mostró un área específica que requiere mejorar en la implementación del modelo.

5.1.3. Discusión de la dimensión calidad técnica de la atención

En la dimensión de calidad técnica de la atención, prevaleció el nivel muy alto (54,4%), seguido del alto (40,7%); sólo un 4,9% se situó en el nivel moderado y no hubo registros en los niveles bajos. Asimismo, la asistencia regular al CRED y la explicación acerca de la relevancia de las vacunas fueron los ítems que recibieron mejor valoración; en cambio, el asesoramiento sobre nutrición infantil o lactancia materna tuvo una calificación relativamente menos

favorable. La mayoría de las madres consideró que la atención era técnica, segura y provechosa para cuidar a sus hijos, según estos resultados.

Este hallazgo fue coherente con el enfoque de Donabedian ⁽⁴⁾, quien sostiene que la calidad se expresa en la forma en que se desarrolla el proceso de atención y en sus resultados percibidos. De igual modo, la Organización Mundial de la Salud ⁽²⁸⁾ señala que la atención de calidad en niños debe basarse en prácticas apropiadas, personal competente y cuidado seguro. En Amarilis, la valoración favorable de esta dimensión sugirió que esos componentes fueron percibidos positivamente por las madres.

Coincidiendo con estos resultados, Apaza et al. ⁽²³⁾ encontraron relación significativa entre calidad del cuidado y satisfacción materna en madres de niños menores de tres años atendidos en CRED. En el mismo sentido, Espinoza ⁽²⁵⁾ reportó relación significativa entre satisfacción materna y atención de enfermería en consultorio de crecimiento y desarrollo. Ambos antecedentes refuerzan que la competencia técnica del cuidado influye directamente en la valoración que hace la madre sobre la atención recibida.

En contraste, Poma ⁽²⁴⁾ encontró predominio de satisfacción media en padres de niños atendidos en emergencia pediátrica, mientras que Briceño ⁽¹³⁾ también reportó satisfacción media en madres del consultorio de inmunizaciones. Estas diferencias indican que la calidad técnica puede ser percibida de manera diferente dependiendo del tipo de servicio, la demanda de asistencia y el contexto en el que se brinda la atención. En este estudio, la valoración menos alta de la asesoría nutricional mostró que, a pesar de una percepción global positiva, todavía hay elementos técnicos específicos que tienen el potencial de ser mejorados.

5.1.4. Discusión de la dimensión empatía y comunicación

En la dimensión de comunicación y empatía, el nivel muy alto dominó con un 64,2 %, seguido por el alto con un 34,3 %; solamente el 1,5 % se hallaba en el nivel moderado. Los aspectos que se valoraron más positivamente fueron el respeto hacia las creencias y costumbres, la atención a inquietudes o dudas y las explicaciones claras acerca de la asistencia

otorgada. Este resultado mostró que la mayor parte de las madres tuvo una relación cercana, respetuosa y comprensiva con el personal de salud.

Este hallazgo fue coherente con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud ⁽¹⁷⁾ y The Joint Commission ⁽³⁰⁾, que reconocen la comunicación clara, empática y adaptada a las necesidades del usuario como componente esencial de la calidad del cuidado. En la misma línea, Urra et al. ⁽²⁰⁾, desde la teoría de Watson, sostienen que el cuidado profesional se expresa en la sensibilidad, la escucha y la relación interpersonal auténtica. Por ello, la alta valoración obtenida sugirió que, en Amarilis, la dimensión humana del cuidado fue percibida favorablemente.

Coincidiendo con estos resultados, Espinoza ⁽²⁵⁾ encontró en Huánuco una relación significativa entre satisfacción materna y atención de enfermería en CRED, mientras que Apaza et al. ⁽²³⁾ reportaron asociación significativa entre satisfacción materna y la dimensión humana del cuidado. En contraste, Briceño ⁽¹³⁾ halló predominio de satisfacción media en madres del consultorio de inmunizaciones, y Poma ⁽²⁴⁾ reportó mayor concentración en satisfacción media en emergencia pediátrica. Estas diferencias sugieren que la comunicación y la empatía pueden verse afectadas por el contexto asistencial, siendo más favorables cuando la atención se desarrolla en un entorno preventivo y con mayor continuidad. En conjunto, los resultados mostraron que esta dimensión fue una de las fortalezas más claras de la implementación del modelo en el establecimiento.

5.1.5. Discusión de la dimensión involucramiento en el cuidado infantil

En la dimensión involucramiento en el cuidado infantil predominó el nivel muy alto con 60,3%, seguido del nivel alto con 37,7%; solo 2,0% se ubicó en nivel moderado. El ítem mejor valorado fue la recepción de instrucciones claras para cuidar al niño en casa, seguido de la posibilidad de expresar opiniones o sugerencias. Este patrón mostró que la mayoría de las madres se sintió incluida en las orientaciones y decisiones relacionadas con el cuidado de sus hijos.

Este hallazgo fue consistente con el enfoque del Ministerio de Salud ⁽²⁾, que reconoce a la familia como parte activa del cuidado, y con lo planteado

por UNICEF ⁽¹⁶⁾ y la Organización Mundial de la Salud ⁽²⁸⁾, que destacan la participación significativa del cuidador como elemento central de la atención infantil de calidad. En ese sentido, la valoración favorable observada en Amarilis sugirió que el modelo no fue percibido solo como una atención dirigida al niño, sino también como un proceso en el que la madre fue considerada parte del cuidado.

Coincidiendo con ello, Espinoza ⁽²⁵⁾ reportó resultados favorables en dimensiones vinculadas con la atención oportuna, continua y segura, que implican una relación más activa entre el servicio y la madre. Asimismo, Hailemariam et al. ⁽²²⁾ mostraron que la satisfacción del cuidador mejora cuando el servicio responde de manera efectiva a sus necesidades. En contraste, Irribari ⁽¹⁵⁾ describió que la implementación del modelo en establecimientos I-3 del MINSA enfrentó limitaciones de organización, recursos y sostenibilidad, lo que podría dificultar la participación real de las familias. Estas diferencias sugieren que el involucramiento de la madre no depende solo del modelo en sí, sino de la forma concreta en que el establecimiento logra aplicarlo. En Amarilis, esta dimensión mostró un desempeño favorable y coherente con los principios del cuidado integral.

5.1.6. Discusión de la dimensión impacto percibido en el bienestar del niño

En la dimensión impacto percibido en el bienestar del niño predominó la categoría mucha mejora con 76,0%, seguida de algo de mejora con 22,1%; solo 2,0% se ubicó en leve mejora y no se registraron percepciones de ausencia de mejora o empeoramiento. Los ítems mejor valorados fueron la satisfacción con los resultados obtenidos en la salud del niño y la mejoría en crecimiento y desarrollo. Este fue el resultado más favorable entre todas las dimensiones, lo que indicó que la mayoría de las madres atribuyó beneficios concretos a la atención recibida.

Esta conclusión fue consistente con lo que la Organización Mundial de la Salud ⁽⁵⁾ dice: que el cuidado infantil debe enfocarse en disminuir los daños prevenibles y en atender el desarrollo, así como con la guía de nurturing care de la OMS ⁽²⁹⁾, que enfatiza lo relevante del acompañamiento a quien cuida y

de un cuidado sensible para fomentar el bienestar infantil. En ese contexto, el elevado valor observado indicó que las madres sintieron que la atención que recibieron fue verdaderamente útil, más allá del acto asistencial inmediato.

De acuerdo con este hallazgo, Espinoza ⁽²⁵⁾ encontró que la atención de enfermería en CRED estaba significativamente asociada con la satisfacción materna; por su parte, Hailemariam y colaboradores ⁽²²⁾ revelaron que cuando el establecimiento responde de manera resolutive, la satisfacción del encargado del cuidado infantil se incrementa. Por el contrario, Atau Huaman ⁽¹¹⁾ reportó insatisfacción global en consulta externa y Briceño ⁽¹³⁾ halló que la satisfacción media predominaba, lo cual indica que en otros contextos no siempre se percibe el servicio como ventajoso. En Amarilis, la apreciación elevada del bienestar infantil demostró que el cuidado fue considerado por la mayor parte de las madres como eficaz y beneficioso, lo cual subraya la relevancia práctica del modelo a lo largo de la vida del niño.

5.1.7. Limitaciones, implicancias y futuros estudios

Hay que tener en cuenta ciertas limitaciones al interpretar los resultados de este estudio. En primer lugar, se trató de un estudio descriptivo y transversal que se llevó a cabo en una única institución; por lo tanto, los resultados solamente describieron una situación particular y no posibilitaron establecer relaciones causales ni generalizar automáticamente a otros entornos. En segundo lugar, la información se obtuvo solo a partir de lo que las madres percibieron. Esto proporcionó una evaluación directa del servicio, aunque no incluyó el punto de vista de otros cuidadores ni del personal sanitario. Además, la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el establecimiento era más bien reciente, lo que indica que la satisfacción observada fue un reflejo no tanto de un proceso completamente afianzado, sino de una etapa temprana de consolidación del modelo.

No obstante, las conclusiones tuvieron importantes implicaciones para la gestión del cuidado infantil en el primer nivel. La implementación del modelo fue bien recibida por la mayoría de las madres, lo que se reflejó en niveles altos y muy altos de satisfacción. Este hallazgo es coherente con el enfoque del Ministerio de Salud ⁽²⁾ y con el planteamiento de la Organización Mundial

de la Salud ⁽¹⁾ sobre una atención centrada en el individuo, la familia y la comunidad. Sin embargo, los resultados también revelaron áreas que pueden ser mejoradas, sobre todo en las partes relacionadas con la accesibilidad y ciertos elementos de la calidad técnica. Esto indica que es necesario reforzar el sistema de organización de citas, la continuidad del seguimiento y la consejería preventiva. Según Donabedian ⁽⁴⁾, estas modificaciones posibilitarían una mejora en el proceso de atención y, como consecuencia, lograr que las madres obtengan mejores resultados.

Para futuras investigaciones, sería apropiado llevar a cabo estudios comparativos en otros lugares de primer nivel para determinar si este patrón positivo persiste en situaciones con diferentes estructuras de servicio. Asimismo, sería recomendable llevar a cabo investigaciones longitudinales para poder evaluar cómo va evolucionando la satisfacción a medida que se implemente el modelo. Además, serían importantes los estudios analíticos dirigidos a examinar factores relacionados con la satisfacción de las madres, así como las investigaciones que utilicen este mismo instrumento en otros grupos de usuarios o en otros cursos vitales. De esta manera, se podría ampliar la comprensión del Modelo de Cuidado Integral desde una perspectiva más amplia y progresiva.

Aporte científico del estudio

El estudio contribuyó principalmente a la ciencia al crear pruebas locales originales sobre la satisfacción de las madres con niños en relación con la implementación del Modelo de Cuidado Integral en un centro de atención primaria. Este aporte fue particularmente significativo ya que posibilitó evaluar el modelo no solamente a través de su formulación normativa, sino también a partir del testimonio real de las usuarias en aspectos concretos como la accesibilidad, la calidad técnica, la empatía y la comunicación, el compromiso con el cuidado y el impacto observado en el bienestar infantil. En esta línea, la investigación ayudó a llenar un vacío de conocimiento en el marco del Centro de Salud Amarilis y proporcionó una base empírica valiosa para estudios posteriores acerca del cuidado infantil y la calidad percibida.

Asimismo, el estudio proporcionó un instrumento de 22 elementos estructurados en cinco dimensiones y con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach global = 0,869) al ser utilizado por última vez. Esto le confiere valor metodológico como criterio para investigaciones semejantes en el campo de la salud pública y la enfermería. Por lo tanto, su aporte no solo fue en el ámbito descriptivo, sino que además brindó una herramienta técnica que se puede usar en futuras investigaciones acerca de la satisfacción del usuario y la valoración del cuidado integral en el primer nivel.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis fue predominantemente favorable, con mayor concentración en la categoría muy alta satisfacción (56,9%), seguida de alta satisfacción (42,2%); solo 1,0% se ubicó en satisfacción moderada, sin registrarse niveles bajos ni muy bajos. Este resultado evidenció una valoración global positiva de la atención recibida.
2. Se identificó que, en la dimensión accesibilidad, predominó el nivel alto (53,9%), seguido de muy alto (39,2%), lo que indicó que la mayoría de las madres percibió condiciones favorables para acceder al establecimiento y recibir atención.
3. Se identificó que, en la dimensión calidad técnica de la atención, predominó el nivel muy alto (54,4%), seguido de alto (40,7%), lo que mostró que las madres percibieron la atención como técnicamente adecuada, segura y confiable.
4. Se identificó que, en la dimensión empatía y comunicación, predominó el nivel muy alto (64,2%), seguido de alto (34,3%), evidenciando que la mayoría de las madres percibió un trato respetuoso, explicaciones claras y disposición del personal para escuchar sus dudas o preocupaciones. Esta dimensión constituyó una de las fortalezas más destacadas de la atención evaluada.
5. Se identificó que, en la dimensión involucramiento en el cuidado infantil, predominó el nivel muy alto (60,3%), seguido de alto (37,7%), lo que indicó que la mayoría de las madres se sintió tomada en cuenta en las orientaciones y decisiones relacionadas con el cuidado de sus hijos, especialmente en lo referido a las instrucciones para el cuidado en casa.
6. Se identificó que, en la dimensión impacto percibido en el bienestar del niño, predominó la categoría mucha mejora (76,0%), seguida de algo de mejora (22,1%), lo que evidenció que la mayoría de las madres percibió beneficios favorables de la atención en la salud, crecimiento y desarrollo de sus hijos. Esta fue la dimensión con valoración más alta dentro del estudio.

RECOMENDACIONES

A nivel institucional

1. Al jefe del Centro de Salud Amarilis y al equipo de gestión, incorporar los hallazgos del presente estudio en las acciones de mejora continua del componente niño, a fin de consolidar la implementación del Modelo de Cuidado Integral y mantener los niveles favorables de satisfacción percibidos por las madres usuarias.
2. A la coordinación responsable de la organización de citas y flujo de atención, fortalecer los mecanismos de programación y reprogramación de citas, priorizando la continuidad del cuidado infantil, debido a que este aspecto representó el componente relativamente menos favorable dentro de la dimensión accesibilidad.

A nivel del personal asistencial

1. Al personal de enfermería y al equipo de salud que brinda atención a niños menores de cinco años, reforzar la calidad técnica de la atención mediante consejería más sistemática y comprensible sobre lactancia materna, nutrición infantil, control de crecimiento y desarrollo, vacunación y cuidados en el hogar, con la finalidad de afianzar la confianza de las madres en la atención brindada.
2. Al personal asistencial del Centro de Salud Amarilis, preservar y fortalecer las prácticas de trato respetuoso, escucha activa y comunicación clara durante la atención, por constituir una de las principales fortalezas identificadas en la percepción de las madres.

A nivel de la atención a la madre y su participación en el cuidado

1. Al equipo de salud del componente niño, promover de manera sostenida la participación activa de las madres en las decisiones y orientaciones relacionadas con el cuidado infantil, brindando información suficiente, comprensible y útil que favorezca su involucramiento durante la atención y en el seguimiento del niño en el hogar.
2. Al personal responsable del seguimiento infantil, mantener y fortalecer las acciones orientadas al bienestar del niño, especialmente aquellas relacionadas con la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención

de enfermedades y la orientación continua a la madre, a fin de sostener la percepción favorable del impacto de la atención sobre la salud infantil.

A nivel académico e investigativo

1. A los estudiantes y futuros investigadores del Programa Académico de Enfermería de la Universidad de Huánuco, desarrollar estudios similares en otros establecimientos del primer nivel de atención y en otros cursos de vida, utilizando o adaptando el instrumento empleado en esta investigación, con el propósito de ampliar la evidencia sobre la satisfacción usuaria frente a la implementación del Modelo de Cuidado Integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Integrated people-centred care [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care>
2. Ministerio de Salud. Manual de implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2021 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1682527-220-2021-minsa>
3. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open [Internet]. 2013 [citado 13 abr 2026];3(1). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570>
4. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed JAMA [Internet]. 1988 [citado 13 abr 2026];260(12):1743-8. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/374139>
5. World Health Organization. Child health: integrated management of childhood illness [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/integrated-management-of-childhood-illness>
6. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2017 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191049/537-2017-MINSA.pdf>
7. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval Program Plann. 1983;6(3-4):185-210. doi: 10.1016/0149-7189(83)90002-2.
8. Organización Panamericana de la Salud. Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage [Internet]. Washington (DC):

- Organización Panamericana de la Salud; 2014 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>
9. United Nations Children's Fund. El rol de la Atención Primaria de Salud en el bienestar de niños y niñas [Internet]. Santiago de Chile: United Nations Children's Fund; [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/historias/el-rol-de-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud-en-el-bienestar-de-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as>
 10. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42. doi: 10.26633/RPSP.2018.160.
 11. Atau Huaman AH. Satisfacción del usuario en el Centro de Salud La Molina-DIRIS, Lima Este, 2019 [trabajo de investigación en Internet]. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola; 2020 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14005/11167>
 12. Ruiz Zevallos CE. Calidad del servicio y satisfacción de usuarios de daños no transmisibles del Centro de Salud Aparicio Pomares-Huánuco, 2022 [tesis de licenciatura en Internet]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2022 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/29996>
 13. Briceño Peñaloza ML. Satisfacción de las madres con la atención que brinda el profesional de Enfermería del Consultorio de Inmunizaciones del Centro de Salud de Ambo, 2018 [tesis de licenciatura en Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2019 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/2309>
 14. Polo Ubillús OP. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018;64(3):375-81. doi: 10.31403/rpgo.v64i2100.
 15. Irribari Poicon AO. Percepciones de la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad en establecimientos de salud de Lima Norte del MINSA, 2011-2020, desde la perspectiva de los prestadores [tesis de maestría en Internet]. Lima:

- Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/16201>
16. United Nations Children's Fund. Cuidado para el desarrollo infantil: la experiencia de Perú [Internet]. Lima: United Nations Children's Fund; 2022 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/informes/cuidado-para-el-desarrollo-infantil>
 17. Organización Panamericana de la Salud. Comunicación sobre vacunación segura: orientaciones para apoyar al personal de salud en la comunicación con madres, padres, cuidadores y pacientes [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2020 [citado 1 abr 2026]. Disponible en: https://campus.paho.org/sites/default/files/9789275322826_spa.pdf
 18. Ministerio de Salud. Manual de procedimientos y protocolos de atención en salud infantil para centros de salud y puestos de salud I: profesionales de salud [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353834-manual-de-procedimientos-y-protocolos-de-atencion-en-salud-infantil-para-centros-de-salud-y-puestos-de-salud-i-profesionales-de-salud>
 19. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la niña y el niño de 0 a 11 años [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5059776-034-2024-minsa>
 20. Urra ME, Jana AA, García MV. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc Enferm. 2011;17(3):11-22. doi: 10.4067/S0717-95532011000300002.
 21. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México DF: McGraw-Hill Education; 2014 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
 22. Hailemariam Z, Eyob M, Deribe E. Caregivers' satisfaction status with services for under-five children and associated factors at primary health

- care units in rural Ethiopia: measuring primary health care responsiveness. *Health Sci J* [Internet]. 2023 [citado 13 abr 2026];17(12). Disponible en: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/caregivers-satisfaction-status-with-services-for-underfive-children-and-associated-factors-at-primary-health-care-units-in-rural-e-125943.html>
23. Apaza Espinoza GS, Sanchez Aragon ML. Calidad de cuidado y satisfacción de madres de niños menores de 3 años que acuden al control de CRED del Centro Materno Infantil México, San Martín de Porres - 2023 [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2024 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUCH_f45ff02a80078c2ce034ae12355afc61
 24. Poma Asmat LA. Nivel de satisfacción de los padres sobre la atención de enfermería en niños que asisten al Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño [tesis de especialidad en Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9458>
 25. Espinoza Calixto RF. Satisfacción materna y atención de enfermería en consultorio de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años, Centro de Salud Las Moras, Huánuco - 2023 [tesis de licenciatura en Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/6256>
 26. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Mark Res.* 1980;17(4):460-9. doi: 10.1177/002224378001700405.
 27. Ministerio de Salud. Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo: R.M. N° 527-2011/MINSA [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2012 [citado 13 abr 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321674-guia-tecnica-para-la-evaluacion-de-la-satisfaccion-del-usuario-externo-en-los-establecimientos-y-servicios-medicos-de-apoyo-r-m-n-527-2011-minsa>

28. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565554>
29. World Health Organization. Nurturing care practice guide: strengthening nurturing care through health and nutrition services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://nurturing-care.org/practiceguide/>
30. The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: a roadmap for hospitals [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2010 [citado 15 abr 2026]. Disponible en: <https://voxello.com/wp-content/uploads/2021/06/JC-ARoadmapforHospitalsfinalversion.pdf>.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Martínez Evangelista PI. Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños, Centro de Salud Amarilis, Huánuco 2025 [internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños, Centro de Salud Amarilis, Huánuco 2025

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables e indicadores			
¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?	Determinar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.	No corresponde, por tratarse de un estudio descriptivo de una sola variable.	Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños.	Accesibilidad	Tiempo de espera para atención médica; tiempo de espera para atención en enfermería; horario de atención; facilidad de acceso desde el domicilio; facilidad para reprogramar citas	Ordinal
				Calidad técnica de la atención	Confianza en la capacidad técnica del personal; comprensión del diagnóstico y tratamiento; claridad de las indicaciones terapéuticas; regularidad del CRED; consejería en lactancia o nutrición; entrega de suplementos cuando corresponde; orientación sobre vacunas	Ordinal
				Empatía y comunicación	Trato amable y respetuoso; respeto a costumbres y creencias; explicaciones claras sobre la atención; escucha y atención de dudas o preocupaciones	Ordinal
				Involucramiento en el cuidado infantil	Participación en decisiones sobre el cuidado; posibilidad de expresar opiniones o sugerencias; recepción de instrucciones claras para el cuidado en casa	Ordinal
				Impacto percibido en el bienestar del niño	Mejoría en la salud del niño; mejoría en crecimiento y desarrollo;	Ordinal

satisfacción con los resultados
obtenidos en la salud del niño

Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable: Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños			
			Dimensión	Indicadores	Valores	Escala
Pe1. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la accesibilidad en la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?	Oe1. Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la accesibilidad en la implementación del Modelo de Cuidado Integral en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.		Accesibilidad	Tiempo de espera para atención médica; tiempo de espera para atención en enfermería; horario de atención; facilidad de acceso desde el domicilio; facilidad para reprogramar citas	21–25 = muy alta satisfacción 17–20 = alta satisfacción 13–16 = satisfacción moderada 9–12 = baja satisfacción 5–8 = muy baja satisfacción	Ordinal
Pe2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la calidad técnica de la atención brindada en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?	Oe2. Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la calidad técnica de la atención brindada en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.		Calidad técnica de la atención	Confianza en la capacidad técnica del personal; comprensión del diagnóstico y tratamiento; claridad de las indicaciones terapéuticas; regularidad del CRED; consejería en lactancia o nutrición; entrega de suplementos cuando corresponde; orientación sobre vacunas	30–35 = muy alta calidad técnica; 24–29 = alta calidad técnica; 17–23 = calidad técnica moderada; 10–16 = baja calidad técnica; 7–9 = muy baja calidad técnica	Ordinal

Pe3. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la empatía y comunicación del personal de salud en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?	Oe3. Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a la empatía y comunicación del personal de salud en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.	Empatía y comunicación	Trato amable y respetuoso; respeto a costumbres y creencias; explicaciones claras sobre la atención; escucha y atención de dudas o preocupaciones	17–20=muy alta empatía y comunicación; 13–16 = alta empatía y comunicación; 9–12=moderada empatía y comunicación; 5–8 = baja empatía y comunicación; 4 = muy baja empatía y comunicación	Ordinal
Pe4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a su involucramiento en las decisiones sobre el cuidado infantil en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?	Oe4. Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto a su involucramiento en la toma de decisiones sobre el cuidado infantil en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.	Involucramiento en el cuidado infantil	Participación en decisiones sobre el cuidado; posibilidad de expresar opiniones o sugerencias; recepción de instrucciones claras para el cuidado en casa	13–15 = muy alto involucramiento; 10–12 = alto involucramiento; 7–9 = involucramiento moderado; 4–6 = bajo involucramiento; 3 = muy bajo involucramiento	Ordinal

Pe5. ¿Cuál es el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto al impacto de la atención recibida en el bienestar infantil en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025?	Oe5. Identificar el nivel de satisfacción percibido por las madres de niños respecto al impacto de la atención recibida en el bienestar infantil en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, 2025.	Impacto percibido en el bienestar del niño	Mejoría en la salud del niño; mejoría en crecimiento y desarrollo; satisfacción con los resultados obtenidos en la salud del niño	13–15 = mucha mejora; 10–12 = algo de mejora; 7–9 = leve mejora; 4–6 = sin mejora; 3 = empeoró	Ordinal
---	--	--	---	--	---------

Tipo de estudio	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Aspectos éticos	Estadística descriptiva e inferenciales
Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo Nivel del estudio Descriptivo Diseño del estudio	Población: 430 madres de niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco, durante 2025. Muestra: 204 madres de niños menores de 5 años, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.	Técnica: encuesta. Instrumentos: 1) Cuestionario de caracterización sociodemográfica de la madre y del niño atendido. 2) Cuestionario de satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños (22 ítems, 5 dimensiones, escala Likert).	Consentimiento informado; autonomía; beneficencia; no maleficencia; justicia; confidencialidad; anonimato; uso académico de la información.	Descriptiva: frecuencias absolutas, porcentajes, puntajes por dimensión y puntaje global. Inferencial: no corresponde para contrastación de hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo; se empleó alfa de Cronbach para la confiabilidad del instrumento

ANEXO 2

INSTRUMENTOS VALIDADOS

Código:

Fecha:....../....../....

CUESTIONARIO DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

(MADRE Y DEL NIÑO ATENDIDO)

Título de la investigación: “Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños, Centro de Salud Amarilis, Huánuco 2025”

Saludo: Soy Paola Isamar Martínez Evangelista, egresada del Programa Académico de Enfermería de la Universidad de Huánuco. Me encuentro realizando la presente investigación con fines académicos para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

Instrucciones: Se solicita responder las siguientes preguntas relacionadas con las características sociodemográficas de la madre y del niño atendido. Marque con un aspa (X) la alternativa que corresponda. Su participación es individual, voluntaria y confidencial. Desde ya, gracias por su colaboración.

A. DATOS DE LA MADRE

1. Edad de la madre: _____ años cumplidos

2. Nivel educativo alcanzado

- ☐ Primaria incompleta
- ☐ Primaria completa
- ☐ Secundaria
- ☐ Técnica superior
- ☐ Universitaria

3. Estado civil actual

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Conviviente
- ☐ Separada
- ☐ Divorciada

4. Ocupación actual

- ☐ Ama de casa
- ☐ Trabajadora dependiente
- ☐ Trabajadora independiente
- ☐ Estudiante

☐ Otro: _____

5. Número de hijos menores de 12 años a cargo

- ☐ 1 hijo
- ☐ 2 hijos
- ☐ 3 hijos

B. DATOS DEL NIÑO Y DEL SERVICIO DE SALUD

6. Edad del niño (grupo etario)

- ☐ Recién nacido (0–28 días)
- ☐ Lactante menor (1–5 meses)
- ☐ Lactante mayor (6–11 meses)
- ☐ Preescolar (1–4 años)

7. Condición de salud actual del niño

- ☐ Salud general adecuada
- ☐ Discapacidad

8. Tiempo de atención del niño en el centro de salud

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ 6 meses a 1 año
- ☐ 1 a 3 años
- ☐ Más de 3 años

9. Tipo de seguro de salud del niño

- ☐ SIS
- ☐ Ninguno

10. Frecuencia con la que lleva a su niño al centro de salud

- ☐ Cada mes
- ☐ Cada 2–3 meses
- ☐ Solo cuando se enferma
- ☐ Otra frecuencia: _____

11. Área de residencia

- ☐ Urbana
- ☐ Periurbana
- ☐ Rural

INSTRUMENTO 2



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



Código:

Fecha:

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS

TITULO DE LA INVESTIGACION. “Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños, Centro de Salud Amarilis, Huánuco 2025”

Saludo: Soy Paola Isamar Martínez Evangelista, estudiante del programa académico de Enfermería de la Universidad de Huánuco, estoy realizando esta investigación para obtener el título profesional.

Objetivo: Evaluar el nivel de satisfacción de las madres con la atención recibida en el marco del Modelo de Cuidado Integral.

Instrucciones:

Estimada madre se le solicita que responda las preguntas relacionadas con su percepción acerca de la implementación del modelo de cuidado integral de salud dirigido al niño, por lo cual se le pide que marque mediante un aspa (X) donde crea conveniente. Desde ya, gracias por su colaboración.

DIMENSIÓN I: ACCESIBILIDAD (Escala de Satisfacción)

Escala uniforme:

(MI) Muy insatisfecha – (I) Insatisfecha – (R) Regular – (S) Satisfecha –

(MS) Muy satisfecha

N.º	Ítem	MI	I	R	S	MS
1	Estoy satisfecha con el tiempo de espera para la atención médica de mi niño.					
2	Estoy satisfecha con el tiempo de espera para atención en enfermería.					
3	Estoy satisfecha con el horario de atención del centro de salud.					
4	Estoy satisfecha con la facilidad para acceder al centro de salud desde mi domicilio.					
5	Estoy satisfecha con la facilidad para reprogramar citas médicas.					

DIMENSIÓN II: CALIDAD TÉCNICA (Escala de Acuerdo)

Escala uniforme:

(TD) Totalmente en desacuerdo – (ED) En desacuerdo – (N) Ni de acuerdo ni en desacuerdo – (DA) De acuerdo – (TA) Totalmente de acuerdo

N.º	Ítem	TD	ED	N	DA	TA
6	Confío en la capacidad técnica del personal que atendió a mi niño.					
7	Comprendí claramente el diagnóstico y tratamiento que se me explicó.					
8	El tratamiento prescrito fue explicado con claridad para que yo lo pueda cumplir.					
9	Mi niño ha asistido con regularidad a su control de crecimiento y desarrollo (CRED).					
10	Recibí consejería sobre lactancia materna o nutrición infantil.					
11	Me entregaron suplementos nutricionales cuando fueron necesarios.					
12	Me explicaron adecuadamente la importancia de las vacunas para la salud de mi niño.					

DIMENSIÓN III: EMPATÍA Y COMUNICACIÓN (Escala de Frecuencia Percibida)

Escala uniforme:

(1) Nunca – (2) Casi nunca – (3) A veces – (4) Casi siempre – (5) Siempre

N.º	Ítem	N	CN	AV	CS	S
13	El personal me trató a mí y a mi niño con amabilidad y respeto.					
14	El personal mostró respeto hacia mis costumbres y creencias.					
15	Recibí explicaciones claras sobre la atención brindada a mi niño.					
16	El personal de salud escuchó y atendió mis dudas o preocupaciones.					

DIMENSIÓN IV: INVOLUCRAMIENTO (Escala de Acuerdo)

Escala uniforme: (1) Totalmente en desacuerdo – (2) En desacuerdo – (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo – (4) De acuerdo – (5) Totalmente de acuerdo

N.º	Ítem	TD	ED	N	DA	TA
17	Me tomaron en cuenta para decidir sobre el cuidado y tratamiento de mi niño.					
18	Me permitieron expresar mis opiniones o sugerencias durante la atención.					
19	Recibí instrucciones claras para cuidar adecuadamente a mi niño en casa.					

DIMENSIÓN V: IMPACTO EN EL BIENESTAR DEL NIÑO (Escala de Cambio Percibido)

Escala uniforme:

(NM) No ha mejorado – (MP) Ha mejorado un poco – (MM) Ha mejorado de forma moderada – (BM) Buena mejora – (MC) Ha mejorado completamente

N.º	Ítem	NM	MP	MM	BM	MC
20	He notado una mejora en la salud de mi niño desde que acude a este centro de salud.					
21	Mi niño ha mejorado en su crecimiento y desarrollo.					
22	La atención recibida en el centro de salud ha contribuido favorablemente a los resultados en la salud de mi niño.					

Valoración global del instrumento

- **Total estimado:** 22 ítems = máx. 110 puntos
- **Baremación global:**
 - 93 – 110 puntos: Satisfacción global muy alta
 - 75 – 92 puntos: Satisfacción global alta
 - 57 – 74 puntos: Satisfacción global moderada
 - 39 – 56 puntos: Satisfacción global baja
 - 22 – 38 puntos: Satisfacción global muy baja

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

Título del estudio: Satisfacción de la implementación del Modelo de Cuidado Integral percibido por madres de niños, Centro de Salud Amarilis, Huánuco 2025

Investigadora: Paola Isamar Martínez Evangelista, Egresada del Programa Académico de Enfermería – Universidad de Huánuco

Estimada madre: Se le invita a participar en el presente estudio, cuyo objetivo es conocer su nivel de satisfacción respecto a la atención que recibe su niño en el Centro de Salud Amarilis, en el marco del Modelo de Cuidado Integral.

Su participación consistirá en responder dos cuestionarios. El tiempo estimado será de 15 minutos. La participación es voluntaria y no representa riesgo para usted ni para su niño. La información brindada será confidencial, anónima y utilizada únicamente con fines académicos y científicos.

Usted puede retirarse en cualquier momento, sin que ello afecte la atención que recibe en el establecimiento de salud.

Si acepta participar, firme en el espacio correspondiente.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____,

identificada con DNI N° _____, declaro que he sido informada sobre el propósito del estudio, comprendo en qué consiste mi participación y acepto participar de manera voluntaria.

Lugar y fecha: _____

Firma de la participante: _____

Firma de la investigadora: _____

ANEXO 4

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Nicolás Fretal Quiroz
de profesión Enfermero, actualmente ejerciendo el cargo
de Investigador RENACYT
Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos
de recolección de datos, presentado por **Martínez Evangelista Paola Isamar**
identificada con DNI 73273422, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será
utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada
"SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO
INTEGRAL PERCIBIDO POR MADRES DE NIÑOS, CENTRO DE SALUD
AMARILIS, HUÁNUCO 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: Cuestionario de características sociodemográficas.	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: Cuestionario de satisfacción de las madres de niños.	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

DNI/Mg : Fretal Quiroz, Nicolás Mayo

DNI : 42042646

Especialidad del validador: Investigador RENACYT



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
F.A. ENFERMERÍA

Dr. NICOLÁS M. FRETAL QUIROZ
INVESTIGADOR RENACYT

Sello y Firma



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Alicia Ma. Carnero Tineo

de profesión Enfermera, actualmente ejerciendo el cargo de Docente UDH, Asistencial MEHVM HCO

Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos, presentado por **Martínez Evangelista Paola Isamar** identificada con DNI 73273422, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada "SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL PERCIBIDO POR MADRES DE NIÑOS, CENTRO DE SALUD AMARILIS, HUÁNUCO 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: Cuestionario de características sociodemográficas.	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: Cuestionario de satisfacción de las madres de niños.	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

Dr/Mg : Salvo Pública y docencia Universitaria

DNI : 22465192

Especialidad del validador: Materno perinatal- Neonatología.

Alicia Ma. Carnero Tineo
Docente UDH

Sello y Firma



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Percy Rodríguez Ríos

de profesión Enfermera, actualmente ejerciendo el cargo de Asistente de la Universidad de Huánuco

Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos, presentado por **Martínez Evangelista Paola Isamar** identificada con DNI 73273422, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada "SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL PERCIBIDO POR MADRES DE NIÑOS, CENTRO DE SALUD AMARILIS, HUÁNUCO 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: Cuestionario de características sociodemográficas.	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: Cuestionario de satisfacción de las madres de niños.	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

Dr/Mg Rodríguez Ríos Percy

DNI 22518242

Especialidad del validador: Enfermería

Percy Rodríguez Ríos
Lic. En Enfermería DEF 35495

Sello y Firma

ANEXO 5

SOLICITUD DE PERMISO PARA EJECUCIÓN DE ESTUDIO

 **UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Huánuco, 28 de octubre de 2025

OFICIO N° 231 - 2025-C/P.A-ENF-UDH

Dr. Aaron Hanyí POH
JEFE DEL CENTRO DE SALUD AMARILIS

Presente:

De mi mayor consideración:



Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez poner de su conocimiento que la alumna Paola Isamar, Martínez Evangelista del Programa Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco se encuentra desarrollando el trabajo de investigación titulado "Satisfacción de la implementación del modelo de cuidado integral percibido por madres de niños, Centro de Salud Amarilis, Huánuco 2025", por lo que solicito la autorización para realizar el proceso de recolección de datos de dicho estudio, teniendo como muestra a las madres de los niños que reciben atención en salud.

Se adjunta documentos según requisitos establecidos.

Esperando contar con su apoyo y comprensión, agradezco anticipadamente a usted las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Dra. Amalia V. Leiva Yaro
COORDINADORA DE LA E.A.P. DE ENFERMERÍA

ANEXO 6

AUTORIZACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Amarilis, 05 de noviembre 2025

PROVEIDO N 022-2025 -GR-HCO-DRS-RED-HCOMRA-CSA-CADI

EL JEFE DEL CENTRO DE SALUD Y CORDINADOR APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL CENTRO DE SALUD DE AMARILIS QUE AL FINAL SUSCRIBE:

Que, visto la solicitud de Don/Doña PAOLA ISAMAR MARTÍNEZ EVANGELISTA, con argumento en solicitud pide la autorización para la ejecución de su proyecto "SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO INTEGRAL PERCIBIDO POR MADRES DE NIÑOS, CENTRO DE SALUD AMARILIS, HUÁNUCO 2025 "; con el visto bueno del COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION mediante el INFORME N°020-2025-ECM-PCEI/CS AMARILIS/MRSA, se otorga el PROVEIDO FAVORABLE para la ejecución de su proyecto en mención en el Centro de Salud Amarilis con código IPRESS 27821 a partir de la fecha.

Así mismo, cabe señalar que luego de terminada la ejecución de su proyecto sean compartidos con nuestra institución para planes y acciones de mejora sucesivos.

Se expide el presente a solicitud del interesado para los fines que estime por conveniente realizar ante las instancias competentes.

ATENTAMENTE,



JEFE DEL CENTRO DE SALUD
AMARILIS



COORDINADOR
APOYO A LA DOCENCIA E
INVESTIGACION



PRESIDENTE
COMITÉ DE ETICA EN
INVESTIGACION