

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



**PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO AL
PREESCOLAR CON QUEMADURAS DE II Y III GRADO
EN UN HOSPITAL LOCAL, CHICLAYO-2015.**

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

**AUTORAS: Bach. Shirley Viviana Montalvan Maldonado.
Bach. Claudia de las Mercedes Noriega Campos.**

Chiclayo, 07 de septiembre del 2016

**PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO AL
PREESCOLAR CON QUEMADURAS DE II Y III GRADO
EN UN HOSPITAL LOCAL, CHICLAYO-2015.**

POR:

Bach. Shirley Viviana Montalvan Maldonado.

Bach. Claudia de las Mercedes Noriega Campos.

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. Nelly Sirlopu Garcés
Presidente de Jurado

Mgtr. Yolanda Villarreal Ortiz
Secretario de Jurado

Lic. Adela Rosanna Nuñez Odar
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 07 de septiembre del 2016

DEDICATORIA

A Dios quien nos da la vida, fortaleza y salud, y por ser el Ser fundamental que rige nuestra existencia.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional a lo largo de nuestra formación profesional y el gran esfuerzo que hacen día a día para vernos triunfar.

Shirley y Claudia.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a la Virgen María por iluminarnos y darnos fortaleza para superar los obstáculos durante la investigación.

A nuestra asesora, Lic. Enf. Rossana Núñez Odar, quien con sus conocimientos, paciencia y su experiencia contribuyó al desarrollo de la investigación.

Al destacado jurado conformado por: Mgtr. Nelly Sirlopu Garcés y Mgtr. Yolanda Villarreal Ortiz, por su motivación y aportes para la mejora y perfeccionamiento de nuestra investigación.

A los Padres de familia, quienes con su disposición y generosidad, brindaron sus conocimientos que fueron base fundamental de la presente investigación.

A nuestra hermana y amiga Lourdes Montalván Maldonado por apoyar de manera incondicional durante el desarrollo de esta investigación.

Shirley y Claudia

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:	
1.1 Antecedentes del problema	12
1.2 Base teórico-conceptual	14
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO:	
2.1 Tipo de investigación	26
2.2 Abordaje Metodológico	26
2.3 Sujetos de Investigación	27
2.4 Escenario	28
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
2.6 Procedimiento	30
2.7 Análisis de datos	31
2.8 Criterios de Rigor Científico	32
2.9 Criterios Éticos	33
CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	35
Consideraciones Finales	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	62

RESUMEN

Las quemaduras representan una amenaza en la dinámica familiar por el proceso de hospitalización del preescolar, los diversos tratamientos y secuelas. Ocasionando en los padres sentimientos de miedo, vergüenza y culpabilidad, además del desconocimiento sobre los cuidados; es por ello que se realizó el trabajo de investigación titulado: “Participación de los padres en el cuidado al preescolar con quemaduras de II Y III Grado en un Hospital Local”. La investigación ha sido de tipo cualitativa, con abordaje de estudio de caso, con el objetivo de caracterizar y analizar la participación de los padres en el cuidado del preescolar durante la hospitalización. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada y cuya muestra se determinó mediante saturación y redundancia, logrando aplicarlos a 8 padres que tienen a su hijo preescolar hospitalizado y que se encontraron en condiciones de alta en el servicio de quemados, que voluntariamente aceptaron ser parte de la investigación. El análisis de datos basado en Bardin y Andrade, y también a Lüdke M; obteniéndose como categorías: El cuidado como principio, brindado por los padres basado en la responsabilidad, segundo Participación de los padres en las diferentes dimensiones (físico y psicosocial) y por último El cansancio en el rol cuidador principal. Concluyendo a todo esto, el cuidar no es sólo un principio que todo ser humano tiene, sino es el valor que impulsa a hacer las cosas bien por el simple hecho que el preescolar es su hijo, demostrando de ésta manera afecto, cariño, amor.

PALABRAS CLAVES: Preescolar, cuidado, cuidadores, quemadura, hospitalización

ABSTRACT

Burns threaten family dynamics through the process of hospitalization preschool, various treatments and sequelae. Parents resulting in feelings of fear, shame and guilt, besides the lack of care; It is why the research was conducted entitled "Parental involvement in preschool care with burns Grade II and III at a local hospital." The research was qualitative type, with case study approach, in order to characterize and analyze the participation of parents in preschool care during hospitalization. Data collection was performed using a semi-structured and interview whose sample was determined by saturation and redundancy, achieving apply to 8 parents who have their hospitalized preschool child and found in high service burn, voluntarily they agreed to be part of the investigation. Data analysis based on Bardin and Andrade, and also Lüdke M; obtained as categories: Care in principle, provided by the parents based on responsibility, second Parental Involvement in different dimensions (physical and psychosocial) and finally the role Tiredness primary caregiver. In conclusion to all this, caring is not just a principle that every human being has, but is the value that drives you to do things right for the simple fact that preschool is her son, thus demonstrating affection, affection, love.

KEYWORDS: Preschool, care, caregivers, burn, hospitalization.

INTRODUCCIÓN

La edad preescolar constituye una etapa significativa en la vida del individuo, pues en ella se estructuran las bases fundamentales del desarrollo de la personalidad, se forman y se regulan una serie de mecanismos fisiológicos que influyen en el desarrollo, el estado de salud y en el grado de adaptación del medio. Esta etapa se caracteriza por una sucesión de acontecimientos cada uno con sus propias particularidades, bajo la influencia de los elementos del ambiente físico y donde se destaca el papel de la familia, de la escuela y en general, de la comunidad. En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población de preescolares en el 2014 fue de 22.7% de la totalidad de la población peruana¹, esto nos muestra el estado de la niñez y el desarrollo de los niños menores de cinco años, para esto tenemos que saber porque se caracteriza esta etapa que comprende las edades de 3 a 5 años.¹

Los preescolares evolucionan en distintos aspectos, ya que empieza a fortalecer rápidamente su sistema músculo - esquelético, además de que incrementa considerablemente su tono muscular. La atención a estas edades, tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral de los niños, considerando ante todo que se trata de un ser bio-psico-social. Por lo tanto, los llamados al cuidado en estas edades son los padres ya que los preescolares son más vulnerables a sufrir accidentes ya sea en casa o fuera de ella.² Algunos de los principales accidentes en estas edades son: caídas, fractura, contusión y quemadura. Siendo ésta última una de las causas de hospitalización prolongada en el cual requiere la participación en el cuidado por parte de los padres. Quemadura es la lesión más devastadora que pueda sostener un ser humano y sobrevivirla. Este tipo de accidente lo desconecta súbitamente de su medio ambiente y de su relación con el entorno, le produce sufrimiento, lo expone a riesgo importante de morir, a impedimentos funcionales y a deformidades severas².

La Organización Mundial de la Salud, considera las quemaduras como un problema de salud pública global, que pone en riesgo la vida las personas. En el 2004, casi 11 millones de personas de todo el mundo sufrieron quemaduras lo suficientemente graves para requerir atención médica. Dentro de este grupo de personas lo niños son también afectados, en nuestro país según la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (ANIQUEM) entre los 2007 y 2008 hay un 32% de quemados entre 1 a 5 años de edad². Según las estadísticas a nivel local del hospital de nivel II-2 del MINSA, en el 2014 se encontró de 3 a 5 años, un total de 17 niños y en el 2015, 15 niños entre esas edades.

Con lo antes mencionado, las quemaduras también representan una grave amenaza en la dinámica familiar por el proceso de hospitalización del niño, los diversos tratamientos y secuelas, ocasionando en los padres sentimientos de miedo, vergüenza, culpabilidad, aunado a ello desconocimientos sobre el cuidado del niño que producen el rechazo, la indiferencia o la aceptación a participar en su cuidado. Tal es así que frente a este problema los padres tienen que adquirir conocimientos sólidos y actitudes positivas para el cuidado del niño, siendo el factor clave la educación permanente del profesional de enfermería³.

Estos deben saber las necesidades principales de un niño quemado que son: hidratación, alimentación, cuidado de la herida por quemadura, higiene, movilización, cuidado de la piel y de los ojos. Estos cuidados son importantes para mejorar el estado de salud del niño quemado, los padres cumplen un rol muy importante en la atención del niño quemado, por ello deben poseer una base de conocimientos sólidos y actitudes positivas para participar en el cuidado del niño, es aquí donde el profesional de enfermería desempeña un papel especial creando las condiciones necesarias para lograr que las padres participen en el cuidado directo de sus hijos bajo su supervisión y orientación, contribuyendo de esta manera a reducir complicaciones, mejorar el estado de

salud por la cual están atravesando⁴.

Las investigadoras en su cede de prácticas observaron la participación de los padres en el cuidado del preescolar hospitalizado, como: prevenir caídas, alimentación, higiene y rehabilitación; después de las enseñanzas de la enfermera. Así mismo, se indagó que no hay ningún protocolo en el Servicio de Especialidades: Unidad de Quemados que establezca la participación directa de los padres durante la hospitalización de sus hijos.

Es por toda esta compleja realidad que ha llevado a las investigadoras a formularse las siguientes preguntas: ¿Cómo es la “participación de los padres en el cuidado al preescolar con quemaduras durante su recuperación”?, ¿Cuáles son los cuidados en los que participan los padres del preescolar quemado en su recuperación? En la búsqueda de respuestas, a estas interrogantes, las investigadoras se motivaron a estudiar el cuidado que brinda los padres a sus hijos con quemaduras II y III grado para su recuperación a través de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la participación de los padres en el cuidado del preescolar con quemaduras?, Cuyo objetivo planteado fue caracterizar y analizar la participación de los padres en el cuidado al preescolar con quemaduras durante su recuperación.

El presente estudio se justificó debido a que las quemaduras son una de las lesiones más severas y constituyen un problema de Salud Pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas principalmente en edad pediátrica; por lo que se consideró relevante realizar un estudio en este campo donde los padres son el principal soporte tanto físico y psicológico de su menor hijo para su recuperación y prevención durante la hospitalización

Los padres desempeñan una labor muy importante en la participación del cuidado al preescolar con quemaduras, y es por eso que los padres demuestran actitudes positivas a fin de responder a las necesidades propias de la edad, con la ayuda de la enfermera.

Este trabajo de investigación ha sido relevante para enfermería porque intento dar a conocer que la función del profesional de salud no solo está basada en un enfoque curativo en los centros hospitalarios sino también está basada en lo que es la prevención y la promoción de la salud dentro de los mismos. Y es aquí donde el profesional de enfermería asume un mayor compromiso y liderazgo en su rol educativo además motiva la participación activa de los padres; para así identificar y caracterizar estos cuidados realizados por ellos a sus hijos durante la hospitalización contribuyendo a la recuperación.

Asimismo, el presente trabajo permitió a las investigadoras ver el cuidado de los padres y en base a los resultados orientarlos a mejorar los ya brindados como medida preventiva promocional posterior a la hospitalización; además sirvió como antecedente para otras investigaciones que se relacionen con el objeto de estudio, por ser un tema inédito a nivel local.

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTE

Se realizó una búsqueda minuciosa del tema de investigación a nivel internacional y nacional, encontrando los siguientes antecedentes:

Según Melgarejo G.⁵, en el estudio titulado: “Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados del Instituto Especializado de Salud del Niño (IESN)”, el método fue cuantitativo. Las conclusiones a las que se llegó fueron que de 20 padres de familia en el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el servicio de quemados en su mayoría es medio con tendencia a alta ya que 09 (45%) tienen un nivel de conocimiento medio, 7 (35%) tienen un nivel de conocimiento alto siendo los aspectos más comunes el cuidado de la herida, el estado nutricional e hídrico del niño, el tratamiento del dolor, la adaptación del niño al entorno y el soporte familiar.

En cuanto a las actitudes de los padres respecto de su participación en la atención del niño hospitalizado en el servicio de quemados la mayoría 07 (35%) tiene una actitud de indiferencia y 05 (25%) tienen una actitud del rechazo hallándose como aspecto mas comunes el cuidado de la herida, el estado nutricional e hídrico del niño, el tratamiento del dolor y la adaptación del niño al entorno y el soporte familiar.

Para Villasante. I, Vilchez. O, Jeri. M y Huaynamarca. L.⁶, cuya tesis fue

“Conocimiento de los padres y el cuidado que brinda al niño con quemaduras de II y III grado, en el servicio de quemados y cirugía plástica del instituto nacional de salud del niño en enero-junio 2011”, fue un estudio cuantitativo. Respecto al conocimiento se obtuvo que un poco más de la mitad 26 personas equivalente al 65% presenta un conocimiento inadecuado sobre los cuidados que se deben tener con un niño que presenta quemaduras, sin embargo al realizar la observación a cada cuidador se encontró que la mayoría de ellos en un 73% brindan un cuidado adecuado a sus hijos. Aplicando la prueba para probar la hipótesis de relación se encontró que existe relación entre las dos variables, pese a que la correlación entre ellas no es muy fuerte.

Gomes. M, Buriti. J, Bezerra da Costa. I; Lacerda. I y Oliveira. A.⁷, en su tesis, “Proceso de cuidar de los niños quemados: experiencia de los miembros de la familia”. Los resultados mostraron que los agentes térmicos fueron las principales causas de las quemaduras en los niños. El discurso de los participantes muestra que la mayoría de los accidentes se produjeron en presencia de un cuidador, menciona algunos procedimientos equivocados después del accidente y algunos consideran que la experiencia de tomar el cuidado de los niños quemados como negativo, destacando la necesidad de orientación en la población general y la participación en el cuidado del niño quemado.

La conclusión de la investigación muestra que las madres caracterizan la experiencia del cuidado de niños, lo cual no es sorprendente, ya que el cuidador esté experimentando el sufrimiento de los niños y manifiestan estar lejos de la familia y el entorno social. Pocos no estaban satisfechos con el servicio, excepto la referencia al elemento de la alimentación de los niños hospitalizados; Sin embargo, un análisis más detallado de esta cuestión, incluida la participación de las encuestas de los profesionales de salud, puede revelar dificultades y sugerencias para mejorar, cada vez más, la calidad de la atención a esta población.

Según Maciel. M, Castro. A, Costa. P, Souza. L.⁸, La investigación titulada: La cultura en el cuidado de la familia de los niños víctimas de quemaduras. Cuidados de enfermería al niño quemado está directamente relacionado con la aceptación de la familia, con los padres como socios e informantes de las condiciones de salud de la víctima. Los resultados obtenidos en este estudio consideran significativamente las culturas de las familias de niños quemados. Además, las creencias y las interacciones familiares son esenciales a fin de colaborar con el cuidado de los niños, ya sea en el hospital o en su casa después del alta.

El factor cultural y las formas de vida estaban presentes durante toda la investigación; se identificó que el niño más afectado por quemaduras estaba en la cocina en el momento en que la madre u otro familiar estaban preparando la comida, siendo común a todas las familias del accidente en presencia de un adulto.

1.2. BASE TEÓRICO CONCEPTUALES

La investigación se sustentó en los conceptos de: etapas de vida: preescolar según Behrman (2005); cuidado del niño, Kathryn Barnard (2004); cuidadores, Parker; quemadura, Asociación de Ayuda al Niño Quemado (2014).

En el proceso de evolución, el ser humano debe pasar necesariamente por varios periodos con características y necesidades propias para cada uno de ellos. Las investigadoras consideraron al niño preescolar en su dimensión física, espiritual y psicológica.

En el concepto de niño están involucrados varios de estos periodos, con marcadas diferencias entre sí, en los campos biológicos, mental emocional, espiritual y social: así, un niño durante su periodo de lactancia es bastante

diferente a él mismo durante su periodo escolar o de adolescente; y por supuesto también habrá grandes diferencias de género, bien sea que se hable de un niño o una niña. Se consideró que los niños son aquellos individuos que transcurren por la primera fase de la vida conocida como infancia o niñez, en dónde tienen un desarrollo físico, mental y psicológico. Por lo tanto es de suma importancia entender esta etapa de vida, para poder brindarles el apoyo necesario durante la hospitalización.

El niño o la niña avanzan en su proceso vital desde la vida intrauterina y en forma similar durante los primeros años, lenta y progresivamente por el influjo genético y ambiental se va dando la diferenciación de género en forma directamente proporcional a su edad, es decir, en forma más acelerada a medida que aumenta su edad, con cambios que van aumentando y se vuelven dramáticos y muy acelerados en la adolescencia. Cada niño y cada niña se encargan de su propio desarrollo y los adultos deben ser acompañantes inteligentes y afectuosos de este proceso.

Asimismo, el psicoanálisis se creó para que el hombre fuera capaz de aceptar la naturaleza problemática de la vida sin ser vencido por ella, o sin ceder a la evasión. Sigmund Freud, tuvo una visión clara del desarrollo de niños desde el punto de vista psicosexual o emocional. Desde esta perspectiva se asigna el nombre a cada etapa del desarrollo según la zona del cuerpo en que el niño ponga su energía sexual. La personalidad humana se desarrolla mediante solución de conflictos entre impulsos innatos primitivos (ello) y la conciencia moral (superyó). El yo se desarrolla para conciliar estas dos fuerzas.

Según Posada, el preescolar es el niño con edad comprendida de los dos a los seis años de vida extrauterina, crece en medio de una gran ampliación del número de personas con las que interactúa; se caracteriza por tener una velocidad de crecimiento menor que la del lactante y por un gran desarrollo en todos los aspectos, que poco a poco lo capacita para afrontar la vida como

escolar⁹.

Por otro lado, Medellín en esta etapa manifiesta que el crecimiento es el aumento del tamaño físico del cuerpo y de cada una de sus partes, por otro lado, refiere que el desarrollo es la maduración y diferenciación de todos los órganos además aumenta sus capacidades como persona.

Estos 2 procesos son ordenados e interdependientes, que se originan desde la concepción hasta la muerte. Es por ello que el crecimiento, desarrollo, maduración y la diferenciación dependen de una secuencia de influencias genéticas, constitucionales, ambientales y nutricionales.

Los preescolares continúan siendo seres muy vulnerables, tanto física como psicológicamente, por tanto las privaciones o daños orgánicos sufridos durante esta etapa ejercerán efectos indelebles durante el resto de la vida y la mayoría de los sistemas corporales son ya maduros y estables y se pueden ajustar a un estrés moderado. El desarrollo de la motricidad consiste sobre todo en una fuerza y refinamientos mayores de las capacidades aprendidas previamente como andar, correr y saltar. Sin embargo, el desarrollo muscular y el crecimiento óseo todavía están lejos de la maduración.

Entonces cambios más significativos que indican aumento en la madurez física de los niños son: Disminución del perímetro cefálico en relación con la talla, disminución del crecimiento de la circunferencia del tronco en relación con la talla, aumento de la longitud de las piernas en relación con la talla. Durante esta etapa el aumento de peso y talla son relativamente constantes, aproximadamente de 2kg y de 6 a 8 cm/año, respectivamente. Un aumento mensual de peso de 160 a 200 gr se considera normal. Como el aumento de estatura es proporcionalmente mayor al aumento de peso, los niños tienen aspecto de ser altos y delgados¹¹.

El perímetro cefálico aumenta 1 cm/ año y el perímetro torácico alrededor de 2cm/ año. La mandíbula tiende a ensancharse, como preparación a la erupción de los dientes definitivos. Al inicio de la edad preescolar, los niños tienen completos los dientes deciduales, y al final de esta etapa, estos dientes empiezan a caer para dar cavidad los definitivos. El tejido linfático de tonsilas faríngeas, palatinas y ganglios linfáticos sufren un crecimiento pronunciado durante los primeros años, debido a la estimulación de las constantes infecciones a las que se expone los niños y en parte que es un fenómeno del crecimiento, teniendo en cuenta que los ganglios linfáticos son palpables pero no deben ser mayores a 1cm , ni dolorosos⁹.

Al final de los 3 años el tejido adenoide alcanza su tamaño máximo como los senos paranasales se desarrollan en la etapa preescolar; los senos esfenoides aparecen a los 3 años, los frontales de los 3 a 7 años, y los senos maxilares alcanzan su máximo desarrollo a los 7 años.

Normalmente también aquí los ojos de los preescolares son hiperópicos es decir la imagen cae detrás de la retina, sin embargo esto no tiene importancia, a medida que los ojos crecen en longitud y cambian durante la niñez, la mayoría de los niños contraen emetropía es decir caen sobre la retina, la agudeza visual a los tres años es 20/30, a los cuatro años es 20/25 y a los cinco años es 20/20, que es también la del adulto normal.

La postura de los niños preescolares se caracteriza por cierta pronación de los pies (talones hacia afuera), con separación de ambos pies y acercamiento de las rodillas (genu valgum), que aumenta a los 3 y 4 años y disminuye a los 6. La lordosis fisiológica y el abdomen prominente tienden a desaparecer al llegar a los 4 años.

Los diferentes órganos del aparato digestivo a la edad de 4 a 6 años tienen un desarrollo cercano al del adulto, al finalizar la edad preescolar, algunos

órganos como el estómago, páncreas e intestino delgado llegan a tener en un 60% del tamaño del adulto. En relación con el funcionamiento del sistema digestivo, interesa tener presente los siguientes aspectos: las contracciones estomacales producidas por el hambre se inician de 4 a 5 horas después de ingeridas las comidas.

La actividad peristáltica es mucho más fuerte que la de los lactantes, el paso de los alimentos a través del tubo gastrointestinal tiene una duración promedio de 18 horas, con una variabilidad normal entre 8 y 28 horas. El promedio de evacuaciones intestinales por día es de uno a dos, la evacuación urinaria para niños de 3 a 6 años es de 60 a 800 ml/ día; el promedio de micciones es de 6 a 8 veces / día con un periodo aproximado entre cada micción de 3 a 4 horas.

Según Posada el desarrollo psicosocial en el niño preescolar se caracteriza por el perfeccionamiento de los movimientos gruesos y finos que le permiten al niño controlar mejor su cuerpo. La conducta personal social en la edad preescolar tiene la influencia notoria de los miembros de la familia y de otros niños y adultos tales como los compañeros del jardín.

De los 31 a 36 meses define objetos por su uso, se lava solo las manos y la cara, ayuda a desvestirse y coge bien la cuchara, de los 37 a los 48 meses tiene un amigo especial, cuenta historias come con cuchara, comparte juegos y juguetes. De los 49 meses hasta el quinto año de vida logra vestirse y desvestirse sin ayuda; va al baño solo, se seca la cara; representa papeles de adultos y organiza juegos¹⁰.

Aquí también empieza el desarrollo del superego (superyó) o conciencia la cual consiste en aprender las costumbres socioculturales de la herencia familiar, según el tipo de actitudes transmitidas, los niños aprenderán, además

de la conducta apropiada, valores o prejuicios respecto a sus antecedentes étnicos, religiosos, sociales y pues según el grupo al que pertenezcan serán aceptadas o rechazadas por sus actos.

En cuanto al desarrollo emocional, el conflicto o crisis de personalidad de los preescolares están entre el sentido de iniciativa que le permite planear y ejecutar acciones y la culpa generada por dichas acciones. El sentimiento de culpa ocasionado por los actos de los niños, surge paralelamente al sentido de iniciativa, la culpa puede inhibir o cohibirlo en tal forma que este se abstenga de interactuar con su medio ambiente, con otros niños y adultos. Por tanto, es esencial que ese sentimiento de culpa no sea más intenso que el de iniciativa. Los niños deben aprender que sus acciones le ocasionan sentimientos de culpa, esto no debe impedirle realizar otras acciones o interactuar con otros seres humanos.

La etapa preescolar se caracteriza por sus complicaciones tanto Edipo como Electra, Erickson observa que la adhesión al sexo opuesto es indudable, y surge cuando el niño descubre que importa en el contexto de un grupo familiar, el objetivo de los niños significa que el amor siempre se orienta hacia aquel que más le ha demostrado su existencia y accesibilidad¹¹.

Un niño varón tiende a orientarse hacia su madre, el objeto de amor más asequible, porque ella es quien le ha ofrecido sus cuidados, la madre alentará la adhesión de su hijo, porque también siente la masculinidad en él. Al mismo tiempo la sociedad induce al niño a identificarse con su padre. En cambio la niña tiende a fijar su afecto en el hombre más confiable y asequible, el padre. La relación de una niña es más directa que la del niño, porque generalmente, sus deseos no se fijan en la misma persona en la cual se apoyó, su relación edípica es romántica pero continúa identificada con la madre⁹.

El desarrollo intelectual según la teoría de Jean Piaget, los niños

preescolares están en el período pre operacional comprendiendo entre los 3 y 7 años y dividiéndose en dos periodos: la fase pre conceptual, de los 3 a 4 años y la fase de pensamiento intuitivo de los 4 a 7 años y pues una de las transiciones principales durante estas dos fases es el cambio del pensamiento totalmente egocéntrico a la conciencia social y la capacidad de considerar otros puntos de vista. El habla es aún el vehículo principal de la comunicación egocéntrica, ya que los preescolares utilizan el lenguaje cada vez más, pero sin comprender el significado de todas las palabras, aquí los preescolares explican los conceptos como oyen que lo hacen los demás, pero su comprensión de los mismos es limitada. Por ejemplo la noción del tiempo la entienden mejor si se les explica en relación con algún acontecimiento concreto, es mejor evitar palabras como “ayer” “mañana”. El pensamiento de los preescolares se suele describir como mágico debido a su egocentrismo y razonamiento transductor, creen que los pensamientos son omnipotentes.

En ésta etapa el niño utiliza el pensamiento simbólico, que incluye el lenguaje para entender el mundo. El pensamiento es egocéntrico y eso hace que el niño entienda el mundo sólo desde su propia perspectiva. La imaginación florece y el lenguaje se convierte en un medio importante de autoexpresión y de influencia de otros¹².

El desarrollo social es relevante en esta etapa es el interés por los compañeros de su misma edad y de juego, ya que el juego es cooperativo e interactivo, constituye la ocupación de los niños y el medio de socialización y aprendizaje. La entrada al jardín infantil y escuela contribuye al proceso de sociabilización. Dentro del desarrollo social encontramos el lenguaje que durante la edad preescolar es bastante elaborado y complejo, el vocabulario aumenta de forma espectacular 2500 palabras, aquí los niños de 3 y 4 años forman frases de tres o cuatro palabras, ese modo de hablar se suele denominar telegráfico por su concisión. Los niños de 3 años hacen muchas preguntas usando plurales, nombran los objetos y personas familiares, las

partes del cuerpo, hablan sin parar al margen de que alguien les escuche o responda¹².

Desde los 4 a 5 años, los preescolares usan frases más largas y emplean adjetivos, preposiciones, siguen órdenes, responden a preguntas describiendo la acción apropiada, es la etapa en la que hacen preguntas y suelen repetirla hasta que reciban una respuesta.

En cuanto al desarrollo de la sexualidad durante estos años es importante para la identidad sexual global y para las creencias al respecto del futuro adulto. Aquí en la etapa preescolar comienza el proceso de identificación sexual es más profundo que el mero reconocimiento del sexo; la exploración sexual a menudo es más pronunciada ahora que antes, es probable que las preguntas sobre la reproducción sexual salten ahora a primer plano¹¹.

Igualmente las investigadoras tomaron en cuenta la participación de los padres en el cuidado al preescolar con quemadura durante la estancia hospitalaria. Así mismo se consideró al cuidado desde su origen como un acto propio de cada ser humano cuya preocupación es una serie de necesidades fisiológicas y placenteras, que promueve la vida y lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte¹³.

Desde tiempos inmemorables el principio de todos los cuidados ha sido relacionado históricamente, con las funciones desarrolladas para mantener la vida y el bienestar, lo cual origina las prácticas de cuidado cotidiano. Procesos tan importantes como higiene, maternidad, paternidad son ejemplos de cómo el cuidado es innato en el ser humano, especialmente de la mujer¹⁴. Algunos de los cuidados son llamados "Los Cuidados Esenciales", los cuales son el conjunto de acciones que cada persona o familia debe recibir para mantener y

proteger su salud, al satisfacer sus necesidades de salud¹⁵.

Al respecto Kathryn Barnard nos habla sobre el vínculo estrecho entre padres – hijos durante la práctica hospitalaria. Este vínculo nos facilitó interactuar con los niños y entrar en confianza con los mismos para poder observar la participación de los padres en los cuidados durante la hospitalización y recuperación. Así mismo para las investigadoras la teoría de Kathryn Barnard aplico la característica de claridad debido a que refiere al cuidado infantil con diversos conceptos relacionados con la mismo dejando así como aporte una escala para evaluación posterior y para comprender mejor el objetivo que se quiere lograr¹⁶.

Según Carmen Domínguez los cuidados son una práctica normal y unos conocimientos ligados a las formas de vida, considerándose estos inseparables a la noción de supervivencia de los seres humanos¹⁶.

Browe indica que "cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica; el que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente sino dejarla ser"¹⁷.

Para las investigadoras, describieron al cuidado como la acción de cuidar, o asistir a alguien con responsabilidad y saber actuar ante cualquier contingencia en un determinado momento de su vida, ya sea de manera parcial o total. También implicó ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratando de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio que pueda afectar su salud.

Al hablar de principales cuidadores: los padres, ya que ellos son los que pasan mayor parte del tiempo con sus hijos que necesiten supervisión o asistencia en la enfermedad, pudiéndoles prestar atención dentro o fuera del hogar, en este caso en el hospital.

Parker pone de manifiesto el papel del padre es importante no solo en lo relativo a los vínculos emocionales, sino que está plenamente relacionado con el desarrollo social, cognitivo y lingüístico. Y no es sólo importante en lo que se refiere a los efectos inmediatos a corto plazo sino que sus consecuencias se prolongan a lo largo de todo el futuro, imprimiendo caracteres que moldean todo el proceso evolutivo¹⁸.

Las investigadoras consideraron que el cuidado que se les brinda a niños en este caso por presentar quemaduras es de suma importancia durante la hospitalización y mucho más debido a que son totalmente dependientes de sus padres. Por lo tanto los padres, son los llamados a participar del cuidado de manera integral satisfaciendo las necesidades del menor en su gran mayoría. Así mismo, se indagó que no hay ningún protocolo en el servicio de quemados que establezca la participación directa de los padres durante la hospitalización de sus hijos; sin embargo los padres participan activamente brindando apoyo físico y emocional a sus menores hijos.

Según Ferri, las quemaduras son lesiones producidas por diferentes agentes físicos o químicos que producen desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados, éstas suelen clasificarse por su profundidad y por su extensión, en este caso hablaremos sobre la primera clasificación. Las investigadoras tomaron en cuenta las quemaduras de 2 y 3 grado por ser motivo de hospitalización prolongado y las cuales requieren mayor cuidado por parte de los padres:

Las quemaduras de segundo grado superficial, aquellas que dañan el estrato dérmico de forma parcial, afectándose sólo a la dermis papilar. Suelen aparecer flictenas como resultado del edema subyacente. Son dolorosas y de aspecto rosáceo. Retorno venoso normal, secuelas de despigmentación, ampollas, dolorosa al aire ambiental. También, quemaduras de segundo grado

profundo, ocurre cuando la afectación dérmica alcanza la dermis reticular. Son poco dolorosas y de aspecto pálido y moteado. A veces conservan el folículo piloso y las glándulas sebáceas, retorno venoso lento. Finalmente, las quemaduras de tercer grado, aquellas que implican la destrucción total de espesor de la piel. El paciente manifiesta una anestesia local debido a la afectación de las terminaciones nerviosas, además del resto de los anejos cutáneos. Se distingue por la formación de una escara de consistencia pergamínada y de color blanquecino⁴.

Una de las consecuencias inevitables a estas tragedias es la hospitalización el cual es un indicador de eficiencia hospitalaria, así mismo se dice del ingreso de una persona afectada física o emocionalmente en un hospital para su examen, diagnóstico y tratamiento de enfermedad; previa valoración y autorización del médico especialista, así como la aceptación del paciente y/o su familiar.

La agresividad del medio hospitalario que afecta la salud mental del niño, dados fundamentalmente por la separación de las figuras protectoras, la permanencia entre extraños y las intervenciones médico dolorosas, las cuales se opacan con la presencia de la madre junto a su hijo durante el periodo de estancia hospitalaria.

La Ley N° 3123 del Estado Peruano, apoya y resalta en el artículo 23° los principales derechos de los niños y adolescentes hospitalizados, dentro de ellos tenemos: "A estar acompañado de sus padres o apoderado, el máximo tiempo posible recomendado por el médico tratante, durante su permanencia en el hospital, sin que ello implique gastos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que tenga que ser sometido"¹⁹.

Por lo que está fundamentada la permanencia durante la estancia

hospitalaria del menor. Así mismo las investigadoras consideraron uno de los factores importantes la participación de los padres del niño frente a la hospitalización, ya que creó las condiciones internas en el niño e influye así en el tono que adoptarán sus respuestas. Mediante la observación se pudo evidenciar que los preescolares con quemaduras tienen reacciones como llanto desconsolado, agresividad, insomnio, falta de apetito, entre otros; de tal manera que los padres tienen que ser partícipes del cuidado a los menores.

Dentro del entorno de recuperación del preescolar con quemaduras las investigadoras consideraron el hogar, donde también se desarrollará e influenciará los cuidados brindados por los padres a los menores. Por lo tanto decimos que el hogar es el conjunto de personas, llamados parientes, que residen habitualmente en una misma vivienda particular, ocupándola total o parcialmente; que se rigen por un presupuesto común y que comparten en común sus alimentos²⁰.

Las investigadoras tomaron como lugar de desarrollo de la presente investigación un hospital local.

CAPITULO II. MARCO METODOLÓGICO:

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente trabajo se fundamentó en el tipo de investigación cualitativa²², ya que se pretendió conocer la realidad del objeto de la investigación desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio, a la vez; lo que permitió a las investigadoras conocer de manera profunda y compleja la realidad vivida respecto a la participación en los cuidados a los preescolares quemados, desde la posición de los padres, inmersos en el contexto de la hospitalización.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

La investigación se abordó con la metodología estudio de caso^{21,22}, ya que proporcione una descripción intensiva y holística y su propósito esencial es comprender la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que los componen y las relaciones entre ellas para

formar un todo. Fue adecuado para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurre, además de que permitió estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde una sola variable.

Esta investigación se desarrolló teniendo en cuenta las fases propuestas por Nisbet e Walt citado por Ludke. Estas tres fases, se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que las separa.

Fase exploratoria o Abierta, el estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. La presente investigación se cuestionó lo observable durante la formación académica, visualizando la participación de los padres en los cuidados de sus hijos con quemaduras, lo cual nos conllevó a indagar sobre el objeto de estudio. Para esto también se revisó la literatura pertinente que llevo a tener una idea de la problemática a estudiar, luego se estableció los contactos iniciales para localizar a los informantes y fuentes de datos necesarios para el estudio, lo que también permitió enriquecer la problemática que conllevó a investigar el objeto de estudio.

La fase sistemática, aquí una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos más o menos estructurados. Por último el análisis sistemático y la elaboración del informe, acá se vertió lo observado en cuanto a la participación de los padres en el cuidado al preescolar con quemaduras durante su recuperación en el Hospital, lo que permitió una mejor comprensión del discurso.

Asimismo se tendrá en cuenta los principios asociados del estudio de caso²³, “la interpretación en el contexto,” lo que conllevará a las investigadoras a una comprensión más completa del objeto de estudio, teniendo en cuenta el contexto en el que se sitúa. Ya que busca “retratar la realidad en forma

compleja y profunda” donde las investigadoras determinaron el problema enfocándolo como un todo, enfatizando la complejidad de las situaciones, evidenciando la interrelación de los componentes del estudio. Asimismo el presente estudio uso una variedad de fuentes de información, recolectados en diferentes situaciones, lo cual llevo a descubrir nuevos datos.

En conclusión, las investigadoras intentaron asociar datos encontrados en el estudio con datos que son frutos de la participación de los padres en el cuidado durante su recuperación, en el momento del alta.

2.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de estudio fueron los padres que tienen a su hijo preescolar hospitalizado y que se encontraron en condiciones de alta en el servicio de especialidades: Unidad de Quemados del Hospital Local, que voluntariamente aceptaron ser parte de la investigación.

Para esta investigación se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Los Criterios de Inclusión, son todas las características que deben tener el sujeto u objeto de estudio para considerar su inclusión en la investigación²².

❖ Como criterios de inclusión se consideró:

- Padres de niños preescolares que tuvieron a sus hijos hospitalizados y estuvieron en condiciones de alta en el Servicio de Quemados del Hospital Docente Las Mercedes.
- Los padres que voluntariamente aceptaron ser parte de la investigación.

- Aquellos padres que sus hijos presentaron quemaduras de segundo y tercer grado.
- Aquellos padres que brindaron cuidados continuos a sus hijos hospitalizados durante su recuperación.

❖ Como criterios de exclusión se considerarán:

- Aquellos padres que tuvieron a sus hijos hospitalizados menos de 1 semana en el Servicio de Quemados del Hospital Docente Las Mercedes.
- Padres que sus hijos hospitalizados estuvieron cuidados por otro familiar.
- Aquellos padres que sus hijos hospitalizados en esta área no pudieron cuidarlo por motivos de trabajo.
- Aquellos padres de niños de otras edades como lactantes y escolares.
- Aquellos padres que sus hijos presentaron quemaduras de primer grado.
- Aquellos padres que hayan ocasionado las quemaduras de los menores.

2.4. ESCENARIO

Para el presente trabajo se tomó como escenario al Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo, que es un hospital de segundo nivel de atención de salud del MINSA, con la categoría II-2, con servicio de quemados. Brindando servicios por turnos, de mañana y tarde (6 horas) y de noche (de 12 horas). En la que laboran 5 enfermeras, 5 técnicas, 1 cirujano plástico y médico cirujano general.

El Servicio de Especialidades: Unidad de Quemados; se cuenta con sala común, (01) tópico, (1) sala de aislamiento, (1) baño y (1) sala de cirugía menor, donde se maneja la curación diaria de los pacientes con quemaduras. Tipo de paciente que recibe es desde 1 mes de nacido hasta la última etapa de la vida y provienen de la región del norte del país. Cuenta con 13 camas. Y además aquellos niños que hayan sido dados de alta.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos que la investigación necesito fueron recolectados mediante la técnica de la entrevista semiestructurada^{21,22}, ya que permitió a las investigadoras obtener información específica, y a través de ello se pudo penetrar en el mundo interior de los padres y así conocer sus sentimientos, su estado, sus ideas, sus creencias y conocimientos.

Así mismo se dispuso de una guía de entrevista (ANEXO N° 01), la cual proporcione mayor libertad a la iniciativa de la persona interrogada y el encuestador, se utilizó 5 preguntas abiertas, por ende facilito obtener datos precisos respecto a la participación de los padres en el cuidado al preescolar con quemaduras.

Las entrevistas a los padres se realizó en el Hospital Docente Regional Las Mercedes, y que su hijo preescolar estuvieron en condiciones de alta, el lugar exacto fue en el tópico del servicio, previamente coordinado con el jefe del servicio y de la enfermera a cargo del turno, evitaron así que los sujetos se sientan intimidados, y se dejó a sus niños al cuidado de otro familiar. El tiempo estipulado fue aproximadamente de 20 minutos, además fueron grabadas mediante un grabador de voz, y luego fueron transcritas por las mismas investigadoras para el respectivo análisis.

Las entrevistas se realizaron manteniendo siempre el respeto desde el momento del saludo, en la cual hubo un contacto comunicativo, una interacción verbal, muy fluida y así permitió que el entrevistado pueda hablar de una manera flexible, dando su punto de vista. Cabe resaltar que la guía de entrevista fue validada mediante juicio de expertos, que consistió en someterlo a una revisión de tres expertos: tres enfermeras que laboran en el Hospital Las Mercedes, expertos en la temática y en investigación cualitativa.

Cuando se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, se llevó a cabo una prueba piloto la cual consistió en entrevistar por lo menos a 3 personas con la finalidad de verificar y comprobar que las preguntas que estuvieron establecidas en la guía de entrevista fueran entendidas y las respuestas estuvieran relacionadas al objeto de estudio. Y aquellas preguntas que no estén correctamente formuladas pasaron a hacer reestructuradas con las correcciones debidas.

La prueba piloto se realizó a los padres que hayan brindado cuidado a sus pacientes y que estos estuvieron en condiciones de alta; además que no hayan cumplan con los criterios de inclusión. Se les pidió apoyo para que contesten las preguntas y así poder constatar que nos brinden la información necesaria, posteriormente se les hizo firmar el consentimiento informado (anexo N° 02). Se realizó en el tópico del servicio, previamente coordinado con el jefe del servicio y de la enfermera a cargo del turno, evitando así que los sujetos se sientan intimidados, y se dejó a sus niños al cuidado de otro familiar. Al culminar la entrevista se brindó como beneficio una sesión educativa a cada uno de los padres de familia acerca de los cuidados que deban tener en casa (anexo N° 03).

2.6. PROCEDIMIENTO

En primer lugar se inscribirá el proyecto de investigación en el catálogo de Tesis de la Escuela de Enfermería y con el visto bueno de la docente de la asignatura de Tesis I, se presentará al comité metodológico de dicha escuela para las sugerencias del caso; así mismo se presentará un ejemplar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina para su aprobación. Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso respectivo al Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo y para ello se cumplirá con todos los requisitos que soliciten a fin de garantizar el normal desarrollo de la

investigación.

Luego, se hará una inmersión total en el escenario necesario, a fin de contactarse con los padres de familia que cumplan con los criterios de inclusión, en primera instancia las investigadoras se comunicarán estableciendo con ellos la fecha y hora para la entrevista; posteriormente se hará firmar el consentimiento informado (anexo N° 02). Se regresará al escenario cuántas veces sea necesario hasta completar la muestra, la misma que se establecerá teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia. La transcripción de las entrevistas se hará después de realizada cada una de ellas, a fin de mejorar el proceso de recolección de datos de manera inmediata.

Al culminar la entrevista se brindará como beneficio una sesión educativa a cada uno de los padres de familia acerca de los cuidados que deben tener con sus hijos durante su recuperación (anexo N° 03); quienes accedan de manera voluntaria a colaborar con la presente investigación.

Por lo tanto para dar mayor validez a los resultados, una vez transcritas las entrevistas, serán presentadas a los sujetos para corroborar si están de acuerdo con lo manifestado o desean agregar o cambiar algunos relatos. Una vez recolectados todos los datos se procederá al procesamiento de la información.

2.7. ANÁLISIS DE DATOS

Para este trabajo en lo que respecta el análisis de datos se tuvo en cuenta el análisis de contenido^{25,26}, porque permitió mediante un conjunto de técnicas el análisis de las comunicaciones que busco la obtención de indicadores cualitativos de descripción del contenido de mensajes,

permitiendo captar y evaluar los relatos obtenidos a través del empleo de procedimientos sistemáticos y objetivos, lo cual ayudo a las investigadoras a la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de esos mensajes.

Para realizar el análisis de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

El preanálisis, en este paso se realizó una lectura superficial del material, previo la preparación del material obtenido permitiendo así seleccionar aquellos documentos que se sometieron a un análisis teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y llevar a cabo una primera aproximación a los indicadores en los que se apoyaron la investigación.

Como segundo paso se tiene la Codificación, este paso consiste en un proceso de clasificación de información que debe poseer características fundamentales como un conjunto de dos o más categorías que permitieron estudiar el fenómeno de una forma que sea significativa para el problema que se va a investigar. Las investigadoras previamente realizaron una lectura del material para luego ir transformándolo recogiendo aquellos datos útiles y luego asignar un símbolo o código y así pudo analizar la información cualitativa lo que ayudo con los fines de la investigación.

Categorización, en este paso se clasifico los elementos de un conjunto, es decir clasificar las unidades de significado asignado a cada unidad de registro para establecer una organización de los mensajes. El resultado de esta operación es la elaboración de un sistema de categorías.

2.8. CRITERIOS ÉTICOS

Durante el desarrollo de toda la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos²⁴:

Principio de respeto a la vida física: en cumplimiento a este principio los sujetos tuvieron el derecho a decidir en forma voluntaria si quisieron participar o no en el estudio, además este tuvo derecho a rehusarse a participar, por ello fue necesario que las investigadoras den a conocer los riesgos y beneficios que pudieron ocurrir, considerándolos siempre como persona en su totalidad de valor, se cuidó que no sean dañados en ninguna circunstancia.

Además se tuvo en cuenta el consentimiento informado donde los sujetos que participaron en la investigación tuvieron la información adecuada y oportuna respecto a la investigación, siendo capaces de comprenderla, permitiéndoles aceptar o rechazar libremente su participación en la investigación. También los sujetos conocieron la investigación, los procedimientos que se utilizaron para obtener la información completa y los derechos de los cuales gozaron; de tal forma que les permitió tomar decisiones y para ellos se les proporcionó una hoja informativa, para posteriormente hacerles firmar el consentimiento informado garantizando así su participación en esta investigación.

Principio de libertad y responsabilidad: este principio se cumplió desde el momento en que se tuvo contacto con la persona, se le informó acerca del objetivo de la investigación para ver si aceptarían ser parte o no de la misma. A este primer contacto se hizo firmar un consentimiento informado. Igualmente en todo momento se respetó la opinión de cada uno de los participantes. Desde el inicio se les informó a las personas que su participación es voluntaria y si desean en cualquier momento pudieron abandonar la investigación.

Principio de confidencialidad: Se aseguró a los sujetos que su privacidad estuvo protegida en todo momento, lo cual se logró a través del anonimato y para ello se usó seudónimos referentes a nombres de frutas. Se tuvo presente también que los informes proporcionados no serían divulgados

públicamente de manera que pudiesen ser identificados y de que dicha información no quedo a exposición de terceros, excepto, de quienes estén implicados en el estudio. Cabe resaltar que solo se publicó los resultados generales en forma de artículo científico en alguna revista científica, respetando la identidad de los sujetos. Finalmente la base de datos que se obtuvo fue eliminada al término de la investigación, ya que sirvieron como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

La calidad de un estudio estuvo determinada, en buena parte, por los siguientes principios²⁶:

Credibilidad, este criterio se logró en primer lugar con las entrevistas y el material que se registró, siempre se hizo que haya empatía ente las investigadoras y los padres para que así nos puedan dar su punto de vista del tema, después si era necesario se regresó al escenario de la investigación para confirmar hallazgos y revisar algunos datos particulares, y ver si los padres deseaban corregir los errores de interpretación de los hechos observados o de las entrevistas transcritas, es decir los padres ayudaron a clarificar las interpretaciones del investigador, y así constatará si son reales.

Auditabilidad o Confirmabilidad, para ello fue necesario un registro y documentación completa de las decisiones o ideas que las investigadoras hayan tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permitió que otro investigador examine los datos y pueda llegar a la conclusión igual o similar a las investigadoras originales.

Transferibilidad o aplicabilidad, este criterio se aplicó al hacer el informe de una manera detallada, permitiendo que se pueda usar en otras

investigaciones, en el mismo contexto. Describiendo las características de los sujetos de investigación y el escenario donde se desarrolla la investigación, para ver la posibilidad de transferir o extender los resultados obtenidos con otro contexto.

CAPITULO III. Resultados y Análisis de datos

La primera relación trascendente en la vida del individuo es la relación familiar, ya que la familia es el inicial y más importante contexto que permite al ser humano desarrollar su personalidad¹⁴. Los padres adecuadamente orientados participan activamente en el cuidado del niño bajo la supervisión y orientación del profesional de enfermería en las diferentes actividades, que son necesarias para la pronta recuperación de sus hijos.¹⁸

Los padres cumplen un rol muy importante en la participación del cuidado al niño con quemaduras, junto a ellos el profesional de enfermería que supervisados y orientados por estos identifican los problemas y necesidades del niño, relacionados con las quemaduras, para luego aplicar todos sus habilidades interpersonales acogerlos y ayudarlos en este difícil e

inesperada situación.¹⁸

Así, la teoría del vínculo padres-hijos para Kathryn Barnard²⁸ determina que el sistema padres-niño tiene influencia en la recuperación ya que satisface las necesidades de los niños hospitalizados mediante participación en el cuidado. La interacción entre el padre o madre (cuidador) y el niño según el modelo de Barnard se da mediante cinco señales y actividades: claridad del niño en la emisión de señales, reactividad del niño a los padres, sensibilidad de los padres a las señales del niño, capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del niño y actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres.

Por tanto, posteriormente a la recolección de datos proporcionados por los sujetos en estudio y la sistematización, ordenamiento y examen minucioso de los mismos, se procedió a la elaboración de categorías y subcategorías de estudio, donde los discursos contenidos en cada una de ellas, coincidieron en un total del 80%; esto permitió una mayor especificidad y descripción acerca de participación de los padres en el servicio de especialidades: Unidad de quemados; que son clasificados y que se detallan a continuación:

CATEGORÍA I: El cuidado como principio, brindado por los padres basado en la Responsabilidad.

CATEGORIA II: Participación de los padres en diferentes dimensiones:

- ❖ **Participación de los padres en la dimensión Física.**
- ❖ **Participación de los padres en dimensión Psicosocial.**

CATEGORIA III: Cansancio en el rol cuidador principal

A continuación se presenta el análisis de las categorías:

CATEGORÍA I: El cuidado como principio, brindado por los padres basado en la Responsabilidad.

Al definir principios, se entiende que son el conjunto de valores, creencias, normas, que orientan y regulan la vida, que dirige el accionar de un sujeto de acuerdo a aquello que dicta su **conciencia**. Lo que verdaderamente identifica al hombre y al mismo tiempo lo diferencia del resto de los seres biológicos, es precisamente su condición de ser social, es decir, su capacidad de relacionarse con otros hombres en el propio proceso de creación de sus bienes materiales y espirituales. Este tipo de relaciones enfrenta al hombre a situaciones diversas que le crean la necesidad de adoptar las conductas que se consideran las más apropiadas o más dignas de ser cumplidas, un ejemplo de ellos es el cuidado implicado hacia el otro, demostrando así la condición humana de la persona.

Regina Waldow, identifica el momento de cuidar como un movimiento hacia algo o alguien, que es de interés y preocupación; se dirige concreta y específicamente en acciones que impulsan a hacer algo; se trata de una acción moral que tiene como objetivo aliviar, satisfacer, proteger, confortar y apoyar a los otros²⁸. Afirma que el cuidado es una forma de ser, de expresarse, de relacionarse consigo mismo, con otro ser y con el mundo, habla del ser humano como un ser de cuidado, este nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores, y de sentimientos, como cualidad existencial, ya que es parte del ser y le da la condición humana.²⁹

Con lo antes mencionado se puede llegar a definir que el cuidado, son conjunto de actividades que realiza cierta persona, con conocimiento, habilidad, creatividad, acompañado de principios, valores y actitudes de cuidado para proteger a otra persona, para mejorar y aliviar sufrimiento, y se

recupere en todas sus dimensiones como persona, ya sea física, mental, moral, emocional, social y espiritual.

El cuidado de los padres en la salud de niños hospitalizados presenta múltiples formas de expresión, es decir se expresa con responsabilidad, amor, cariño; que son manifestados por estos a sus hijos, existiendo así una mayor propensión para su participación, lo que favorece la adhesión a los tratamientos, al proceso de enfrentar la enfermedad y la autonomía de los padres. Después de todo esto el vínculo cuidador (padres) y ser cuidado (hijo) estará más fortalecido. El niño quemado está especialmente necesitado de compañía, por su sufrimiento y por todo lo que tiene que afrontar tanto en el tratamiento como en su futura reintegración social; y los padres muestran diferentes reacciones ante el cuidado que brindan a sus hijos: una de ellas es la Responsabilidad³⁰.

Responsabilidad significa responder, dar respuesta al llamado de otro. Está íntimamente ligada a la vocación, palabra proveniente del latín *vocatio* o acción de llamar. Tiene que ver con cumplir con las obligaciones personales, familiares, laborales y ciudadanas; con rendir cuentas; con obedecer a la propia conciencia, a las autoridades y a Dios, no como un acto pasivo de esclavitud, sino como el ejercicio del compromiso que dignifica a cada persona. Ser responsable es tener conciencia plena de que cada acción trae una respuesta, que cada palabra y cada gesto que sale de uno puede mejorar o empeorar el mundo que rodea. Cada respuesta expresa personalidad, carácter, inteligencia y emociones³⁰.

La responsabilidad también se traduce en valor y actitud. Es el motor o el inhibidor de la acción de cuidar, pues moviliza o inhibe a la persona. Algunos autores definen a la responsabilidad como aquel valor indispensable y

verdadero que se necesita para que un cuidado sea satisfactorio.³¹ Cuando un padre tiene a su hijo hospitalizado, la necesidad de responsabilidad que estos sienten es grande ya que saben que la salud de este es muy importante, la participación de los padres está relacionada a la responsabilidad atribuida a ellos y a su derecho de participar en todo lo relacionado al cuidado y a tomar las decisiones en pro de la mejora de su menor hijo. Este cuidado incluye además de la contribución para realizar actividades, como las necesidades básicas, que la persona no puede realizar sola, es tener responsabilidad plena en lo que se está haciendo para poder ayudar al ser cuidado a mejorar y salir de esa dificultad que tiene³¹.

Mediante la participación de los padres en el cuidado al preescolar en el servicio de especialidades: unidad de quemados de un hospital local, se observa la responsabilidad en el cuidado como expresa en los siguientes discursos:

“Srta. siento mucha responsabilidad, tengo que tener bastante cuidado a la hora que la manejo, o la aseo, no me gusta verla así, pero sé que tengo que estar en todo momento a su lado, por que como le digo es mi responsabilidad velar por su salud, me da pena verla llorar; sé que las heridas le duelen, y aquí estoy para darle fuerzas” (Fresa)

“Srta. con mi hijo siento una enorme responsabilidad, estoy un poco cansada pero aquí estoy con él, mi hijo es pequeñito, y necesita mucho cuidado, felizmente que con mi hermana nos turnamos para que él se recupere pronto, ya queremos que salga de esto y así vuelva a casa”
(Uva)

“A mi hijita le están poniendo crema para que se cure rápido la herida. Srta. la cuidado más que a mi vida , porque es mi responsabilidad velar por ella y ver que este bien, quiero que mejore e ir a casa para que vuelva a jugar como antes con sus hermanitos” (Plátano)

El 88 % (7) de los padres que fueron entrevistados y que sus hijos estaban

internados en el servicio de especialidades: unidad de quemados de un hospital local, indicaron en sus discursos que al momento de cuidar a su menor hijo sienten esa responsabilidad más fuerte aun de velar por la salud de sus hijos y de estar involucrados en el cuidado de estos. Estos discursos concuerdan con algunas investigaciones que se mencionaran a continuación: Dentro de la investigación realizada por Oliveira⁵², da manifiesto que Las perspectivas de participación engloban aspectos sobre la presencia, participación, necesidades y beneficios para el niño y padres, necesidades de información, responsabilidades y derecho a la salud, realización de cuidados y ayuda a los profesionales de la salud. La participación de los padres está relacionada a la responsabilidad atribuida a ellos y a su derecho de participar en las decisiones.

Entendiendo así entonces que cuidar para los padres que se encuentran en el servicio de quemados del Hospital Regional Docente Las Mercedes según lo manifestado por ellos el participar en el cuidado es una responsabilidad, ya que tienen un gran peso y sienten que depende de ellas que sus hijos mejoren. Así es como ellos lo definen, ya que con sus cuidados pueden hacer un poco menos doloroso para sus hijos estar en un lugar desconocido. Por la edad y por las circunstancias en que se encuentren, es que ellos tienen que actuar cuidadosamente, y evitar posibles complicaciones durante el cuidado brindado, no sólo en lo físico, si no en lo emocional.

Siempre es importante la participación de los padres en el cuidado durante el transcurso de la enfermedad, ya que ellos son los que dan consuelos y de protección a las emociones experimentadas en las experiencias de los niños preescolares.

Finalmente podemos decir que, los padres basados en la responsabilidad asumen el rol activo - participativo de los principales cuidadores en el área de la hospitalización ya que son los que verifican y constata los cuidados que debe

de recibir sus hijos que sean necesarias para la total recuperación de sus hijos; junto con la ayuda de la enfermera.

CATEGORIA II: Participación de los padres en diferentes dimensiones:

La enfermera tiene un papel protagónico en la atención integral del niño que ha sufrido una lesión por quemadura y en la prevención de esta lesión. Esta requiere desarrollar sus capacidades cognitivas y técnicas, al enfrentarse, no sólo a un niño lesionado, sino a toda una familia preocupada por la salud de este.

En estos casos hay un componente muy importante; la comunicación, esta es la base de cualquier relación entre personas, por tanto, es una capacidad necesaria. En el momento en que el profesional de salud en este caso el profesional enfermero se sienta capacitado para desarrollar una adecuada relación de comunicación va a comprender a la persona enferma y la familia desde una perspectiva integral, en este caso haciendo que los padres sean atendidos e incluidos en la relación de ayuda con el profesional y así puedan intervenir en el cuidado del niño con quemaduras.³⁵

Los enfermeros tienen la responsabilidad de determinar la habilidad del niño y su familia para desempeñar las actividades de cuidado del mismo; como la conducta del cuidado es aprendida este fundamento es la base para utilizar ciertas estrategias de educación en salud. La instrucción debe igualar las habilidades cognoscitivas del padre de familia con su facilidad para aprender y su estado emocional; para que así estos cumplan un rol muy importante en la atención del niño, porque con conocimientos sobre la evolución y el tratamiento de las quemaduras, supervisados y orientados por el profesional enfermero identifican los problemas y necesidades relacionados con las quemaduras, para luego aplicar todas sus habilidades interpersonales para acogerlos y ayudarlos en esta difícil e inesperada situación.³⁴

De esto es de lo que se hablara a continuación dando énfasis en como el padre participa en los cuidados orientados a su hijo que ha sufrido quemaduras:

❖ **Participación de los padres en la dimensión Física**

El enfermero tiene que dar oportunidad a los padres para aprender y cuidar a sus niños, ser modelo del cuidado y ser apoyo, consejera y amiga, una de las tareas más importantes del profesional enfermero es la de proporcionar conocimientos a los padres del niño con quemaduras, teniendo en cuenta que para garantizar la efectividad de la enseñanza deberá tener en cuenta factores como: la edad, el grado de instrucción, los conocimientos previos, habilidad para aprender, estado de salud, disponibilidad para aprender siendo de mucha importancia tomar en cuenta la forma como se incorporan los conocimientos en la medida de que estos contribuyan a modificar conductas erradas y mejorar día a día de forma permanente y constante creando estilos de vida saludables para facilitar la pronta mejoría y recuperación del niño⁵⁴.

También incluye enseñar a los padres los signos de alarma que puedan agravar la salud del niño aunque reconocer posibles infecciones en el paciente quemado resulta dificultoso, ya que la propia quemadura es causa de inflamación y ésta produce signos y síntomas muy similares a los de las infecciones (dolor, eritema, edema), del mismo modo el aumento del nivel del exudado como signo de infección también es difícil o imposible de determinar debido al alto volumen de fluido producido en las quemaduras totales, pero con una buena comunicación y una buena enseñanza se va a poder detectar signos de alarma, con esto la enfermera junto con la familia va a poder intervenir de forma temprana⁵⁵.

La participación de los padres frente al cuidado de sus hijos, debe contemplar los siguientes aspectos: la prevención de infecciones, cuidando de

que el vendaje no se contamine con heces dependiendo la zona de localización.

La infección es la principal causa de muertes en niños quemados, siendo una de las causas principales la contaminación externa, por lo tanto una de las acciones más eficaces para evitar las infecciones en los pacientes con quemaduras es el manejo correcto de estas. El padre cumple un rol muy importante en la prevención de infecciones ya que ellos permanecen al cuidado del niño por lo tanto deberán cumplir las medidas de bioseguridad como: lavarse las manos con agua y jabón de 15 a 30 segundos del cuidado del niño, usara mascara, gorro, mandilones al cuidar al niño, si el niño está infectado usar guantes de procedimientos lo mismo para contacto con piel íntegra y equipamientos, al mismo tiempo decir al padre de que debe observar signos y síntomas de infección: fiebre, rubicundez, signos de flogosis en herida, exudado purulento entre otros e informarlos al profesional de enfermería, así mismo ayudar a la higiene diaria del niño, vestirlo con ropa holgada y cambiarlo diariamente, evitar que el niño se rasque la herida, mantenerlo con las uñas cortas y limpias ya que están transmiten microorganismos causantes de infecciones, así mismo al momento de que el niño realice sus necesidades (deposición y/o diuresis); el padre debe saber que inmediatamente debe ayudado y limpiarlo, realizar la higiene necesaria al niño para así evitar que las heridas se contaminen y prevenir las escaldaduras, dermatitis y otras complicaciones.³⁴

Todo esto podemos evidenciarlo en los siguientes discursos:

“La enfermera me ha dicho que tengo que estar bien aseada para cuando esté con mi niña, ya que de lo contrario su herida se puede infectar, que no me acerque mucho por donde están las heridas, en su caso son las piernas.” (Plátano)

“La enfermera, el primer día cuando llegamos me explicó que debo tener cuidado con la herida de mi hijo para que no se infecte y se recupere pronto, que siempre debo lavar mis manos cuando tenga contacto con mi hijo” (Melón)

“La enfermera me dijo que debo tener cuidado con la herida, que la tenga limpia para que no se infecte, y que cuando yo le limpie o atienda a mi hija tenga las manos limpias.” (Fresa)

“Algunas cosas me enseñó la enfermera, antes yo no sabía cómo ayudar a mi hijo a que haga sus necesidades, ahora ya puedo ayudarlo a que este más aseado, también me dijo que le cuide la herida de la quemadura sino se podría infectar” (Uva)

Con lo anterior mencionado nos damos cuenta que los padres adecuadamente orientados y bajo la supervisión del profesional de salud participan activamente en el cuidado del niño, para tener la herida limpia y libre de infecciones y no solo esto, los padres también cumplen un rol muy importante en el tratamiento quirúrgico ayudando así tanto a médicos como a enfermeros.³⁴

La orientación a los padres debe ser precisa, este debe saber que durante las primeras horas después de la intervención o curación de la herida quemada el niño debe permanecer en NPO (nada por vía oral) y que después ya podrá iniciar con su dieta normal, ya que se necesita que el niño tenga buenas defensas y hacer que su organismo sea fuerte, este necesita muchos nutrientes para mantener un buen estado de salud y esto se obtiene a través de una dieta; una dieta equilibrada o saludable debe reunir diferentes condiciones, debe satisfacer las necesidades fisiológicas mínimas en nutrientes y energía a fin de evitar las deficiencias nutricionales.^{33, 34}

Con lo anterior mencionado sabemos que una buena alimentación es requisito indispensable para el mantenimiento de la salud y la recuperación de las enfermedades, he aquí la labor importante del personal de enfermería para el mantenimiento de una buena dieta, en este caso del niño que sufre quemaduras; con el que hay que tener un cuidado importante para su recuperación, este también incluye a los padres que son quienes están en contacto permanente con el niño. Para esto se debe tener en cuenta asistir, informar, formar, educar, asesorar desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas.

Tras la fase inicial, suele permitirse que los niños comiencen a tomar alimentación oral (a menos que persista el íleo paralítico). Como es frecuente que los niños no tengan apetito, el profesional de enfermería ha de desarrollar un gran trabajo de estimulación, ayuda y paciencia. Se prepara una consulta con los padres y el especialista en nutrición y se establece la mejor manera de aportar los elementos nutritivos en los alimentos que es más probables que el niño ingiera.³⁵

Tras el diagnóstico nutricional y educativo la enfermera, orienta y ofrece una atención integral y evaluación continua de resultados a los padres. Todo ello con actitud científica, abierta, constante, personalizada y con empatía.³⁵

Como se puede evidenciar en los siguientes discursos:

"... También le ayudo a comer porque no puede sola, la nutricionista me ha dicho que en casa tengo que darle alimentos saludables para que pueda cicatrizar más rápido la herida que tiene por la quemadura...." (Sandía)

"... Los cuidados que le doy es más en la alimentación... la nutricionista me ha dado una dieta apropiada para mi hijita para que pueda curarse lo más pronto posible..." (Uva)

"La enfermera me ha hecho un interconsulta con la nutricionista, ella me ha dicho que en la dieta que le están dando a mi hija está basado en vitaminas, fibra para que pueda hacer sus necesidades sin problemas porque está en cama, entre otras cosas..." (Plátano)

"... le doy su comidita, por ejemplo en la mañana le dieron avena, con dos panes y dos huevos, más un toroso de papaya, mi hija lo como encantada..." (Melón)

"... también le doy sus comidas porque no puede comer sola, pero tiene buen apetito y todo lo que le da la nutricionista lo come encantada..." (Fresa)

"... cuando quiere tomar agua le alcanzo" (Papaya)

El 100 %(8) de los padres que fueron entrevistados y que sus hijos estaban internados en el servicio especialidades: Unidad de quemados del Hospital Regional Docente las Mercedes, indicaron en sus discursos que dentro

de unos de los cuidados en los que interviene para con su menor hijo, pero en todo momento con la educación, es en el cuidado de la herida como en la alimentación de su menor hijo. Estos discursos concuerdan con algunas investigaciones que se mencionaran a continuación:

Dentro de la investigación realizada por Pérez Boluda³⁵ en conjunto con otros autores, da manifiesto que para el paciente quemado la valoración adecuada del estado nutricional al ingreso y durante la hospitalización, es esencial para asegurar un óptimo restablecimiento.

Así mismo en la investigación realizada por Melgarejo Solis³⁴, da manifiesto que los padres cumplen un rol muy importante en la atención del niño, porque con conocimientos sobre la evolución y el tratamiento de las quemaduras, supervisados y orientados por el profesional de enfermería identifican los problemas y necesidades relacionados con las quemaduras, para luego aplicar todas sus habilidades interpersonales para acogerlos y ayudarlos en esta difícil e inesperada situación.

Con lo anterior mencionado sabemos que la participación de los padres es importante en el cuidado del niño quemado, su presencia y participación durante la hospitalización hacen que las necesidades del niño sean cubiertas y además que haya un beneficio de este en su recuperación, para esto debe haber información lo que conduce a la necesidad de que los padres tengan conocimiento clínico de la situación de la salud del niño, es decir aquí el padre tiene una responsabilidad atribuida a ellos y a su derecho de participar en las decisiones de salud y mejora de menor hijo. Al mismo tiempo este contribuye a la ayuda a los profesionales de la salud, por medio de la cooperación en procedimientos y vigilancia permanente del niño, también aparece como una participación que contribuye para disminuir la carga de trabajo profesional y como un proceso de negociación.

Así como el padre participa en el cuidado del niño en aspectos biológicos, también lo hace en el aspecto psicosocial, estos son los únicos que mantienen una comunicación clara con el niño ya que reconocen y pueden hacer que haya una mejor adaptación y seguridad del niño al entorno; que es de lo que se hablara en la siguiente subcategoría.

❖ **Participación de los padres en la dimensión Psicosocial**

La participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados presenta múltiples formas de expresión. Cuando la comunicación entre los profesionales de la salud y la familia es eficaz, existe una reducción de la ansiedad de los padres y una mayor propensión para su participación, lo que favorece la adhesión a los tratamientos, al proceso de enfrentar la enfermedad y la autonomía de los padres.

El tema de esta investigación son las quemaduras, estas son un tipo de accidente que representan una grave amenaza en la dinámica familiar ya que la presencia de un niño quemado, el proceso de hospitalización y los diversos tratamientos que recibe son factores que desestabiliza el equilibrio emocional de la familia ocasionando en el los padres diversas manifestaciones como tristeza, miedo, vergüenza, culpabilidad, junto a ello muestran desconocimiento sobre el cuidado del niño, llegando muchas veces a rechazarlo y/o abandonarlo, es aquí donde el profesional de enfermería tiene un papel protagónico en la atención integral del niño y la familia que ha sufrido una lesión por quemadura y en la prevención de esta lesión, creando condiciones necesarias para lograr que los padres participen en el cuidado directo de sus hijos garantizando así un cuidado integral; brindando siempre información, comunicación clara y comprensible.^{34, 36}

Los padres son el soporte principal del niño y desempeñan una labor importante en su cuidado, por ellos deben tener una base de conocimientos

sólidos a fin de responder a las necesidades propias del niño, debido a que la quemadura produce una profunda crisis en el niño, experimentado como una agresión física y psicológica que provoca un cambio abrupto respecto a su vida anterior, la percepción de sí mismo no es la misma que antes del accidente, y afecta la forma de enfrentarse al mundo y la relación con el entorno, esa nueva imagen requerirá un proceso de aceptación que si logra completarse de manera óptima con ayuda de los padres y el profesional de enfermería, permitirá un buen ajuste emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales saludables que faciliten una buena calidad de vida con un crecimiento y desarrollo armónicos que proyecten a futuro un ser humano integral.³⁷

Es por esto que para el adecuado proceso de recuperación y rehabilitación social, hay que considerar permanentemente que el niño es dependiente de los adultos que lo rodean y que están a cargo de su cuidado, aquí la familia es su principal medio rehabilitador ya que el niño depende totalmente de ella para lograr rehabilitarse, siendo conveniente que los padres entiendan el retroceso en el desarrollo del niño como una de las consecuencias del accidente y que paulatinamente, a medida que pase el tiempo, lo superara, siendo necesaria la atención psicológica permanente, se debe tener en cuenta el aspecto espiritual para brindar la atención necesaria como atención y/o administrar el bautismo si fuera necesario.³⁷

Como se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“En este servicio hay más niños que estaban o están peor que mi hija y eso me deprimió un poco, pero después conforme pasó el tiempo y conversaba con las mamás nos apoyábamos entre nosotras, además sé que tengo que ser fuerte para ayudar a mi hija y se recupere pronto, además también cuento con el apoyo de mi familia, de mi madre que es quien me acompaña”... (Sandía)

“Señorita me he acostumbrado al ritmo del hospital, es un poco complicado, lo bueno es que con mi nana nos turnamos y eso me alegra porque tengo el apoyo de mi familia y eso hace

que tengas fuerzas para apoyar a mi hijo en su recuperación...me han dicho las enfermeras que tengo que hablarle y acariciarlo para que sienta mi cariño"... (Uva)

"En el caso de mi hija se ha quemado con el agua hervida...ya quiero que se sane; no me gusta verla así. Le están poniendo su cremita para que se cure más rápido la herida. La cuidado más que a mi vida porque quiero que mejore e ir a casa para que vuelva a jugar como antes con sus hermanitos, se que tengo que ser fuerte, por ella...la dejo que juegue con otros niños y para que señorita veo que se está recuperando"... (Plátano)

El 75 %(6) de los padres que fueron entrevistados y que sus hijos estaban internados en el servicio de especialidades: Unidad de quemados del Hospital Regional Docente las Mercedes, indicaron en sus discursos que dentro de unos de los cuidados en los que ellos participan con ayuda del profesional de salud a parte del aspecto físico; también lo es en el aspecto psicosocial de su menor. Estos discursos concuerdan con algunas investigaciones que se mencionaran a continuación:

Dentro de la investigación realizada por Melgarejo Solis³⁴, da manifiesto que en el entorno familiar los padres son el principal soporte psicológico del niño para superar los problemas psicoemocionales y sociales derivados de la quemadura de ahí la importancia que los padres se encuentren tranquilos y conscientes de este papel con una actitud de aceptación frente a su participación en el cuidado del niño. Las dimensiones psicológicas y sociales contienen aspectos que buscan que la madre prevenga o aminore alteraciones en el desarrollo del niño y que tengan predisposiciones a actividades sociales y expresiones psicológicas para lograr la reintegración del niño a la familia y sociedad.

Finalmente con lo antes postulado en las investigaciones y lo manifestado en los discursos de este presente estudio de caso, podemos entender que el apoyo del padre de familia en el aspecto psicosocial del niño es importante, es el familiar que está en contacto continuo con el brindándole soporte, va a hacer que se adapte a su entorno y así pueda desarrollar también su aspecto social ya que podrá interactuar con otros niños en sus mismas

condiciones, cabe mencionar la importancia del equilibrio entre cada uno de los miembros de la familia, sentimientos de seguridad donde debe participar para lograr la recuperación del niño y evitar sentimientos de inutilidad, a través de una comunicación fluida entre padres, hijos y personal de salud.

CATEGORIA III: El cansancio en el rol cuidador principal

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes; especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados, ya que estos proporcionan una variedad compleja de tareas de apoyo que comprende el dominio físico, psicológico, espiritual y emocional.

Los familiares que cuidan del paciente desempeñan una función importante en el manejo de las enfermedades; en este caso las quemaduras; es de suma importancia contar con su cooperación e incluirlos en el núcleo de la atención desde el principio, considerándolos ingredientes fundamentales para el tratamiento eficaz. Es la que asume la total responsabilidad del proceso de cuidado, se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidar, no recibir remuneración económica por la labor realizada, pero si por tener un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad.⁵⁸

Algunas investigaciones lo denominan el Síndrome del Cuidador, que es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.⁵⁸

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global.³⁹

Este soporte e la familia, los miembros de la familia, deben repartirse lo más equitativamente posible las responsabilidades del cuidado al paciente y las demás tareas del funcionamiento familiar. Sin embargo, raramente esto se hace realidad, y lo cierto es que no todos tienen la misma posibilidad, habilidad y fortaleza para desarrollar estas funciones. Si esto no se modula adecuadamente, puede conducir a que una o dos personas se recarguen en sus responsabilidades y se sientan abandonadas por los demás, generándose tensiones en las relaciones familiares.³⁸

Por lo anterior, los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado.

Como se puede evidenciar en los siguientes discursos:

"... Srta. Estoy cansada no he podido dormir en toda la noche pensando en lo que había pasado y en lo que será el día siguiente, me siento triste por ver a mi hijo así, además mi esposo solo viene en las noches pero se va rápido por su trabajo y yo me quedo sola y de verdad señorita estoy cansada" (Melón)

"...en las noches mi hija no quiere dormir ya no sé qué más hacerle para que duerma rápido, paso malas noches, yo me quedo todos los días con mi hija y me siento cansada y triste por la situación que está pasando mi hija" (Fresa)

"...Srta, estoy cansada, estar aquí se me hace difícil porque soy la única que cuida de mi hija paro las 24 horas con ella, y apenas duermo, mi mama no puede quedarse con mi hija, por que atiende a mi papa y la familia de mi esposo tampoco me apoya, solo voy a mi casa a bañarme y la dejo encarga con la señora de al lado." (Sandía)

"...Srta. yo no soy de aquí paro casi todo el tiempo metida en el servicio y a veces me pongo llorar porque no tengo a nadie que me ayude o con quien conversar..." (Papaya)

La familia tiene el papel de amortiguadora de todas las tensiones que se vayan presentando a lo largo de todo el proceso. No obstante, esto no es siempre es así, con los discursos mencionados, da manifiesto que las personas entrevistadas, en su mayoría no sienten el apoyo de la familia y a pesar de todo se organizan en función de las necesidades del familiar y supone un esfuerzo importante hacer compatible las múltiples tareas de cuidados con las otras actividades de su vida cotidiana, y es por esto que los efectos emocionales salen a resaltar cuando el cuidador no siente el apoyo de la familia, a manera de frustración, ira, tristeza, ect. No se debe olvidar que la familia también cumple un rol importante en la recuperación del niño con quemaduras, esta es considerada como parte integral de la atención del paciente, este va sentir el apoyo y la recuperación será favorable.

El 75 %(6) de los padres que fueron entrevistados y que sus hijos estaban internados en el servicio de quemados del Hospital Regional Docente las Mercedes, indicaron en sus discursos que siente la falta de apoyo de sus familiares en el cuidado de su niño. Estos discursos concuerdan con algunas investigaciones que se mencionaran a continuación:

Dentro de la investigación realizada por Elizabeth Flores³⁸, da manifiesto que el cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, la reducción del número de vínculos, disminución de las

oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el Síndrome del Cuidador, conocido en el ámbito de la enfermería como Cansancio en el Rol del Cuidador, por lo que es importante contar con redes de apoyo familiares, amistades o recursos de la sociedad.

Otra investigación realizada por Expósito Concepcion⁴⁰, nos habla acerca de Situaciones de soledad y falta de apoyo en el cuidado por la familia. En muchas ocasiones, es una sola persona la que afronta todo el esfuerzo y responsabilidad del cuidado del paciente, lo que supone además de escaso apoyo físico, escaso apoyo emocional a la hora de compartir sentimientos y frustraciones. A veces, la falta de tiempo libre para el descanso y esparcimiento, estando disponible los 7 días de la semana, agrava la situación.

Todo lo expuesto nos hace reflexionar de cuán importante es el apoyo de la familia al rol que desempeña el cuidador principal, no es que el cuidador quiera el apoyo de la familia para desentenderse de su familiar, solo que el hecho de no pasar tiempo para sí mismo, el no dormir bien y otros problemas; hacen que se manifiesten en las personas una gamma de sentimientos que no se podrían describir y unido a esto se pueden presentar problemas de salud dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, ya que significa cambio brusco para el que no se está preparado.

Por lo mismo es importante que reciba ayuda, que la familia se involucre y procurar distribuir el trabajo en forma más equitativa y aceptar relevos que lo sustituyan y así pueda descansar o cambiar de actividad y tener tiempo para sí mismo, a fin de evitar el agotamiento emocional. Dar un paseo, distraerse, leer un libro, ir a comer con un amigo, conducir, hacerse un regalo, comprarle flores, etcétera, son formas muy eficaces para combatir el estrés del cuidador. Tiene, sobre todo, que procurar seguir haciendo su vida normal.

CONSIDERACIONES FINALES:

Finalmente realizado el análisis de la temática en cuestión y deseando que el esfuerzo puesto en esta investigación sirva e incentive a toda aquella persona interesada a seguir profundizando sobre el tema presentado, es donde las

investigadoras llegan a lo siguiente:

1. Dentro del trabajo de investigación se puede comprender que los padres le dan un significado importante a la responsabilidad durante el cuidado a su menor hijo; por tal motivo es preciso reflexionar sobre la naturaleza de la responsabilidad al momento de brindar acciones en beneficio del menor. El cuidar no es sólo un principio que todo ser humano tiene, sino es el valor que impulsa a hacer las cosas bien por el simple hecho que el preescolar es su hijo y en los padres está velar por la salud del menor demostrando de ésta manera afecto, cariño, amor.
2. Al hablar de cuidado físico se hace referencia a la satisfacción de necesidades básicas de la persona pero también se hace hincapié al cuidado psicológico de manera simultánea. El preescolar requiere de una atención especial, siendo el personal de enfermería el encargado de orientar y guiar al padre; es decir la vinculación afectiva entre el hijo y sus padres va a reducir la ansiedad del menor, en consecuencia fortalece su aspecto emocional, y la relación con los demás.
3. Por otro lado, el escenario donde se desarrollan los cuidados de los padres es decir; el hospital, ocurre una serie de acontecimientos en el entorno familiar como personal que suponen una fuente de estrés. La mayoría de los padres entrevistados manifestaron que la principal dificultad para realizar de manera eficaz los cuidados era el cansancio constante. De esta manera se evidencia que los padres son la pieza esencial durante la recuperación del preescolar, ya que en ellos recae toda responsabilidad de permanecer el mayor tiempo posible con su menor hijo.

RECOMENDACIONES

En base a estas consideraciones las investigadoras se permiten poner a disposición las siguientes estrategias para fortalecer el cuidado de padres:

A los profesionales de la enfermería:

Se requiere que el profesional de enfermería, evalúe el nivel de conocimiento de los padres respecto a los cuidados que brindan a su menor hijo quemado antes y después de brindar el programa educativo a fin de valorar su efectividad. Así mismo se recomienda mejorar las estrategias de educación que se brinda a los padres, que son los que toman el rol de cuidador principal.

A la institución de salud:

Se recomienda a la institución se elabore una guía dirigida a los padres sobre los cuidados específicos que debe recibir el niño quemado durante la hospitalización con el fin que estén totalmente orientadas en sus intervenciones durante el proceso de recuperación de su menor hijo, y así no interfieran con el trabajo del profesional de salud.

A las estudiantes de enfermería:

Se recomienda a las estudiantes de enfermería que realicen investigaciones sobre el tema en otras instituciones que cuenten con un área de quemados para poder comprar a fin de determinar los factores que intervengan en los conocimientos y actitudes de los padres de familia.

Además, realicen investigación sobre el cuidado que recibe los padres durante la hospitalización de su menor hijo por parte de la enfermera, ya que son ellos los que también salen afectados en las dimensiones física y emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. INEI. Compendio Estadístico. Perú [revista en internet]. 2014 [acceso 5 de abril del 2015]; Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1157/libro.pdf

2. ANIQUEM. Estadísticas [revista en internet]. 2008 [acceso 5 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.aniquem.org/estadisticas/>
3. OMS. Quemados [revista en internet]. 2012 [actualizado el 29 mayo de 2012, acceso 5 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/2012/05/29/210039.php>
4. Pérez M., Lara J. Guía de actuación ante el paciente quemado. Unidad de enfermería de quemados. Multiser [Revista en Internet]. 2006 [acceso 5 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/azanero33/paciente-quemado-3091216>
5. Melgarejo G. "Nivel de conocimientos y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados del Instituto Especializado de Salud del Niño, enero-febrero 2006". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ; 2006. [Revista en Internet]. 2006 [acceso 5 de abril del 2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1054/1/melgarejo_sg.pdf
6. Villasante. I, Vilchez. O, Jeri. M y Huaynamarca. L. "Conocimiento de los padres y el cuidado que brinda al niño con quemaduras de II y III grado, en el servicio de quemados y cirugía plástica del instituto nacional de salud del niño en enero-junio 2011". Perú, Programa Cybertesis, 2011 [Revista en Internet]. 2011 [acceso 5 de abril del 2015]. Disponible en: http://www.insn.gob.pe/investigaciones/sites/default/files/Informe%20Final%20PE-42-2009_0.pdf
7. Gomes. M, Buriti. J, Bezerra da Costa. I, Lacerda. I y Oliveira. A. "Proceso de cuidar de los niños quemados: experiencia de los miembros de la familia". Brasil, Universidade Federal da Paraíba, 2009. [Revista en Internet]. 2009 [Acceso 5 de abril del 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500012
8. Maciel. M, Castro. A, Costa. P, Souza. L. "La cultura en el cuidado de la familia de los niños víctimas de quemaduras". Brasil, Rev. Eletr. Enf. [Revista en Internet]. 2010 [Acceso 5 de abril del 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.7457>.
9. Posada A., Gómez J., Ramírez H. El niño sano. 3ra. Ed. Bogota: Panamericana; 2005.
10. Unicef. Los niños de las Américas. O.P. Gráficas. [Revista en Internet]. 1992 [Actualizado: 11/7/2011, Acceso 5 de abril del 2015]; 5. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002271.htm>
11. Medellín C., Cilia T. Crecimiento y desarrollo del ser humano: atención primaria de la salud. 1er. Ed. Bogotá: Guadalupe; 1995.

12. Behrman R., Kliegman R., Jenson H. Nelson Tratado de Pediatría. 19ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
13. Stassen K. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. 7 Ed. Madrid: Panamericana; 2006.
14. Achury D. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2006; 8 (2).
15. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud. Perú; 2012.
16. Domínguez C. Los Cuidados y la profesión de enfermería. 1 Ed. Madrid: Pirámide; 1996.
17. Medina J.L. La pedagogía del Cuidado. Barcelona: Laertes; 1999
18. Parker, R. El papel del padre. 3º ed. Madrid: Morata; 1998
19. Congreso de la República del Perú. Proyecto de Ley N° 3213. Proyecto que modifica el artículo 23º del Código de los Niños y Adolescentes, incorporando los DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO. Lima; 30 de Septiembre del 2015. Lima; Congreso de la República; 2015.
20. Conceptos y definiciones básicas. [Acceso 5 de abril del 2015] Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTLSMS/Resources/3358986-1181743055198/3877319-1181919778981/conceptos.pdf>
21. Lüdke M, Marli E. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-São Paulo; 1986.
22. Bernal C. Metodología de la investigación. 2ª ed. México: PEARSON; 2006.
23. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y Métodos. 6ª ed. México. Mc Graw Hill; 2000.
24. Bardin L. El análisis de contenido. 3ª ed. Alcal; 2002. Hernández S. Metodología de la investigación. 5ta Ed. México: McGRAWHILL/ Interamericana Editoriales, S.A. de C.V.; 2010
25. Martínez. C, Piedad. C. El método del estudio de Caso. Estrategia metodológica de la Investigación Científica. Pensamiento y gestión. Universidad del Norte. 2006; 165-193
26. Tello C, Gutiérrez N y otros. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Escuela de Postgrado de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Perú; 2009.
27. Hernández S. Metodología de la investigación. 5ta Ed. México: McGRAWHILL/Interamericana Editoriales, S.A. de C.V.; 2010.
28. Marriner A. Raile Alligood M, Modelos y teorías en Enfermería. 6ta ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
29. Waldow R. Atualização do cuidar. Rev Unisaba. [Revista en línea] Abril 2008; 8 (1): 85 – 96. [Fecha de acceso: 16 de septiembre del 2014] URL disponible en:

- <http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/126/252>
30. López. H. Padres ante el valor de responsabilidad. [Revista en Internet] [acceso 11 de Noviembre del 2015]; 22. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n7/v1n72007-14.pdf>
 31. Paños. A. La responsabilidad de los padres. [Libro en línea].Libro Atraliar . [acceso 11 de Noviembre del 2015]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=R_oEE4H7Ug8C&oi=fnd&pg=PA9&dq=valor+de+la+responsabilidad+en+padres&ots=4_BWIVM3bm&sig=Zh15138LfX-KH21lwDVBhpHC1qY#v=onepage&q=valor%20de%20la%20responsabilidad%20en%20padres&f=false
 32. Oliveira E., Lopes P., Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. Rev. Latino- Am. Artículo [Revista en Internet] 2014. [acceso 24 de Febrero del 2016]; 22 (3). Disponible: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf
 33. Pérez T, Martínez P, Pérez L, Cañada F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras [Internet] 2011 [consultado 20 de abril del 2016] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf
 34. Melgarejo G. Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el servicio de quemados del instituto especializado de salud del niño enero – febrero 2006 [Tesis en Intenet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2006. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1054/1/melgarejo_s_g.pdf
 35. Pinheiro E, Lopes P, Aparecida R, Falleiros D. Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados [Revista en Intenet] 2014 [consultado 20 de abril del 2016]; 22 (3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf
 36. Krech. Investigación del Comportamiento. 1ª ed. México: Nuevo Mar, 1995.
 37. Lagos E, Loubat M, Muñoz E, Vera P. Estrategias de afrontamiento de padres de niños con secuela de quemaduras visibles. [Revista en Intenet] 2004 [consultado 22 de abril del 2016]; 13 (2). Disponible en: [file:///C:/Users/Shirley/Downloads/17654-52106-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Shirley/Downloads/17654-52106-1-PB%20(1).pdf)
 38. Flores G Elizabeth, Rivas R Edith, Seguel P Fredy. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc.enferm. [Internet].

- 2012 [consultado el 30 de abril del 2016]; 18(1): 29-41. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532012000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>.
39. Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V; Cid-Buera D; Vives-Relats C; Aparicio-Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona:Publidisa ; 2011.
40. Expósito Concepción Yaquelín. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cancer. Rev haban cienc méd [Internet]. 2008 Sep [consultado el 01 de junio del 2016];7(3):.Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es.

ANEXO N°01

GUIA DE LA ENTREVISTA ABIERTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LOS PADRES

A continuación se le harán algunas preguntas, a las cuales se le pide responder con sinceridad. Le garantizamos que éstas son anónimas y para ello se le

solicita la asignación de un pseudónimo referente a nombre de frutas:

DATOS PERSONALES:

Pseudónimo: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____

Nivel de instrucción: _____

Ocupación: _____ **Lugar de procedencia:** _____

Estado Civil: _____

1. ¿Qué significa para usted tener que brindar cuidados a su hijo (a)?
2. Entonces, ¿En qué cuidados participa para la recuperación de su hijo (a)?
3. ¿Le enseñó la enfermera algunos cuidados que le brinda a su hijo (a)?
4. ¿Ha tenido alguna dificultad para cuidar a su menor hijo (a)?
5. Algo más que desee agregar sobre el tema.



ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores : Shirley Viviana Montalvan Maldonado y Claudia de las Mercedes Noriega Campos.

Título : "Participación de los padres en el cuidado al preescolar con quemaduras en un hospital nivel II-2 MINSA, Chiclayo-2015"

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “**PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO AL PREESCOLAR CON QUEMADURAS EN UN HOSPITAL NIVEL II-2 MINSA, CHICLAYO- 2015.**”. Estamos realizando el presente estudio para identificar y caracterizar los cuidados de los padres a sus hijos quemados durante la hospitalización y para que la recuperación sea favorable, con la finalidad de conocer los resultados y mejorar los conocimientos de los padres para que éstos a su vez puedan responder y satisfacer a las necesidades propias de sus hijos.

Procedimientos:

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

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán grabadas en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista se realizará en el tópico del servicio de quemados del Hospital Las Mercedes.
2. Posteriormente se procesará la información de manera confidencial.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos físicos ni psicológicos por participar en el estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo.

Beneficios:

Al finalizar la entrevista se ofrecerá una sesión educativa personalizada, además de trípticos.

Costos e incentivos

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

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos 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.

Uso futuro de la información obtenida:

La información recolectada será eliminada al término de la investigación.

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 Shirley Montalván Maldonado al tel. 968724136 o a Claudia Noriega Campos al 957814946, investigadoras principal.

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

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, sin perjuicio alguno.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha

Investigadora
Nombre: Shirley Viviana Montalvan
Maldonado.
DNI: 72431865

Fecha

Investigadora
Nombre: Claudia de las Mercedes Noriega
Campos.
DNI: 70038254

Fecha