

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



**CREENCIAS DE LAS MADRES CON HIJOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBEN TERAPIA
INHALATORIA DURANTE SU
HOSPITALIZACIÓN – CHICLAYO. PERÚ, 2017**
**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autor: Bach. Zully Judeisy Chiroque Vilchez

Chiclayo, 26 de junio del 2018

**CREENCIAS DE LAS MADRES CON HIJOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBEN TERAPIA
INHALATORIA DURANTE SU
HOSPITALIZACIÓN – CHICLAYO. PERÚ, 2017**

POR:

Bach. Zully Judeisy Chiroque Vílchez

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Mayla Amelia Barreto Quiroz
Presidenta de Jurado

Mgtr. Adela Rosanna Nuñez Odar
Secretaria de Jurado

Mgtr. Yolanda Beatriz Villarreal Ortiz
Vocal de Jurado (Asesor)
Chiclayo, 26 de junio del 2018

DEDICATORIA

A mis padres

Manuel y Carmen quienes han cumplido el rol de padres y custodiaron a mi hijo mientras encaminaba a esta meta; gracias por su apoyo y enseñanzas para no desvanecer en mis objetivos.

Al amor de mi vida

Santiago Manuel, motivo de superación y guía para saber que todo esfuerzo tiene su recompensa; perdón por el tiempo que no compartí contigo amor. Te amo mi bebé.

A mi gran amiga

Karla Samira, gracias por tus consejos y por estar siempre a mi lado y por el gran cariño que tienes a Santiago; te quiero mucho amiga.

Zully Judeisy

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por iluminar mí camino y permitir culminar mi vida universitaria superando cada obstáculo que se me presentó a lo largo de este tiempo.

A las madres de familia

Por su tiempo y dedicación para terminar con éxito esta investigación.

A mi asesora

Mgtr. Yolanda Beatriz Villarreal Ortiz por ser guía y orientadora en este proceso; gracias por su paciencia, tiempo y dedicación. Sus enseñanzas contribuirán a ser una buena profesional.

A mi jurado

Mgtr. Mayla Amelia Barreto Quiroz y Mgtr. Adela Rosanna Nuñez Odar; sus aportes permitirán mejorar mi trabajo de investigación puesto al servicio de la comunidad estudiantil.

Zully Judeisy

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Dedicatoria..... | iii |
| Agradecimiento..... | iv |
| Resumen..... | vi |
| Abstract..... | vii |
| INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| CAPÍTULO I: Marco teórico conceptual..... | 13 |
| 1.1 Antecedentes del problema..... | 13 |
| 1.2 Base teórico-conceptual..... | 15 |
| CAPÍTULO II: Marco metodológico | 21 |
| 2.1 Tipo de investigación..... | 21 |
| 2.2 Abordaje metodológico..... | 21 |
| 2.3 Sujetos de investigación..... | 24 |
| 2.4 Escenario..... | 25 |
| 2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 26 |
| 2.6 Procedimiento..... | 27 |
| 2.7 Análisis de datos..... | 28 |
| 2.8 Criterios de rigor científico..... | 29 |
| 2.9 Criterios éticos..... | 30 |
| CAPÍTULO III: Resultados y análisis finales..... | 32 |
| Consideraciones finales..... | 53 |
| Recomendaciones..... | 54 |
| Referencias bibliográficas..... | 56 |
| ANEXOS..... | 60 |
| ANEXO 1: Consentimiento informado..... | 61 |
| ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos..... | 65 |

RESUMEN

La investigación cualitativa con abordaje metodológico estudio de caso, tuvo como objetivos describir, analizar y comprender las creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria durante su hospitalización se sustentó con la teórica Madeleine Leininger. La muestra se obtuvo por saturación y redundancia con la participación de quince madres, previo consentimiento informado; aplicándose la entrevista semiestructurada a profundidad. Se realizó un análisis de contenido temático, respetándose los criterios de rigor ético y rigor científico, formándose las siguientes categorías: Creencias y supersticiones de las madres sobre la terapia inhalatoria que recibe su hijo: Creencias culturales sobre el cuidado de la salud de su hijo con problemas respiratorios, Creencias y saberes de las madres sobre el uso de los inhaladores y nebulizaciones, Creencias de daños que ocasionan la terapia inhalatoria. Limitada interculturalidad de la enfermera con la madre en el cuidado del niño que recibe terapia inhalatoria: Escasa comunicación de la enfermera sobre la nebulización e inhalación que recibe el niño, Dificil comprensión de la madre sobre la importancia de la nebulización e inhalación por parte de la enfermera. Predominio del cuidado enfermero (a) sobre las creencias de las madres durante el uso de inhaladores de su hijo. Se concluyó que las creencias de las madres por ser herencia ancestral rechazan el tratamiento inhalatorio creyendo muchas veces que su niño se volverá dependiente de estos dispositivos inhalatorios insistiendo en el uso de remedios caseros.

Palabras claves: *creencias, madres, niño, inhalación, nebulización y hospitalización.*

ABSTRACT

Qualitative research with a methodological approach to a case study aimed to describe, analyze and understand the beliefs of mothers with children under 5 who receive inhalation therapy during their hospitalization was supported by the theoretical Madeleine Leininger. The sample was obtained by saturation and redundancy with the participation of fifteen mothers, with prior informed consent; applying the semi-structured interview in depth. An analysis of thematic content was carried out, respecting the criteria of ethical rigor and scientific rigor, forming the following categories: Beliefs and superstitions of mothers about the inhalation therapy their child receives: Cultural beliefs about the health care of their child with Respiratory problems, Beliefs and knowledge of mothers on the use of inhalers and nebulizations, Beliefs of damage caused by inhalation therapy. Limited interculturality of the nurse with the mother in the care of the child receiving inhalatory therapy: Little communication from the nurse about the nebulization and inhalation the child receives, Difficult understanding of the mother about the importance of nebulization and inhalation by the nurse. Predominance of nursing care over the beliefs of mothers during the use of their child's inhalers. It was concluded that the beliefs of mothers for being ancestral inheritance reject inhalatory treatment believing many times that their child will become dependent on these inhalation devices insisting on the use of home remedies.

Keywords: *beliefs, mothers, child, inhalation, nebulization and hospitalization.*

INTRODUCCIÓN

La utilización de las vías aéreas para la administración de medicamentos no es complicada, sin embargo, se debe tener en cuenta que la función propia del aparato respiratorio es prevenir la entrada de elementos extraños al pulmón y eliminar aquéllos que consigan entrar. El éxito de la terapia inhalatoria está, por tanto, ligado al desarrollo de mecanismos que consigan evitar este reflejo natural del organismo y a la adecuada formulación del producto en forma de aerosol.¹

Por ello esta vía de administración se considera óptima en la terapéutica de las enfermedades pulmonares como son el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la fibrosis quística. Sin embargo, cuando un fármaco se administra por vía inhalatoria en forma de aerosol, su eficacia depende de la cantidad de aerosol que llega a las vías aéreas, así como de su distribución en ellas, además de las propiedades del fármaco.²

Las enfermedades respiratorias, afectan principalmente la población infantil y en especial a los menores de 5 años, puesto que ellos son los más susceptibles a los factores de riesgo como el bajo peso al nacer, la ausencia de lactancia materna, la desnutrición, así como el esquema incompleto de vacunación. Este problema no sólo está relacionado al tema de salud sino también a los niveles de pobreza que afectan a la población más alejada que no tienen acceso a los centros de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, el manejo adecuado para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias, debe basarse en un conocimiento profundo de las características sociales, culturales y económicas de la población y de las nociones que tienen los habitantes en torno a estas infecciones. Como cualquier intervención de salud pública dirigida a conseguir un cambio de comportamiento, todo esfuerzo por modificar el manejo de casos de infecciones respiratorias agudas, exige

comprender el sistema de atención de salud en el ámbito local, existiendo hoy en día hay pocas medidas eficaces para prevenirlas. No obstante, se puede reducir la incidencia en el largo plazo si se cumple con el calendario de vacunación y se combaten sus factores de riesgo más importantes como se mencionó anteriormente.

Así mismo, la Situación Epidemiológica⁴, las infecciones respiratorias son la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En los entornos de clima templado, la enfermedad respiratoria es más frecuente en los meses de invierno. Sin embargo, su epidemiología es muy diferente en los entornos tropicales, donde se producen la mayoría de las muertes infantiles por neumonía, con aumento de la incidencia de las infecciones del tracto respiratorio inferior durante la temporada de lluvias.

En el Perú en el 2016, las infecciones respiratorias agudas (IRA) fue la primera causa específica de morbilidad en atenciones de consulta externa realizada en los establecimientos de salud del ministerio de salud (MINSA), las cuales representan alrededor del 24,9% del total de atenciones y también representaron el 12,1% del total de causas específicas de muerte. Para ese mismo año, la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en todos los grupos por etapas de vida, fue la primera causa de atención en consulta externa.

Es importante mencionar que el tratamiento recomendado para tratar la crisis bronco-obstructiva en la edad pediátrica es la terapia inhalatoria como son los aerosoles y los dispositivos de inhalación directa disponibles desde 1956 junto con los espaciadores o aerocámaras, los cuales se han tornado cada vez más efectivos y sofisticados con el correr del tiempo⁵. Esta Terapia inhalada se ha convertido en la forma de elección para la administración de fármacos que actúan directamente en el árbol bronquial y lecho pulmonar⁶, bien sean broncodilatadores o corticoides o antibióticos.

Hoy en día, la administración de fármacos mediante la vía inhalada es considerada como la moderna línea terapéutica, recogida en las diferentes guías y consensos nacionales e internacionales^{7,8} y para administrar fármacos inhalados son necesarios dispositivos especiales que requieren conocimientos adecuados por parte del profesional enfermero(a) para poder adiestrar también a la familia, especialmente a la madre por ser la cuidadora del niño durante su hospitalización.

Cabe mencionar que en la práctica diaria, durante la hospitalización del niño, es posible encontrar con mucha frecuencia madres que se niegan, abandonan, o rechazan el uso de aerosoles por la creencia de causar adicción al niño; nuestra Región Lambayeque cuenta con diversos grupos culturales, herencia ancestral heredada con características culturales propias que, a pesar de compartir un mismo ambiente social suelen tener características culturales diferentes, características culturales que para el cuidado de niño enfermo de las vías respiratorias consideran el uso de plantas medicinales, soluciones, frotaciones, entre otros. Sin embargo, la enfermera como profesional integrante del equipo multidisciplinario por tener mayor contacto con las madres durante la hospitalización del niño enfermo de las vías respiratorias, debe suministrar cuidados responsables y coherentes culturalmente, entendiéndose como aquel ser sensible a los tratamientos con terapia inhalatoria⁹. Así mismo estos cuidados deben ajustarse de modo razonable a las necesidades del niño que recibe nebulización o inhalación, negociándose el cuidado con las madres para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas.

Es necesario mencionar que la investigadora durante sus prácticas pre profesionales en el área de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, ha observado que las madres que cuidan a sus hijos con problemas respiratorios y que reciben terapia inhaladora no están conforme con el tratamiento, negándose muchas veces al cumplimiento de la terapia y es la enfermera quien le explica la importancia del tratamiento, manifestando

repetidas veces: “Señorita mi hijito se agita mucho”, “Late muy rápido su corazoncito”, otras madres dicen: “Señorita se va hacer dependiente o se va a acostumbrar y eso le hace mal para sus pulmones”, “con estas nebulizaciones se puede hacer asmático”, otras veces les retiran las máscaras nebulizadoras o la aerocámara y al interactuar con las madres responden si le indican mejor frotaciones, o jarabes porque esa máscara lo irrita mucho, no me dicen si en el futuro ya no se va a enfermar de los bronquios, por eso tengo miedo que le repitan las nebulizaciones.

Finalmente escuchando todos estos pequeños discursos se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria durante su hospitalización – Chiclayo. Perú, 2017? Planteándose como objetivo: describir, analizar y comprender las creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria durante su hospitalización. El objeto de estudio fue: creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria.

La presente investigación se justificó porque surge la necesidad de conocer cuáles son las creencias que las madres tienen sobre el uso de los inhaladores y las nebulizaciones como tratamiento de las infecciones respiratorias de sus niños. Esto con el fin de que en un futuro se valoren y respeten las creencias de estas madres, proporcionándoles información sobre la importancia del tratamiento con nebulizadores e inhaladores sin dejar de lado su cultura.

Por otro lado, se impulsa la interculturalidad, es decir; la enfermera conocerá sus creencias que las madres poseen sobre el uso de estos dispositivos inhalatorios y le enseñara la importancia de estos dispositivos en la recuperación de su salud, sin causarle daño al niño, así mismo Ella aprenderá a utilizar la aerocámara para que continúe el tratamiento en casa.

Finalmente, es importante porque existen pocos trabajos en relación al tema tratado, por lo cual ayudará a la enfermera a conocer el qué y porque de las creencias de las madres se niegan que sus niños reciban terapia inhalatoria, y a su vez las madres, comprendan, que el tratamiento más indicado son las nebulizaciones y las inhalaciones para que su hospitalización no sea muy prolongada y a su vez evitar complicaciones.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A continuación, se presentó algunos resultados de investigación que fueron relevantes para mi objeto de investigación.

A nivel internacional se encontró la siguiente investigación:

El estudio realizado en Paraguay por Sánchez E. y Cabrera F. “Aceptación del uso de aerocámaras, realizada en un hospital pediátrico de Paraguay”. Sus resultados reportaron un porcentaje mayor de encuestadas que acepta la utilización del aerosol como mejor forma de usar el salbutamol, sin embargo, hay un 28 % que no acepta los aerosoles, siendo el jarabe que goza de una cierta aceptación, argumentando mayor aprobación por el niño y mayor efectividad. Pesa mucho la creencia popular en la forma de administrar el salbutamol, lo cual resalta la relación entre la evidencia científica y la aceptación del paciente o de su madre y del profesional sanitario que aplica el tratamiento broncodilatador con salbutamol¹⁰.

A nivel nacional se encontró la siguiente investigación:

Gutiérrez L. “Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el puesto de salud san Antonio-ate, Lima-Perú”. Sus consideraciones finales fueron que las madres de familia confieren que la enfermedad se produce por el cambio de clima, o por andar desabrigados, también mencionamos que las madres creen que la enfermedad si es peligrosa, que se debe tratar a tiempo, en cuanto al tratamiento específico manifiestan que hacen uso de prácticas basadas en sus creencias para tratar las infecciones respiratorias agudas, llegando incluso a ser una de estas creencias

perjudiciales para la salud del niño, como la administración de antibióticos sin recomendación médica, el uso de vick-vaporub en lugares en donde no debe aplicarse; así mismo hacen uso de prácticas que si contribuyen a mejorar la salud del niño, como la aplicación de medios físicos para el manejo de la fiebre; uso de infusiones o preparaciones caseras a base de hierbas medicinales investigadas, y mayormente rechazan las nebulizaciones y las inhalaciones para evitar dependencia¹¹.

A nivel local se encontró la siguiente investigación:

Beltrán C. Y Vela S. en su investigación: “Mitos, creencias y prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores en Chiclayo, Perú. Los resultados fueron que el 55% de participantes tuvieron niños asmáticos mal controlados. Identificaron mitos como: daño cardiaco, dependencia, incremento de peso, alteraciones en el sistema nervioso y coeficiente intelectual; además las creencias: alteraciones de la conducta, efectos en el crecimiento y sistema osteomuscular. Mencionan haber hallado el uso de plantas medicinales, técnica deficiente en uso inhaladores y preferencia por nebulizaciones. Sus consideraciones finales: Cuidadores poseen mitos y creencias sobre el tratamiento con inhaladores, también hallados en la literatura. Técnica deficiente en uso de inhaladores. Médicos coinciden en mencionar la mayoría de mitos, creencias y prácticas de sus pacientes. Los cuidadores de consulta particular tienen mejor conocimiento y control. El médico debe explicar y brindar la ayuda necesaria, mejorando la adherencia y control del asma¹².

1.2. BASE TEÓRICO – CONCEPTUAL

Las bases teóricas fueron sustentadas por diferentes autores que guardan relación con las creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria, teniendo como sustento la teoría de Madeleine Leininger. Así mismo en esta parte se comenzó a definir el concepto de creencias definido por Jodelet, madres según Posada, niño con Medellín y nebulización e inhalación con Berrú.

Algunas de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria como la nebulización y la inhalación durante su hospitalización, se muestran reacias frente al tratamiento, por las creencias que estas terapias producirán dependencia, o los volverán asmáticos, entendiéndose por creencias a todos aquellos elementos del dominio cultural que el individuo utiliza sin comprobar, influenciadas en forma importante por la familia. Es decir que una creencia es una idea que es considerada verdadera por quien la profesa¹³.

Al respecto Jodelet¹⁴, afirma que es importante conocer las creencias porque para entender como la gente actúa en su vida, hay que ver cuál es el significado que la gente pone en su universo. Asimismo, las creencias no siempre son iguales en los distintos grupos sociales, se considera que las creencias tienen su propia lógica y coherencia y que allí radica su fuerza. “Las creencias de salud son conductas verbales que han adquirido a lo largo de la historia conductual del sujeto funciones de control sobre otras conductas, tanto verbales como no verbales”.¹⁵

Sin embargo, las creencias de las madres muchas veces las llevan evitar voluntariamente del tratamiento inhalatorio, sea nebulización o inhalación, ya que desde su vulnerabilidad creen que estos dispositivos causan dependencia dañina para la salud de sus hijos que padecen problemas respiratorios severos. Así mismo, todas estas creencias como

conocimientos adquiridos de sus antepasados, son transmitidos de generación en generación usando siempre sus remedios caseros para el tratamiento sin darse cuenta que estar hospitalizado es aceptar todo tratamiento médico indicado.

Quintana citado por Garrido Miranda¹⁶, agrega que la creencia es una manera de interpretar la realidad, y, por lo tanto, debe reconocerse su presencia en toda actividad humana. Reafirma diciendo que creencia es la actitud de quien reconoce algo por verdadero, pudiéndose constatar la evidencia o no de ello. Por tanto, pueden llamarse creencias a las convicciones científicas y la fe religiosa, el reconocimiento de un principio evidente o de una demostración, como también la aceptación de un prejuicio o una superstición, distinguiendo 3 grados de creencias: la opinión, la fe y la ciencia.

Por lo tanto, la creencia de la madre que tiene su hijo que recibe terapia inhalatoria durante la hospitalización, tiene una actitud negativa reconociendo al tratamiento como daño, demostrándolo con el rechazo o prejuicio frente a la ciencia médica, ya que cree que su hijo a futuro será dependiente de esta terapia. Así mismo Purnell y Paulanka citado Navarro B¹⁷: “Una creencia es algo que es aceptado como verdad, especialmente como un principio o un cuerpo de principios aceptados por la gente en un grupo etnocultural. Las creencias no tienen que ser demostradas, ellas son inconscientemente aceptadas como verdaderas”. No se dan cuenta que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferente de los demás, consecuentemente las creencias de las madres que cuidan a sus hijos que reciben terapia inhalatoria en el área de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes deben ser respetadas por el personal de enfermería, explicándoles y concientizándolas para lograr que su niño recupere su salud.

Es necesario mencionar a Leininger¹⁸ cuando se refiere al cuidado culturalmente congruente como: «Aquellos actos o decisiones que se basan de una manera relativa al conocimiento en la ayuda, la facilidad de apoyo o actos permisivos o de decisión que generalmente se diseñan para que coincidan con los valores culturales, las creencias y los estilos de vida de un individuo o un grupo o una institución, con el fin de proporcionar un cuidado significativo, beneficioso y satisfactorio que lleve a la salud y el bienestar». Con esto se facilita evitar los choques culturales, es decir, el resultado que se produce entre profesionales de la salud y los individuos a quienes se cuida cuando las acciones de enfermería no correspondan con las expectativas, creencias, valores y normas de las personas. En este caso cuando la madre se niega que su hijo reciba inhalación con cámara espaciadora o nebulización y la enfermera explica que no tendrá repercusiones dependientes en el futuro.

Hoy en día es tan importante hablar tanto de las modernas tecnologías que las personas de culturas diferentes desconocen volviéndolas cada vez más radicales con sus creencias por esto la meta de la teoría transcultural es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes, especialmente de las madres con niños menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria para mejorar su problema respiratorio agudo.

Para la investigadora, el niño es un ser en desarrollo que presenta características físicas, psicológicas y sociales propias, su personalidad se encuentra en proceso de construcción. Por lo que un niño en edad diferente es un ser único, tiene sus propias formas de aprender y expresarse, piensa y siente, también le gusta conocer y descubrir el mundo que lo rodea. Estos conceptos los describe Medellín¹⁹, diciendo que el niño es como un proceso de desarrollo iniciándose en un estado

de absoluta y total dependencia, luego progresa en forma gradual, continua y compleja para llegar ser un individuo único(a), diferente y autonomía en la sociedad y cultura en la que ha nacido. Considerando la etapa preescolar de 3 a 6 años y en la etapa escolar es de los 6 a los 12 años de edad.

Así mismo el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)²⁰, define que la infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Sin embargo, para la investigadora todo niño siempre merece desarrollarse libre, en completo estado de salud, bajo el cuidado y protección de sus padres y familia, desarrollándose dentro de todas sus etapas de vida, sin merecer padecer enfermedades respiratorias crónicas si no se cumple con terapia inhalatorias.

La terapia inhalatoria²¹ es la administración de fármacos directamente en el árbol traqueo bronquial y alveolar. Comparada con la vía sistémica, tiene un comienzo de acción más rápido, por lo que se necesita administrar menor cantidad de fármaco para lograr el efecto deseado y causa menos efectos secundarios. El principal inconveniente de la terapia inhalatoria es que, para que sea efectiva, necesita ser realizada correctamente; es decir, el paciente necesita un proceso de aprendizaje por parte de un familiar. El grado en el que realicemos correctamente la inhalación del medicamento determinará la mayor o menor mejora de los síntomas, lo que repercutirá directamente en nuestra calidad de vida.

Los sistemas de administración inhalatoria disponibles son los nebulizadores, los aerosoles presurizados y los inhaladores de polvo seco²². La elección del tipo de dispositivo depende de la situación clínica, la edad del sujeto y las preferencias del médico y del paciente. El nebulizador fue el primer dispositivo moderno empleado para conseguir la liberación de medicamentos en forma de aerosol y lograr su aplicación al tratamiento de las enfermedades respiratorias, sin embargo, los inhaladores son pequeños dispositivos, fácilmente transportables, que liberan medicación en forma de aerosol para ser inhalada. Al dispensarse en pequeñas dosis se puede conseguir un gran beneficio en enfermedades respiratorias, sin grandes efectos secundarios. La medicación está disuelta en un líquido y encerrada en un depósito hermético. Este se encuentra cubierto por una pieza de plástico, que al presionarla sobre el depósito libera medicación a través de una pieza bucal²³.

Así mismo, la hospitalización constituye una herramienta básica para el manejo de pacientes de cualquier especialidad y está reservada habitualmente para pacientes con enfermedades graves o de difícil manejo. La hospitalización es un proceso nuevo e inesperado, donde el usuario experimenta acontecimientos distintos a sus actividades diarias al igual que su cuidador²⁴. Sin embargo, la hospitalización de un hijo menor de 5 años que sufre de enfermedades respiratorias, produce una serie de acontecimientos en la madre. Este evento da lugar a una serie de cambios que hacen necesario adaptarse a la nueva situación, esta puede ser desconocida; por ello, conllevan sentimientos de miedo, angustia o ansiedad cuando observa a su hijo recibiendo terapia inhalatoria como la nebulización e inhalación, creyendo algunas veces que el diagnóstico es fatalista y poco alentador.²⁵

Así, la hospitalización para la investigadora es el ingreso de una persona enferma a un hospital por un cierto tiempo, dependiendo de la evolución del paciente. En esta investigación el paciente es el niño, quien ingresa al servicio de pediatría por presentar enfermedades respiratorias agudas para recibir terapias inhalatorias; la cual genera una serie de sentimientos por sus creencias que trae sobre el uso de esta terapia.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cualitativo^{26,27}, siendo está considerada como un estudio de calidad de las actividades, relaciones, escritos, medios, materiales e instrumentos en una determinada situación o problema, la misma procura lograr una descripción holística, así también este tipo de investigación se encarga de captar la parte subjetiva de las personas. Consiguientemente, este tipo de investigación permitió describir, analizar y comprender las creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria durante su hospitalización.

Se utilizó como técnica de recolección de datos la observación y la entrevista semiestructurada a profundidad, donde la investigadora tuvo la capacidad de analizar las respuestas brindadas por las madres entrevistadas. Así mismo al ser abordado en profundidad permitió tener una visión más amplia acerca de todas las creencias que la madre tiene sobre el uso de la terapia inhalatoria para el tratamiento de la enfermedad respiratoria aguda que sufre su hijo.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

El abordaje metodológico para esta investigación se utilizó el estudio de caso^{28,29} que permite profundizar de una sola entidad o de una serie reducida de entidades; así mismo en este tipo de metodología se estudia sólo un acontecimiento, proceso, persona, unidad de la organización u objeto. Por lo tanto, se ha podido comprender en profundidad las creencias que tiene la madre sobre el uso de la terapia inhalatoria, es decir, la nebulización e inhalación para el tratamiento de enfermedades respiratorias de su hijo. El porqué de este método se fundamenta en su utilidad, pues servirá para ampliar el conocimiento

de la madre en un entorno real desde sus diferentes creencias y porque se podrá analizar dicha problemática dentro de un contexto definido por el investigador.

El estudio de caso según Bernal³⁰ se desarrolló en tres fases:

Fase exploratoria: se reconoció y determinó la situación problemática, también se definió el objeto de estudio. Posteriormente se les explicó a las madres del niño hospitalizado que padece enfermedades respiratorias y que recibe terapia inhalatoria: nebulización e inhalación, en el área de lactantes y preescolares del Hospital Regional Docente las Mercedes acerca de la investigación a realizar y previa aceptación se les solicitó una firma para el consentimiento y poder así iniciar con las entrevistas.

Fase sistemática o delimitación del estudio: se recolectó la información utilizando instrumentos como la observación y la entrevista semi estructurada a profundidad lo que permitió la recolección de los datos que permite formar al objeto de estudio y de esa manera poder describir, analizar y comprender las creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria, como nebulización e inhalación, durante su hospitalización.

El tercer momento lo constituye el **análisis sistemático y la elaboración del informe**, el que consiste en la elaboración del informe final previo análisis de la información. En esta fase se procedió a sistematizar la información con todo lo recopilado de las madres, se utilizó un lenguaje sencillo y narrativo a fin de tornarla disponible y accesible a los interesados.

Así mismo, recolectada la información, se procederá a la transcripción de las entrevistas y a la extracción de las unidades de significado,

tomando en cuenta los objetivos de la investigación y posterior a ello la elaboración de un informe acerca de los resultados obtenidos.

Este proyecto de investigación asumió los siguientes principios propuestos por Polit³¹:

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento; para cumplir este principio la investigadora se mantendrá atenta sobre nuevos elementos que pueden surgir y que pueden ser importantes durante el estudio, en relación a todas las creencias que la madre tiene sobre el uso del nebulizador e inhalador que su hijo menor de 5 años hospitalizado en la sala de Preescolares y Lactantes del Hospital Regional Docente Las Mercedes por presentar enfermedad respiratoria aguda.

Los estudios de caso enfatizan la interpretación en el contexto; para ello, se tendrá en cuenta el contexto en que se encuentra el sujeto de estudio, permitiendo describir, comprender y analizar todas las creencias que la madre tiene sobre el uso de la nebulización e inhalación que le realizan a su hijo como tratamiento de la enfermedad respiratoria que sufre.

Los estudios de caso buscan retratar la realidad de forma compleja y profunda, en donde se procurará revelar la multiplicidad de las creencias que la madre tiene sobre el uso de la nebulización e inhalación que su hijo recibe durante la hospitalización.

Igualmente, los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información, donde la investigadora recolectará información obtenida en diferentes momentos, o situaciones variadas, que la madre a través de sus creencias acepta, niega o rechaza el uso de la terapia que su hijo recibe, como la nebulización o inhalación durante la hospitalización.

Los relatos del estudio de caso utilizarán un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento, donde la información obtenida se mostrará de manera narrativa y se transmitirá de forma directa y clara para que el mensaje llegue correctamente a la persona y pueda ser entendible.

Los estudios de caso revelan experiencias secundarias, y a la vez importantes que permiten generalizaciones naturales. Es aquí donde la investigadora hablará acerca de su experiencia durante el estudio de modo que el lector pueda hacer sus propias conclusiones de manera natural. También los estudios de caso representan diferentes y a veces conflictivos puntos de vista, presentes en una situación social. Es por ello, que el investigador va a procurar traer al estudio esas diferentes opiniones, incluso su punto de vista acerca del tema de investigación.

2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de investigación del presente estudio fueron las madres de los niños con problemas respiratorios menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria como nebulización e inhalación durante su hospitalización en el área de lactantes y preescolares del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Ellas fueron protegidas con nombre códigos: MAD1, MAD2, MAD3, MAD4... MAD15; utilizándose a la vez la técnica de saturación o redundancia. Para ello se considerarán los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- a. Ser madre del niño menor de cinco años hospitalizado, que padezca de enfermedad respiratoria y que éste recibiendo terapia inhalatoria como: nebulización e inhalación.
- b. Madres que acepten participar de la investigación.
- c. Madres que permanezca junto a su niño hospitalizado todo el tiempo y recibiendo nebulización o inhalación.

Criterios de exclusión:

- a. Madres que padezcan de alguna discapacidad mental.
- b. Madres que tienen niños mayores de 5 años con enfermedades respiratorias que no reciben terapia inhalatoria.

2.4 ESCENARIO

El escenario donde se desarrolló la investigación fue el área de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Históricamente fue creada oficialmente el 18 de diciembre de 1851, contando con 164 años de antigüedad. En la actualidad este hospital conserva su original distribución arquitectónica, tipo pabellones construidos con adobe y ladrillo, siendo calificado actualmente como el establecimiento del Ministerio de salud de mayor complejidad del servicio y de la región, correspondiéndole el nivel II-II en la escala de niveles de atención, considerado como establecimiento de referencia que atiende diferentes especialidades atendiendo a la comunidad en general y a través de Seguro Integral de Salud (SIS) dados por el gobierno.

El escenario arriba mencionado consta de un tópico donde se realizan los procedimientos, un estar de enfermería, donde está ubicado el archivador de historias clínicas, cada una con un número que hace mención al número de cuna que ocupan los niños, cuenta con materiales de escritorio y formatos como parte de las historias clínicas que sirven para algunos procedimientos que se les realizará a los niños sin dejar de incluir el formato del consentimiento informado.

El servicio de pediatría cuenta con 15 camas en el área de lactantes y preescolares, así mismo atiende una enfermera para 15 niños con diferentes patologías.

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó la entrevista semiestructurada a profundidad³², la cual permitió obtener información acerca las creencias que la madre tiene sobre la terapia inhalatoria que recibe su hijo durante su hospitalización.

La entrevista semi estructurada a profundidad, fue validada y aprobada por un juicio de expertos, la cual consistió en la revisión del instrumento por enfermeras expertas en la temática y en el método de investigación y docencia. Así mismo, después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, para poder aplicar la entrevista, se realizó un ensayo a través de la prueba piloto con el objetivo de detectar la viabilidad de esta, dicha prueba se llevó a cabo en el Hospital Belén de Lambayeque en un servicio similar al del escenario y aplicado a dos madres acompañantes del niño que recibe nebulización o inhalación, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, del mismo modo, se identificó a estos participantes durante la hospitalización del niño, contactándose primero con la madre y explicándole el motivo de la investigación para poder solicitar su apoyo. De esta manera, se pudo verificar que las preguntas fueron comprensibles y las respuestas pertinentes al objeto de estudio.

Para aplicar la entrevista semi estructurada a profundidad, primero se determinó el tamaño de la muestra por medio de la saturación y redundancia. Cada entrevista duró un promedio de 20 minutos, las cuales se llevaron a cabo fuera del área los servicios en mención, libre de interferencias. La entrevista a la madre que acompañan al niño durante su hospitalización recibiendo terapia inhalatoria, se realizó cuando la madre se encontraba disponible, y en momentos que no

recibían la terapia inhalatoria indicada, fuera de preocupaciones y en momentos que sus familiares se encontraban cuidando al niño. Previo firmaron el consentimiento informado como primer paso al desarrollo de la entrevista. Dichas entrevistas fueron grabadas en audio en una grabadora personal y luego fueron transferidas a un ordenador. Así mismo, se transcribieron cada una de ellas manteniéndose la confidencialidad de las personas involucradas, para lo cual la información fue recogida por nombres de flores.

Cabe resaltar que, al aplicar la entrevista a los sujetos de investigación, se tuvo en cuenta el momento en que fueron entrevistados. Además, se les mencionó que no existe ningún beneficio económico o un bono por su participación. El único beneficio lo obtuvo la madre, porque se les entregó un tríptico con el contenido del tema expuesto.

2.6 PROCEDIMIENTO

El procedimiento se inició inscribiendo el proyecto de Investigación en el Catálogo de Tesis de la Escuela de Enfermería, posterior a ello, se sustentó el proyecto ante un jurado calificador, lo cual se necesitó de su aprobación para que se presente al comité metodológico de dicha escuela y así poderse dar las recomendaciones o sugerencias si fuera necesario. Una vez aprobado el proyecto por la CEIFM se procedió a solicitar la autorización del hospital para su aplicación; en el documento detalló el nombre del proyecto, su objetivo e importancia del tema de investigación. Por último, una vez obtenido el documento de aprobación, se llevó cabo la recolección de datos.

Así mismo, antes de empezar con la recolección de datos es importante detallar lo que se va a realizar. Del mismo modo, para llevar a cabo la investigación se ha escogido como principal escenario la sala de lactantes y preescolares del Servicio de Pediatría del Hospital Regional

Docente Las Mercedes, donde se determinaron a los posibles sujetos de investigación para realizarles la entrevista semi estructurada a profundidad, seleccionando la muestra a través de la técnica de saturación. Ellos representaron a las madres que acompañaron a sus hijos que reciben terapia inhalatoria como nebulización o inhalación durante la hospitalización.

Después de ello las madres que acompañaron al niño con terapia inhalatoria aceptaron a participar en la investigación y con previa explicación clara y precisa de lo que consistía la temática, se les invitó a firmar el consentimiento informado (anexo N° 01), para formalizar su participación y garantizar la confidencialidad. Posteriormente, luego de recopilar la información y evidencia necesaria se dio paso a analizar dicha información a través de la metodología del análisis de contenido temático.

Por último, se procedió a analizar los resultados con el marco teórico para la conclusión de nuevos conocimientos.

2.7 ANÁLISIS DE DATOS

En esta investigación se usó el análisis de contenido temático³³, porque permitió a la investigadora interpretar textos, lo cual le sirvió para dar sentido a los datos que se recolectaron con la entrevista grabada, sin modificar ni alterar las respuestas. Así mismo, se elaboraron y procesaron datos relevantes, ya que permitió mostrar el contenido que encierra y proporcionó nuevos conocimientos.

Este tipo de análisis tiene las siguientes etapas:

Análisis: Para iniciar esta primera etapa, la investigadora tuvo que organizar la transcripción de las entrevistas, para ello, tuvo que

adentrarse mentalmente en la realidad expresada, revisó los datos obtenidos, escuchó las veces necesarias las grabaciones hechas durante la entrevista con la actitud de vivir nuevamente la situación encontrada y reflexionó acerca de ello para comprender lo que está sucediendo.

Codificación: Antes de comenzar con la codificación, la investigadora se familiarizó con los datos recolectados y le dio una lectura facilitando una visión completa e integradora de los datos obtenidos. Aquí la investigadora convirtió el material original en unidades temáticas, todo esto, en relación a los objetivos de investigación, esta codificación ayudó a revisar lo que los datos nos quieren decir. Una vez empezada el proceso de codificación mediante la identificación de palabras, frases o párrafos; simultáneamente, se le irá asignó un código, nombre o etiqueta que intente agrupar el significado relacionado. Todas estas codificaciones se trabajaron en base a cuadros y la selección de elementos quedará plasmada en los anexos para mejor almacenamiento e información.

Categorización: En esta última fase del análisis de contenido, se interpretó los resultados recolectados que serán tratados, de tal forma que sean resaltantes y válidos. Luego, se reagrupó todos los códigos o etiquetas que compartan un mismo significado, lo cual sirvió como guía para la identificación de categorías y subcategorías o temas. La asignación de estas nuevas etiquetas a cada uno de los grupos que intento compilar el significado sintetizado fue el resultado de un nuevo esfuerzo de abstracción.

2.8 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO.

Existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos y sobre los cuales existe un

acuerdo parcial. Entre los aspectos de rigor de la investigación cualitativa se describen^{34,35}:

La credibilidad: Está referido a la investigadora cuando capto el significado completo y profundo acerca de los discursos en su totalidad dado por el sujeto de la investigación y no se distorsionaron la información que se mostró en la investigación; del mismo modo se ratificó los testimonios al mostrar la transcripción de las entrevistas a los sujetos de investigación, quienes comprobaron que la información era concordante con lo expresado. Todo esto se logró cuando los hallazgos del estudio fueron reconocidos como verdaderos por las personas que participaron en dicho estudio.

Confirmabilidad o auditabilidad: En este estudio se basó en la misma perspectiva de la investigadora original, se siguió las mismas reglas para la recolección y el análisis de los datos, asumiendo que la investigadora debió ser capaz de llegar a descripciones o explicaciones similares del fenómeno bajo estudio.

La transferibilidad o aplicabilidad: Se consideró la formulación detallada de la investigación y su lógica permitiendo la transferencia o aplicación a otras situaciones similares, en contexto igualmente similares, pues sirvió de aporte teórico y práctico para nuevas investigaciones de las futuras enfermeras cuando tengan hospitalizado a niños que reciben terapia inhalatoria como nebulización o inhalación o ambos y las madres nieguen o rechazan la terapia por sus creencias que poseen.

2.9 CRITERIOS ÉTICOS.

Esta investigación se basará en tres principios de la bioética personalista de Sgreccia.³⁴

El principio del **valor fundamental de la vida humana** es el respeto a su dignidad, en la investigación se consideró en todo momento a los sujetos de estudio es decir a las madres de los niños menores de 5 años que sufren de enfermedades respiratorias y reciben terapia inhalatoria hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, como seres humanos con autoconciencia de sí misma, como seres unitarios, capaces de tomar sus propias decisiones y que son dignas de respeto.

Del mismo modo, se aplicó el **principio de libertad y responsabilidad**, por el cual se tuvo en cuenta que la persona posee una libre expresión, capaz de aceptar y de rechazar es por eso, que se aplicó la hoja de consentimiento informado en donde los sujetos de la investigación tuvo la libre elección de elegir su decisión o no de participar en la investigación teniéndose presente el respeto, o el rechazo de los sujetos del mismo.

Finalmente, se aplicó el **principio de socialización y subsidiariedad**; por el cual se pretendió llevar a cabo la escucha activa, el juicio reflexivo y una relación empática con los sujetos de la investigación.

CAPITULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS FINALES

El tratamiento minucioso de los datos recolectados permitió determinar elementos significativos en relación con los objetos de investigación, dichos elementos fueron agrupados de acuerdo a su sentido semántico. Posterior a ello, se tuvieron las siguientes categorías y sub categorías:

1. CREENCIAS Y SUPERSTICIONES DE LAS MADRES SOBRE LA TERAPIA INHALATORIA QUE RECIBE SU HIJO

- a. Creencias culturales sobre el cuidado de la salud de su hijo con problemas respiratorios.
- b. Creencias y saberes de las madres sobre el uso de los inhaladores y nebulizaciones.
- c. Creencias de daños que ocasionan la terapia inhalatoria.

2. LIMITADA INTERCULTURALIDAD DE LA ENFERMERA CON LA MADRE EN EL CUIDADO DEL NIÑO QUE RECIBE TERAPIA INHALATORIA

- a. Escasa comunicación de la enfermera sobre la nebulización e inhalación que recibe el niño.
- b. Dificil comprensión de la madre sobre la importancia de la nebulización e inhalación por parte de la enfermera.

3. PREDOMINIO DEL CUIDADO ENFERMERO (A) SOBRE LAS CREENCIAS DE LAS MADRES DURANTE EL USO DE INHALADORES DE SU HIJO.

1. CREENCIAS Y SUPERSTICIONES DE LAS MADRES SOBRE LA TERAPIA INHALATORIA QUE RECIBE SU HIJO

La creencia es una manera de interpretar la realidad, y, por lo tanto, debe reconocerse su presencia en toda actividad humana. Quintana citado por Miranda³⁶, agrega que creencia es la actitud de quien reconoce algo por verdadero, pudiéndose constatar la evidencia o no de ello. Por tanto, pueden llamarse creencias a las convicciones científicas y la fe religiosa, el reconocimiento de un principio evidente o de una demostración, como también la aceptación de un prejuicio o una superstición.

Así mismo, Águila³⁷ refiere que creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no verdad en términos objetivos; este tipo de creencia pudo ser percibida por la investigadora durante el desarrollo de la investigación en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes la mayoría de las madres viene con una cultura diferente, forma de pensar distinta ya que el cuidado que ellas le brinda a su hijo en su domicilio es diferente porque su creencia cultura es ancestral dejan de lado la medicina y solo recurriendo a frotaciones y yerbas haciéndolas diferentes en su comportamiento y actitud durante el tratamiento inhalatorio que sus hijos reciben agregado también a la superstición que sus hijos se volverán dependientes o en algunos momentos refiriendo que no quieren este tratamiento por temor a ser asmáticos.

Citando a, Pérez J.³⁸ define superstición como una creencia que resulta contraria a la razón y ajena a la fe religiosa, suele basarse en tradiciones populares que se transmiten de generación en generación; es decir, que dentro de una comunidad, los ancestros que sostenían algunas acciones favorecían la buena suerte o alejaban lo negativo, transmitieron dichas creencias a sus descendientes, sin embargo, la madre dentro de sus cuidados, cumple un rol muy importante y fundamental en el niño(a), ya

que es la responsable de la crianza del niño, definida como la acción de promover y brindar soporte a la actividad física, actividad emocional, desarrollo social y el desarrollo intelectual del menor desde su infancia hasta su edad adulta; cumple un rol importante en el cuidado durante los primeros años de vida, no sólo porque le proporciona el alimento completo para la subsistencia (leche materna) sino porque además le brinda seguridad, valores, protección, educación, y afecto.

Por lo tanto en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes se pudo observar que la madre es la que siempre se preocupa por la salud y el bienestar de su hijo, durante la hospitalización encarnándose en ella su angustia por la pronta recuperación, siempre está atenta y preguntando si el tratamiento inhalatorio lo va a mejorar, sino le causará dependencia o muchas veces si esta inhalación no lo ahoga por ese desconocimiento y cultura que a su vez posee.

Por eso la mayoría de niños cuando se enferma de procesos respiratorios recaen ya sea por sus creencias culturales, falta de conocimiento o por desconfianza, llevándola al no cumplimiento con el tratamiento indicado, por ello la enfermera debe educar a la madre sobre la importancia del tratamiento y hacerle entender que no son dañinos sino al contrario explicar el beneficio que le dará en la salud a su mejor hijo.

Como bien sabemos que la vía inhalatoria³⁹ ayuda a la absorción sistémica de principios activos, dada la gran extensión de absorción y su elevada vascularización, en la mayoría de los casos se espera un efecto local de los medicamentos que se administran por inhalación en forma de aerosol. Por ello esta vía de administración se considera óptima en la terapéutica de las enfermedades pulmonares como son el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la fibrosis quística. Sin embargo, cuando un fármaco se administra por vía inhalatoria en forma de aerosol, su eficacia depende de la cantidad de aerosol que llega a las

vías aéreas, así como de su distribución en ellas, además de las propiedades del fármaco.

Por lo tanto las creencias y supersticiones de las madres sobre la terapia inhalatoria que recibe su hijo en este contexto describe el modo de actuar por sus creencias culturales distintas al cuidado que ellas les brindan, por ello que la enfermera debe asumir cierto retos que le permitan relacionarse con la madre para poder llegar a comprenderles y así educarles sobre los cuidados que se brinda en el hospital, es así como emerge la subcategoría:

a. Creencias culturales sobre el cuidado de la salud de su hijo con problemas respiratorios.

En la vida del ser humano existen factores personales dependientes de aprendizajes previos o de influencia del medio ambiente que le conducen a rechazar situaciones o experiencias y lo llevan a tomar decisiones que dan como resultado conductas y acciones que pueden afectar el estado físico o emocional. Al respecto, Leininger⁴⁰ con su teoría de la universalidad y diversidad del cuidado, incentiva a muchos autores para que las diversas culturas se pretenda distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud; esta teórica propuso el “Modelo del Sol Naciente” que describe a los seres humanos en forma inseparable de su referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental como un elemento básico de su teoría, el sexo, la raza, la edad y a la clase social se consideran factores integrados dentro de la estructura social.

Este cuidado está presente en todas las culturas pero con características diferentes en cada una de ellas, sin embargo, Leininger⁴¹ entiende por cultura el conocimiento aprendido, compartido y transmitido sobre los valores, creencias y estilos de vida

de un grupo particular, el cual va de generación en generación e influencia los pensamientos, decisiones y acciones en patrones o en formas ya establecidas, de tal manera que al cuidado cultural lo define como los valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente y que se usan para asistir, facilitar o capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar o su salud o mejorar una condición humana o estilo de vida.

Es por eso que la madre cumple un rol muy importante en la vida de un hijo, más si se trata de su salud, ella es la fuente principal, ya que los cuidados que brinda se encuentran arraigados en su propia naturaleza de ser mujer, y por instinto velan por la integridad de sus hijos. Así mismo la maternidad⁴², representa uno de los hechos de mayor significación durante el ciclo vital de la mujer; por lo tanto, está íntimamente ligada a aspectos prácticos tales como la ejecución de la tarea en sí mismo y el desempeño del rol de madre.

Del mismo modo las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados en el HRDLM con problemas respiratorios, mayormente usan su medicina casera antes de ir al hospital, ya que por sus mismas creencias culturales piensan que es más saludable y natural por esa herencia heredada desde sus ancestros. La OMS⁴³ define medicina tradicional a un conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas o mentales.

Por ello, Leininger⁴⁰ refiere que los cuidados culturales son todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo, a mantener su estado de salud y bienestar, mejorar su

situación, estilo de vida y a afrontar la enfermedad, discapacidad o muerte. Por eso la presencia de la madre cuando el niño está enfermo son vitales para apoyar y mantener la relación maternal, ya que ayuda al niño a sentirse útil en poder ayudar y colaborar con el tratamiento, recuperación y mejoría. Por lo tanto la investigadora, pudo percibir que sus creencias culturales que ellas tienen muchas veces impiden a que cumplan con el tratamiento debido, y puede generar riesgo en la salud del niño ya que prefieren el manejo alternativo y principal para ellas, la medicina ancestral. Llegando a concluir en los siguientes discursos:

“...en casa le doy tilo para la tos y le doy aguas calientes para que tome pero aun así se me enferma...” “...en mi casa le pongo el vickvaporu es muy bueno y le ayuda bastante a respirar...”

[MAD1]

“...tosía mucho y respiraba por la boca como agitado, le estaba dando agüitas calientes...” “...en mi casa, mi suegra le da unas hierbas, lo toma como agüita, pero bien caliente por las noches, porque le hace sudar para que bote todo lo malo...”

[MAD2]

“...mejor son los jarabes, mi mamá le ha hecho un jarabe de ajo, cebolla y miel de abeja, eso le doy y le ayuda bastante a que no tenga mucha tos...”

[MAD5]

De acuerdo con lo manifestado anteriormente, la investigadora pudo percibir que las madres, siendo el sujeto de estudio, tienden a hacer prevalecer sus diferentes creencias culturales, donde refirieron que con hierbas, plantas, cremas, jarabes preparados por ellas, mejorarán la salud del menor, algo que quizás pueda ser verdad sin saber que después habrá consecuencias y pueda que empeoren. Según Castro citado por Melguizo⁴¹, en su análisis de la lógica de una de las creencias tradicionales en salud en México, afirma que "las creencias son formas alternativas de interpretar el mundo y que generalmente son llamadas supersticiones". Y aunque, con frecuencia, los profesionales del cuidado de la salud descalifican estas supersticiones o creencias, ubicándolas en el plano de los mitos.

Por lo tanto las creencias culturales sobre el cuidado de la salud de su hijo con problemas respiratorios en el HRDLM, consisten en descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las madres en torno al cuidado del niño, donde las mismas madres se comprometen con el profesional de enfermería a develar el significado y enseñar sus creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y actuar frente al cuidado de la salud de hijo. Es por eso que las madres siempre acompañarán a su hijo, ya que son su fortaleza en la etapa de hospitalización, el cual desempeña una función importante en el tratamiento y recuperación durante la hospitalización, donde la madre algunas veces ha adquirido conocimientos en la atención de su hijo, por anteriores hospitalizaciones, presentándose notorias diferencias en la promoción de la intervención, la actitud que asumen ante ella y las prácticas de las cuales la concreta. Es así como emerge la subcategoría:

b. Creencias y saberes de las madres sobre el uso de los inhaladores y nebulizaciones.

Las infecciones respiratorias agudas es el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años⁴⁴. Como tratamiento se utiliza la terapia inhalatoria es la recomendada por sus diferentes ventajas, ya que el medicamento es liberado directamente en el tracto respiratorio,

produciendo concentraciones más altas a nivel local con menor riesgo de efectos secundarios sistémicos.

Es por eso que la madre crea un vínculo afectivo con su hijo, en el cual aprende a quererlo y cuidarlo, expresando placer y gratificación en cada actividad que realiza, sintiéndose identificada con el rol de madre, expresando sentimientos positivos, estando dispuesta a olvidarse a ella misma para dedicarse por completo a su hijo enfermo, acompañándolo en este duro camino que recorrerá junto a la enfermedad del niño. Por lo tanto la investigadora pudo percibir que las madres de niños menores de 5 años hospitalizados que reciben terapia inhalatoria, por sus mismas creencias y saberes que tienen, hacen que tengan otra forma de pensar sobre el inhalador y nebulizador, donde piensan que son dañinos para su salud y no verán mejoría en ellos.

Al respecto, Ocampo citado por Prieto⁴⁵ afirma que las creencias populares indican las actitudes de compromiso que mantienen los cuidadores ante determinados hechos concretos que se consideran dignos de una aceptación verdadera. Es decir, las prácticas que la madre brinda a los niños menores de 5 años, esas creencias que mantienen, los saberes populares ante hechos como enfermedades populares son consideradas por ellos como dignas y verdaderas.

Por lo tanto, durante la investigación se pudo percibir que las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados por problemas respiratorios, lleva a ellas a tomar una actuación enérgica, su convicción en la veracidad de determinados hechos concretos que colaboran en hacer supervivientes aquellas expresiones del pasado que se presentan como "creencias populares". Además Leininger plantea que los valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una cultura particular guían los

pensamientos, las decisiones y las acciones en formas de patrón y frecuentemente manifestado a través de los siguientes discursos:

“...no lo deja respirar y el sonidito le hace llorar, ese humo lo ahoga y tose mucho, cuando bota flema se atora y siento que es peor. Yo no le tengo fe a estas cosas prefiero los jarabes...” [MAD2]

“...el humo lo ahoga a mi niña, le hace toser y sudar mucho, eso asfixia y daña a sus pulmones, peor que acá es todo abierto...” [MAD3]

“...me dio miedo cuando mi hijita comenzó a toser fuerte y le faltaba el aire, se volvió moradita...” [MAD6]

“...le pone llorosa, irritable, así como cardíaca, y comienza a botar flema como ahogándose...” [MAD7]

De acuerdo con lo manifestado anteriormente, se pudo percibir a las madres de los niños menores de 5 años el miedo que le tienen a estos dispositivos ya que sus creencias que ellas tienen respecto a este tratamiento no es beneficio, y según ellas creen que es dañino para ellos y es por eso que la mayoría no recurren al hospital, hasta no ver resultados con sus medicinas ancestrales. Y esto se debe a la falta de conocimiento por parte de las madres y la falta de educación por parte de la enfermera, ya que ellas como persona directa a la madre sobre el cuidado de su hijo, deben hacerles saber la importancia de estos dispositivos y evitar que sus creencias culturales los aplique, porque ellas piensan que es muy bueno pero sin embargo no es de mucho beneficio para el menor. Es así como emerge la subcategoría:

c. Creencias de daños que ocasionan la terapia inhalatoria

La terapia inhalatoria³⁹ consiste en la administración de medicamentos, oxígeno y humedad por la vía respiratoria, es una actividad especializada que apoya a las diversas especialidades en la prevención, tratamiento y rehabilitación de padecimientos que afectan directa o indirectamente la función del aparato respiratorio. Según

García⁴⁶ refiere que el uso de inhaladores acompañado por aerocámaras y nebulizaciones en todas las edades favorece el depósito a nivel pulmonar ya que disminuyen el depósito oro-faríngeo, permitiendo coordinar la respiración y desacelerar la droga.

Por lo tanto, es la madre quien cumple un rol muy importante con el niño hospitalizado, ya que él necesita mucho de sus cuidados para la pronta recuperación de él pero cabe resaltar que cada madre viene con una cultura diferente y eso hace que el tratamiento que recibe el menor pueda ser rechazado por sus mismas creencias culturales. Por eso Leininger⁴⁷ refiere que los cuidados culturales constituyen valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan y capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar, a mejorar su situación y estilo de vida, afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Así mismo, se pudo percibir que la madre siempre estará pendiente en el cuidado de su hijo, es por ello que cada vez que su hijo le van a realizar algún procedimiento o colocarle algún medicamento, es te caso, las madres de los niños menores de 5 años hospitalizados por problemas respiratorios, por sus creencias culturales piensan que la terapia inhalatoria no le ayudará a su mejoría del niño porque piensan que esos son dañinos para su salud. Es aquí donde el profesional de enfermería al conocer esta práctica de cuidado cultural, tal y como se entienden, implica emplearlos como base para brindar un cuidado enfermero. Es decir, se ha logrado entender, reconocer y además sostener esta práctica como favorable para el cuidado del niño. Y como refiere Leininger en su modelo del sol naciente, que las personas no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno.

Es así que, la mayoría de las madres en estudio no conocen el significado real de algunas prácticas realizadas cuando el niño está enfermo, sin embargo, mayormente las madres, abuelas, suegras con su convicción positiva y verdadera han logrado que la madre tenga desconfianza de los medicamentos que le colocan en el hospital por lo mismo que sus creencias culturales que ellas tienen han logrado sanar/curar tales males. Es así como en los siguientes discursos se puede apreciar:

“...el spray le volverá asmático y lo usará para toda su vida...” [MAD1]

“...eso le agita su corazoncito, le vuelve más cardíaco señorita...” [MAD2]

“...ese humo la ahoga a mi niña, le hace toser y sudar mucho, lo asfixia y daña a sus pulmones y señorita le entra aire porque tengo que estar cambiándole de polo porque suda y si le dejo con el polo mojado se empeora, peor que acá es todo abierto...” [MAD3]

“...esos aparatos la vuelve dependiente, su corazón se agita y cuando tose bota mucha flema, se ahoga, no le deja respirar mucho...” “... ese spray les vuelve asmáticos y no les deja crecer, por eso en mi casa no lo coloco, prefiero que le receten jarabes...” [MAD4]

Al leerse estos discursos se puede distinguir que la presencia de la madre, así como su intervención en los cuidados de la hospitalización es vital para apoyar y mantener la relación maternal. Como también, el estar con su hijo ayuda a sentirse útil en poder ayudar, apoyar y colaborar en el tratamiento, recuperación y mejoría de su hijo. Pero la mayoría de las madres. Se pudo evidenciar que las madres consideran a la terapia inhalatoria como un tratamiento peligroso para la salud de su menor, ya que piensa que poniéndole la mascarilla de nebulización y la de inhalación altere su respiración.

El inhalador⁴⁸ es un dispositivo que contiene la medicación y aerosoles presurizados, cuando el dispositivo se presiona, libera una dosis determinada del fármaco en forma de aerosol y puede ser activamente

inhalado por el paciente. Para facilitar la inhalación del fármaco se utilizan las cámaras espaciadoras que reducen la velocidad de las partículas y su tamaño y permiten su inhalación sin que se tenga que coordinar la inspiración con la liberación del fármaco. Se puede apreciar lo que la madre piensa sobre el uso del inhalador en los siguientes discursos:

“...el inhalador le hace tener nervios señorita, hace que su corazoncito se agite...” [MAD8]

“...los vuelve chiquitos y no le deja crecer...” [MAD10]

“...acá una señora dice que eso los hincha, se vuelve más gorditos los niños, a mí me da miedo ya utilizarlo...” [MAD11]

En los discursos anteriores se pudo apreciar a la madre que al momento de utilizar el inhalador con la aerocámara le impedirá respirar ya que la mascarilla tapa nariz y boca, por falta de conocimiento no sabe el beneficio que tiene la aerocámara al ser utilizada con el inhalador, es importante porque así el medicamento llega directamente a sus pulmones la dosis correcta.

La nebulización⁴⁸ es un gas comprimido (aire u oxígeno), actúa sobre la medicación situada en un reservorio, generando partículas aerosolizadas que son dispersadas continuamente. Las partículas aerosolizadas son inhaladas por el paciente, en general, a través de una mascarilla facial. Se puede apreciar lo que la madre piensa sobre el uso del inhalador en los siguientes discursos:

“...los vuelven cardiacos, hasta la muerte llegan los niños, yo tuve una sobrinita y murió porque mucho le ponían estas cosas...” [MAD12]

“...el humo frío que sale, le empeora a mi niña, porque eso le hace que se enfríen sus pulmoncitos de mi pequeña...” [MAD13]

“...eso le agita a su corazoncito, le volverá cardíaco a mi hijito” [MAD14]

En los discursos anteriores se pudo apreciar la referencia que la madre hace respecto a la nebulización, la ventaja principal de las nebulizaciones es el hecho de que estos se depositan directamente en el tracto respiratorio, de esta forma se logra una mayor concentración de medicamento en el árbol bronquial y en el lecho pulmonar, con menores efectos secundarios a diferencia del tratamiento oral. Por lo tanto, se evidencia falta de conocimiento por parte de la madre y falta de preocupación por parte del personal de salud, se debe explicar a la madre la importancia de estos dispositivos y cuál será la ventaja al ser utilizado, surgiendo de esta manera la siguiente categoría:

2. LIMITADA INTERCULTURALIDAD DE LA ENFERMERA CON LA MADRE EN EL CUIDADO DEL NIÑO QUE RECIBE TERAPIA INHALATORIA

Leininger, desarrolló los cuidados culturales basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas podrán informar y determinar mejor el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales. Lo transcultural dentro de una especialidad de la salud, según Leininger, es un "área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte". Según esta autora, lo transcultural cobra sentido en tanto que cada cultura requiere un tipo de atenciones que varían según los distintos significados del cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y la enfermedad se tengan.

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia de una cultura, así como también los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas culturales de los cuidados presentan divergencias y semejanzas en toda

cultura, lo que Leininger llama de diversidad y universalidad de los cuidados. Una propuesta multicultural en salud, elimina la discriminación étnica o cultural, y respeta la diversidad cultural, ratificando así el principio de equidad, libertad e igualdad entre culturas, como conducta social y modo de vida de las personas de forma dinámica e interactiva. El moverse entre estos conocimientos, creencias, prácticas culturales diferentes respecto a la salud y enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, lo social y relacional; permite pensar en la interculturalidad en salud.

Por ello, la interculturalidad es un proceso de relación y comunicación entre grupos culturales y personas con diferentes percepciones de su realidad y sin embargo, con similares capacidades para el ejercicio de sus derechos, en la relación entre los usuarios con los profesionales de la salud, con diferentes niveles y contenidos de elementos de carácter ético.⁴⁸

Así mismo, el cuidado que la madre brinda al niño hospitalizado desde la perspectiva de Leininger, involucra asimilar sus formas de vida, contextos, sentimientos, preocupaciones, creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos como la hospitalización, específicamente cuando se interactúa con la madre. Esta interacción requiere preparación, sensibilidad y pensamiento crítico, para descubrir y captar las distintas significaciones que traen las madres, y la enfermera tiene que abordarlos en sus propios cuidados. Leininger menciona que la teoría de desarrollo está basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás. Es así como emerge la siguiente subcategoría:

a. Escasa comunicación de la enfermera sobre la nebulización e inhalación que recibe el niño

La comunicación⁵² es vital para todas las personas, pero la manera en que alguien se relaciona puede aumentar la satisfacción obtenida o causar sensaciones de angustia; siendo el componente básico dentro de la enfermería, dado que el profesional de salud debe saber escuchar y entender a la madre del niño hospitalizado, ya que esto juega un papel muy importante en la calidad de vida y satisfacción de las personas, pero siempre llegan a conocer y apreciar las percepciones de los demás para poder obtener información continua acerca de cómo otras se perciben a sí mismas, a su trabajo, a su vida, y a su salud. Para mantener, mejorar y promover una interacción adecuada entre los sujetos de cuidado y las demás personas con las que se comparte el desempeño laboral se plantea como estrategia básica el establecimiento de una relación dialogada, que consiste en el establecimiento del diálogo, como medio de acercamiento entre dos personas o grupos, lo cual permite crear un ambiente sano para el logro de un fin común como lo es brindar un cuidado de enfermería de alta calidad.

Por todo esto como investigadora fue importante llevar una adecuada comunicación con las madres de los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, ya que muchas veces ellas llegan al servicio con diferentes ideas de la enfermedad de su hijo las cuales preguntan los procedimientos a seguir y el tratamiento para la recuperación del niño, por esto es necesario establecer un nexo entre la madre y enfermera encargada ya que a través del profesional de salud le brindará las pautas a seguir y la función que tendrá la madre para la atención y cuidados necesarios el niño.

Las enfermeras como profesionales, pasan muchas horas junto al niño y la madre, en la mayoría de ocasiones son las personas a quien recurrirán las madres en demanda de apoyo. En el momento de recibir la primera información del médico, las madres no están emocionalmente capacitadas para asimilarlo y será después de un periodo de reflexión cuando acuden las enfermeras en busca de confrontación o incluso una negación de lo que han oído. Por ello la enfermera debe hablar con un lenguaje claro, nunca mentir y evitar contradicciones.

La investigadora manifiesta que la comunicación entre la enfermera y la madre acompañante debe ser completa, oportuna, precisa y comprendida por quien la recibe puesto que de esta forma al llegar a una comunicación recíproca y sin interferencias servirá de apoyo para las madres de los niños hospitalizados en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, y por lo contrario si no existiera satisfacción en la comunicación de las enfermeras con las madres sería imposible que ellas pudieran expresar sus sentimientos, pensamientos, opiniones. Lo cual se corrobora en los siguientes discursos:

“...la enfermera dice que estos aparatos son buenos que le ayudará para que respire mejor...”

[MAD3]

“...la enfermera dice que es bueno para que bote esa flema que tiene en sus pulmoncitos...”

[MAD5]

“...la enfermera dice que es bueno, que le ayudará...” **[MAD6]**

“...la enfermera dice que el toser es buena señal, porque eso ayuda a que la flema de sus pulmoncitos se muevan y lo pueda botar...”

[MAD11]

En los discursos que las madres manifestaron, se pudo percibir que la comunicación entre el personal de enfermería y la madre es muy escasa, ya que la enfermera se centra en realizar sus actividades sin educar a la madre sobre el procedimiento que va a realizar al niño, eso

hace que la madre sienta desconfianza, por ello es importante que la enfermera comprenda la situación que la madre atraviesa, tener un hijo enfermo no es fácil ya que su cuidado es mayor. Es aquí donde la enfermera debe promover el bienestar y disminuir factores estresantes a la madre, pero teniendo en cuenta sus creencias culturales ya que los cuidados que ella brinda en el hogar es diferente en el hospital, es por ello que la madre teme el momento de la realización de la terapia inhalatoria, ya que ellas tienen otro concepto de ello.

b. Difícil comprensión de la madre sobre la importancia de la nebulización e inhalación por parte de la enfermera.

Ante toda relación social, la comunicación⁵³ es todo un proceso fundamental que regula y hace posible la interacción entre las personas y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón cíclico y continuo, y evitar conflictos, lo que en dicha investigación se mostró mediante la falta de orientación por parte del personal de enfermería durante la hospitalización del niño. Si bien el estado emocional del niño es distinto al momento de su hospitalización es la madre quien se motiva al observar cuando la enfermera administra sus cuidados, como administración del tratamiento farmacológico, propiciándose muchas veces desconfianza, conflictos y preocupación, porque no hay adecuada orientación sobre los procedimientos.

Por ello, la enfermera está al cuidado del niño y de su acompañante, en este caso la madre, al momento de administrar el tratamiento a su hijo, mayormente hay rechazo por las madres y eso se debe a su propia forma de pensar sobre el uso de estos dispositivos, ya que sus propias creencias hacen que se contradigan con las indicaciones, por ello, que la enfermera es donde acá debe actuar educando a la madre sobre la

importancia y beneficio que hará el tratamiento, en este caso la terapia inhalatoria, errar ese concepto que tienen. Lo mencionado se puede apreciar en los siguientes discursos:

“...señorita en mi casa no le pondré el spray porque le va seguir dañando sus pulmones, no quiero que lo use para toda su vida...” [MAD1]

“...vengo muchas veces y no veo mucha mejoría en mi hijo, siempre le ponen lo mismo pero se sana unos días y de nuevo se me enferma, yo lo traigo cuando veo que ya tiene mucha tos por varios días...” “...me da pena traerlo mucho al hospital, mucho le ponen esas cosas lo enferma más y le malogra sus pulmones...” [MAD2]

“...mucha flema tiene en sus pulmones le indicaron el inhalador, pero le pongo solo cada vez que le falta el aire, pero es pocas veces, prefiero no ponerle para que no se vuelvan dependiente...” [MAD10]

En los discursos mencionados, se descubre que el actuar de la enfermera es fundamental, porque es ella quien va a educar a la madre para que lo ponga en práctica en casa, el conocimiento y el saber actuar ante la situación ayudará a la madre a aprender sobre el cuidado de su hijo. La educación de la madre refuerza una serie de conocimientos y habilidades tendientes a corregir defectos y/o a crear hábitos en forma demostrativa que aseguren una mejor ayuda y comprensión del cuidado del niño. Por eso es importante la comunicación⁴⁴, consiste en un proceso de formulación e intercambio de mensajes entre dos o más personas cuya interpretación promueve la salud; por ello que no sólo debe servir para obtener información que el personal de salud necesita en el cumplimiento de sus funciones, sino que debe emplearse también para que el paciente y cuidador se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención, por eso que la madre limita los cuidados que ella tiene para ofrecer a su hijo hospitalizado describiendo la categoría:

3. PREDOMINIO DEL CUIDADO ENFERMERO (A) SOBRE LAS CREENCIAS DE LAS MADRES DURANTE EL USO DE INHALADORES DE SU HIJO.

Predominio según la Real Académica Española lo define como poder, superioridad, influjo o fuerza dominante que se tiene sobre alguien o algo⁵⁴. Así mismo según Roy⁵⁵ el cuidado enfermero, tiene como fin sostener y promover la adaptación de la persona a que se cuida y ayudarle a alcanzar un estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos. Por lo tanto la enfermera cumple un rol principal en el cuidado desde la etapa preventiva promocional, asistencial y de recuperación desempeñando roles educativos, administrando medicamentos, supervisando cuidados y vigilando constantemente el cuidado del niño.

Por ello, en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes la investigadora percibió que las madres de los niños hospitalizados debido a su nivel cultural por ser de medio a bajo insisten en cuidar a sus hijos con sus creencias usando bebidas y frotaciones, pero la enfermera al brindarle sus cuidados lo hace con mucho cuidado enseñándoles y explicándoles por qué no deben usarlo, es decir muchas veces llega a negociar su cuidado. Por su parte Leininger⁵⁶ destaca que la adecuación o negociación de los cuidados culturales, comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorios para el niño.

Así mismo Leininger⁵⁷ reconoce a la enfermería como arte y ciencia aprendida y humanista que se centra en las conductas de cuidados personalizados, funciones y procesos dirigidos hacia la promoción y mantenimiento de conductas de salud o recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicocultural y social para aquellos que

están asistidos generalmente por una enfermera profesional o con competencias en funciones similares, estos aspectos considerados por la autora, las enfermeras del servicio de pediatría vivencian cada día las creencias de estas madres al rechazar el uso de dispositivos como nebulizadores e inhaladores aplicados a sus niños respondiendo siempre que les puede hacer mal, por esto se cita a Miranda³⁶ al describir que creencia es la actitud de quien reconoce algo por verdadero, pudiéndose constatar la evidencia o no de ello.

Por tanto pueden llamarse creencias a las convicciones científicas y la fe religiosa, el reconocimiento de un principio evidente o de una demostración, como también la aceptación de un prejuicio o una superstición. Es por eso que cada madre tiene diferente nivel cultural y eso hace que tengan creencias culturales distintas.

Leininger citado por Ibarra⁵⁸ argumenta como los cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente: son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios, al respecto la investigadora es consciente que el cuidado es universal y la enfermera que cuida a los niños con problemas respiratorios que usan inhaladores es congruente con su madre, es insistente y a la vez exigente con suaves palabras y trato donde sus respuestas son positivas y a la vez aceptadas llegándoles a enseñar que el uso de estos dispositivos ayuda a sus hijos para que pronto regresen a casa.

La investigadora propone un orden de tareas donde la enfermera debe enfatizar mucho, ya que la mayoría de madres se van con tratamiento en casa y por la mala utilización del dispositivo los niños recaen y vuelven a ser llevados otra vez al hospital. Entre ellas serían: Primero educar a las

madres y al cuidador responsable del menor, sobre que es el inhalador, importancia, beneficios, efectos adversos, uso de las aerocámaras, uso correcto del inhalador; después la demostración y redemostración y finalmente que regrese a su control, sin dejar de lado que hay programas menores de 5 años donde son medidas preventivas para enfermedades respiratorias como: vacunas, CRED, control pediátrico, nutrición, etc.

CONSIDERACIONES FINALES

1. Las creencias y supersticiones de las madres sobre la terapia inhalatoria que recibe su hijo en el Servicio de Pediatría del HDRLM se debe al nivel cultural bajo, a sus creencias heredadas desde sus ancestros, al desconocimiento que la terapia inhalatoria favorece al niño con problemas respiratorios sin ocasionar daños.
2. Los saberes y creencias de las madres por ser herencia ancestral permiten a ellas, rechazar la terapia inhalatoria de su hijo, creyendo muchas veces que su niño desmejorara, o que la enfermera le causa daño cuando coloca los dispositivos inhalatorios insistiendo en el uso de remedios caseros.
3. La enfermera cuando se dirige al niño para realizar la terapia inhalatoria presenta limitada interculturalidad, porque su comunicación es escasa, no reconoce la cultura y creencias de la madre lográndose difícil comprensión y por lo tanto predomina el rechazo de los dispositivos inhalatorios.
4. La comunicación y comprensión de la enfermera con la madre del niño que recibe terapia inhalatoria es escasa, no comprende que esta madre solo trata de curar a sus hijos que padecen de problemas respiratorios con sus yerbas, jarabes o frotaciones sin conocer el riesgo a que recurre por el uso de su tratamiento a curar y que estos dispositivos para ellas, es nuevo.
5. La enfermera con el afán de brindar cuidado biológico al niño con problemas respiratorios utiliza los diferentes dispositivos explicándole y conversando con la madre para que colabore con la terapia indicada, ella, es exigente en su cuidado lográndole enseñar a la madre para que participe y a su vez aprenda para que continúe el cuidado en casa.

RECOMENDACIONES

1. A las Enfermeras

- Las enfermeras deben ser siempre comunicativas con la madre del niño cuando recibe la terapia inhalatoria.
- Las enfermeras deben enseñar a la madre la importancia de la terapia inhalatoria, además de hacerla participe de este momento para que tome conciencia, aprenda a realizarlas para que continúe su tratamiento en casa, además aclararle que sus creencias y costumbres en el uso de sus remedios caseros muchas veces complican la salud del niño.
- Las enfermeras, deben reconocer las creencias que las madres tienen sobre el uso de inhaladores, el temor y la desconfianza, sin embargo, debe utilizar su creatividad para que estas madres se sientan confiadas que el uso de los inhaladores ayuda a mejorar a su niño sin daños ni complicaciones.

2. Al Hospital

- Dar a conocer los resultados de esta investigación al Servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes con la finalidad de promover un análisis constructivo de los aspectos favorables y desfavorables encontrados en la presente investigación.
- La relación entre la enfermera y la madre del niño que usa terapia inhalatoria sea más amical que la enfermera durante la administración de la terapia inhalatoria no solo le exija a la madre sino que le explique y le enseñe la importancia en la pronta recuperación de su hijo.

3. A la Escuela de Enfermería

- Incentivar a las estudiantes de pregrado, cómo se debe actuar el cuidado en las madres que vienen con sus creencias ancestrales, es aquí donde se le debe brindar conocimientos sobre el tratamiento a realizar y la enfermedad que tiene su hijo, sin dañar su cultura durante la etapa de hospitalización del menor debe de existir confianza para así brindar un cuidado íntegro y holístico.

- Realizar más investigaciones a acerca de la cultura y creencias de las madres sobre la terapia inhalatoria con el fin de poder confrontar los datos encontrados y plantear estrategias que mejoren la atención que brindan los profesionales y futuros profesionales de enfermería en un enfoque cultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vila JL. Aerosoles farmacéuticos. Tecnología farmacéutica. Madrid: Editorial Síntesis S.A.; 1997. p. 273-303.
2. Plaza Moral V. Terapia inhalada. Teoría y práctica. Manual. Madrid: Grupo Luzan5 S.A.; 2010. p. 14
3. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005. [Consultado 21 Abril 2016]: Disponible en URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
4. Boletín epidemiológico (Lima – Perú), Vol. 24. Lima, Perú. 2016. [En Línea]. [Consultado 20 Mar 2016]: Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/06.pdf>
5. Rodrigo G. Rodrigo C. Controversias sobre el uso de agonistas beta en el tratamiento del asma aguda. Arch Bronconeumol. 2012;38(7):322-28.
6. Fraga M^a. Guía para la administración de fármacos por vía inhalatoria. 2^o Ed. Madrid 2002. Ed Laboratorios GSK. Pág 9-16.
7. Becker A. Lemiere C. Berube D. Boulet L. Ducharme F. FitzGerald M. Kovesi T on behalf of the asthma guidelines working group of the Canadian Network for asthma care and the Canadian thoracic society. Summary of recommendations from the Canadian Astma Consensus Guidelines, 2003. CMA 2005;173 (6 suppl): S1-S56.
8. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guideline on the Management of Asthma. 2008 (Actualizada en enero de 2012). [Consultado 25 de Julio 2016]. Disponible en: <http://www.brit-thoracic.org.uk>
9. Carrasco E. Avances en la terapia inhalatoria de las vías aéreas en asma y EPOC Rev Chil Enf Respir 2013; 29: 204-215. En: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v29n4/arto4.pdf>
10. Sánchez E. y Cabrera de Fiandro G. Aceptación del uso de aerocámaras. Pediatr. (Asunción) vol.38 no.1 Asunción Apr. 2011 Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032011000100008&script=sci_arttext
11. Gutiérrez L. Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el Puesto de Salud San Antonio-Ate, Lima-Perú 2010. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/255/Gutierrez_vl.pdf?sequence=1
12. Beltrán C. Vela S. Mitos, creencias y prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores en Chiclayo, Perú 2013. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/287/1/TL_BeltranCabreraCamilo_VelaPinedoSilvia.pdf
13. Tarres S. “El cuidado del otro, Diversidad cultural y Enfermería Transcultural” En Revista Gazeta de Antropología. Núm. 17. 2002.
14. Jodelet D. pensamiento social e historicidad. Relaciones invierno. 2003.

15. Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud. *Revista de salud*. 2005.
16. Garrido M. Creencias sobre el rol de las tecnologías de información y comunicación en la formación inicial de docentes: Explorando las diferencias entre estudiantes y docentes universitarios. [Tesis Doctoral] España: Universidad de Barcelona; 2007. Disponible en URL: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0120110-134523//
17. Navarro E. y col. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12º ed. Barcelona: Ed. Salvatierra; 2009.
18. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: *Transcultural nursing*. New York: Mc Graw-Hill; 1995. p. 57-90.
19. Medellín G. Crecimiento y desarrollo del ser humano. Santafé de Bogotá: Universidad del Valle: OPS: OMS; 1995
20. UNICEF. [Consultado 20 de Setiembre del 2016]: Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
21. Berrú A. Terapia inhalatoria. Disponible en: [_http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-6018/%7BCD1DA417-1590-40A7-879C-C76A5F477A08%7D/2012/S1/TERAPIA%20INHALATORIA.pdf](http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-6018/%7BCD1DA417-1590-40A7-879C-C76A5F477A08%7D/2012/S1/TERAPIA%20INHALATORIA.pdf)
22. Kofman C, Berlinski A. Aerosolterapia. En: *Enfermedades Respiratorias Pediátricas*. Editores Macri CN, Teper AM. Buenos Aires: Mc Graw Hill, 2013:777-784.
23. Correcto uso de los inhaladores [citado 18/10/2010] disponible en <http://www.tuotromedico.com/temas/inhaladores.htm>
24. Pacheco D. Álvarez M. Vizcarra G. Fuentealba C . Marinovic M. Ballesteros F. Características de la hospitalización reumatológica en un hospital de nivel terciario. Santiago. *Revista Scielo* [Revista on-line] 2001 [Consultado 20 Mar 2016]; 129(6): Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000600009&script=sci_arttext
25. Fernández H. Hospitalización infantil: El niño y su familia. [Internet] 2014 [Consultado 20 Mar 2016]: Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5238/HerreroFernandezN.pdf?sequence=1>
26. Lupicinio I y Vitores A. “Investigación Cualitativa: Fundamentos, Técnicas y métodos”; 2004.
27. Tójar J. *Investigación cualitativa: Comprender y Actuar*. España: Editorial La Muralla; 2006.
28. Menga L. Marli A. *Pesquisa em Educacao Abordagen squalitativas*. Ed. Pedagogica e Universitaria Ltd. Sao Paulo – Brasil. 1986.
29. Polit H. *Investigación científica en ciencia de la salud*. 6da. Edición México: Mc Graw-Hill; 2006.
30. Bernal C. *Metodología de la investigación*. 2da ed. México: Person Educación; 2006.
31. Polit H. *Investigación científica en ciencia de la salud*. 6da. Edición México: Mc Graw-Hill; 2006.

- 32.** Morse J. “Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa” edición. 1era editorial Universidad Antioquia – Colombia 2003
- 33.** Bardin L. El análisis de contenido. 3a ed. Alcal; 2002
- 34.** Sgreccia E. Bioética personalista: Principios y orientaciones. I Congreso internacional de bioética. USAT- Perú. 2008.
- 35.** Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado- Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2009.
- 36.** Miranda C. Conocimiento de las madres de niños menores de cinco años sobre prevención y tratamiento de síndrome obstructivo bronquial en el servicio de emergencia Área Pediátrica en el Hospital Santa Rosa. Perú. 2013. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2996/1/Miranda_Ulloa_Cecilia_Flor_2013.pdf
- 37.** Águila A. La esencia humana, artificio vs natura. Disponible en URL: <http://www.arnoldoaguila.com/creencia.html>
- 38.** Pérez J. Merino M. Definición de superstición. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. Disponible en: <https://definicion.de/supersticion/>
- 39.** Plaza V, Terapia inhalatoria. Madrid. 2010. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/terapia_inhalada._teoria_y_practica
- 40.** Muñoz L. Vásquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/542/962>
- 41.** Melguizo E. Alzate M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Colombia. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
- 42.** Rangel A. Sánchez L. Lozada M. Silva C. Contribución a la Psicología en Venezuela. 1º ed. Caracas-Venezuela; 1999. [Consultado 03 de Noviembre del 2014]. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=xPZCVSXiVfwC&pg=PT74&dq=significado+de+ser++madre&hl=es-419&sa=X&ei=p5RcVP3cGYSYNt2-hJAJ&ved=OCBwQ6AEwAA#v=onepage&q=significado%20de%20ser%20%20madre&f=true>
- 43.** Organización Mundial de la Salud Ginebra. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional. [Consultado 24 de Abril 2017]: Disponible en: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- 44.** Morales J. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Colombia. [Consultado 15 de Mayo del 2017]: Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/infeccion%20respiratoria.pdf>
- 45.** Prieto B. Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias [Tesis de Maestría]. 2012. Universidad Nacional de Colombia. [4 Noviembre 2013] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8930/1/05539469-2012.pdf>
- 46.** García M. Factores determinantes del éxito de la terapia con inhaladores de dosis medida en niños. Neumol Pediatr. 2010;100–3
- 47.** Reyes I. Madeleine Leininger. [Consultado 18 Jun 2017]: Disponible en: http://www.geocities.ws/mi_portal_de_enfermeria/Pagina6.html

48. Molina JC, De la Torre M. Técnicas: Inhalación de fármacos. En: Benito J, Luaces C, Mintegi M, Pou J (eds). Tratado de urgencias pediátricas. Capítulo 4: Técnicas y procedimientos más habituales en urgencias de pediatría. Disponible en: <http://docplayer.es/12715368-Caracteristicas-y-limitaciones-de-los-diferentes-sistemas-de-inhalacion.html>
49. Gutierrez L. Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el Puesto de Salud San Antonio - Ate, 2009. Perú. Tesis. 2010. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/255/Gutierrez_vl.pdf?sequence=1
50. Melguizo E. Alzate M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Colombia. Revista. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
51. Beltrán C., Vela S. Mitos, creencias y prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores en Chiclayo, Perú. Tesis. 2015. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/287/1/TL_BeltranCabreraCamilo_VelaPinedoSilvia.pdf
52. Blogger.com [Internet]. España: Blog; 2010 [actualizado 10 Nov 2010; citado 4 Mayo 2015] Disponible en: http://jacquelineandaniel.aolateolate.blogspot.pe/2010/11/comunicacion-efectiva_10.html
53. Adela Alva L. Fajardo Ortiz G. Tixtha López E. Papaqui Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. 2012 [Consultado 19 de Agosto de 2013], 11 (3): 138 – 141. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>
54. Diccionario Lengua Española, España. Real Academia Española. Significado de Predominio. Junio 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DgIqVCc>
55. Marriner Toney, Ann “Modelos y Teorías de Enfermería” 4ta Edición Edit. Harcourt
56. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991. p.40- 64.
57. Leininger, M Nursing Anthropology: Two Worlds to blend. Greyden Press, Columbus. 1994[Consultado -09-6- 2018] pág.22.
58. Ibarra X. “Competencia cultural. En una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería”. Fundación Index, Granada-España.2008. Disponible en: <https://docplayer.es/41180455-Creencias-culturales-de-madres-de-ninos-menores-de-cinco-anos-sobre-enfermedades-diarreicas-en-el-caserio-de-san-pedro-de-sasape-illimo-2014.html>

ANEXOS

ANEXO N° 01**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN
(MADRES)**

Datos informativos

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigador : Zully Judeisy Chiroque Vílchez

Título: Creencias De Las Madres Con Hijos Menores De 5 Años Que Reciben Terapia Inhalatoria Durante Su Hospitalización – Chiclayo. Perú, 2017

1. Propósito del Estudio

La estamos invitando a participar en un estudio llamado: Creencias De Las Madres Con Hijos Menores De 5 Años Que Reciben Terapia Inhalatoria Durante Su Hospitalización – Chiclayo. Perú, 2017. Estamos realizando este estudio para describir comprender y analizar las creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria durante su hospitalización.

2. Procedimientos

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

- a. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada por un teléfono celular, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos. La

entrevista puede realizarse en un ambiente dentro del hospital.

- b. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la universidad.
- c. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

3. Riesgos

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos de cómo sus antepasados trataban las enfermedades respiratorias, causándole en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo.

2. Beneficios

El participante no se beneficiará de manera económica.

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista con un tríptico para educarles al respecto.

3. Costos e incentivos

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

4. Confidencialidad

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

5. Uso futuro de la información obtenida:

Deseo conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

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

6. Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Chiroque Vílchez Zully Judeisy al telf. 931679859 investigadora principal.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

7. Consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Padre o apoderado

Fecha

Nombre:

DNI:

Investigadora

Fecha

Nombre: Zully Judeisy Chiroque Vílchez

DNI: 70869462

ANEXO N° 02



GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LAS MADRES

1. DATOS GENERALES

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las creencias de las madres con hijos menores de 5 años que reciben terapia inhalatoria durante su hospitalización, por lo que se solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada con fines de investigación para realizar el estudio. La información será confidencial y se utilizará seudónimos para proteger su identidad.

2. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Religión: _____

Grado De Instrucción: _____

3. DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Su niño porque está hospitalizado?
2. ¿Cree usted que es importante el uso de los inhaladores y nebulizaciones?
3. ¿Usted tiene algunas creencias sobre el uso de inhaladores y nebulizaciones? Cuénteme
4. ¿Tiene algo más que agregar?

¡MUCHAS GRACIAS!