

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**Nivel de autoconcepto en el escolar con quemaduras en  
el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de  
Salud del Niño, año 2007**

**TESIS**

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

**AUTOR**

Jannet Verónica Gonzáles de la Cruz

**Lima – Perú**

**2007**

*Dedicado con mucho amor y agradecimiento a mis padres por todo lo brindado hasta ahora por hacer de mí una profesional de éxito.*

*A un amigo muy especial Henry que siempre me apoyó y se que desde el cielo está muy orgulloso de todos mis logros.*

*Agradezco a mi asesora y todas las docentes que con su apoyo y orientación contribuyeron en gran medida a realizar la presente tesis.*

*A todas las personas que confiaron en mí y me apoyaron para poder terminar con éxito todos estos años de vida universitaria.*

## INDICE

	<b>Pág.</b>
Agradecimientos .....	iv
Dedicatoria .....	v
Índice .....	vi
Índice de Gráficos .....	viii
Resumen .....	ix
Presentación .....	1

### **Capítulo I: INTRODUCCIÓN**

1. Planteamiento y Delimitación del Problema.....	3
2. Formulación del Problema .....	6
3. Justificación del problema .....	6
4. Objetivos .....	7
5. Propósito .....	7
6. Marco Teórico	
6.1. Antecedentes del estudio .....	8
6.2. Base Teórica Conceptual	
Desarrollo del niño en edad escolar.....	10
El autoconcepto .....	14
El niño con secuelas de quemaduras.....	21
Reacciones psicológicas del con quemaduras.....	27
Atención de Enfermería al Niño Quemado.....	29
7. Definición Operacional de Términos.....	30

### **Capítulo II: MATERIAL Y MÉTODOS**

1. Tipo, Nivel y Método de Estudio .....	33
2. Área o sede de estudio .....	33

3.	Población / Muestra	.....	34
4.	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....		35
5.	Validez y Confiabilidad	.....	37
6.	Procedimiento de Recolección	.....	37
7.	Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de datos	.....	38
8.	Consideraciones Éticas	.....	39

### **Capitulo III: RESULTADOS Y DISCUSION**

1.	Presentación, Análisis e Interpretación de Datos.....		40
----	---	--	----

### **Capitulo III: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

1.	Conclusiones	.....	55
2.	Recomendaciones	.....	56
3.	Limitaciones	.....	56
	Referencias bibliográficas	.....	58
	Bibliografía	.....	62
	Anexos		

## INDICE DE GRÁFICOS

Nº	Pag
<b>Gráfico 1</b>	
Nivel de Autoconcepto Global del Escolar con Quemaduras en el Servicio de Quemados Instituto Nacional de Salud del Niño Agosto 2007- Febrero 2008 LIMA-PERÚ.....	42
<b>Gráfico 2</b>	
Nivel de Autoconcepto Físico del Escolar con Quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño Agosto 2007- Febrero 2008 LIMA-PERÚ.....	46
<b>Gráfico 3</b>	
Nivel de Autoconcepto Emocional del Escolar con Quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño Agosto 2007- Febrero 2008 LIMA-PERÚ.....	49
<b>Gráfico 4</b>	
Nivel de Autoconcepto Social del Escolar con Quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño Agosto 2007- Febrero 2008 LIMA-PERÚ.....	52

## PRESENTACIÓN

Los informes estadísticos obtenidos en el Instituto Especializado de Salud del Niño muestran que existe una alta incidencia de pacientes víctimas de quemaduras, siendo casi el 60% de ellos niños cuyas edades fluctúan entre 1 y 4 años de edad, seguida de una incidencia menor pero de igual importancia en los niños entre los 6 y 12 años con un 30% de incidencia aproximadamente.

Los pacientes quemados, enfrentan problemas graves y críticos, debido a que el traumatismo que sufre no sólo le causa grave daño físico, sino también va a alterar su estabilidad emocional por las secuelas que deja en las zonas afectadas del cuerpo. Si un niño en edad escolar se accidentó y las quemaduras modificaron su físico, el concepto que tendrá sobre su persona se verá alterado negativamente, sintiéndose menos valioso que antes y disminuido ante los demás ya que en esta etapa de la vida el niño ya concibe la importancia que tiene su cuerpo para la integración a la sociedad pudiendo tener un autoconcepto negativo hacia su persona. Es por ello la importancia de que el equipo multidisciplinario que atiende a estos niños tenga un conocimiento sobre el impacto que tiene la quemadura en el autoconcepto del niño y partiendo de estos conocimientos contribuyan adecuada y positivamente hacia un cuidado integral de la salud que incluye atender las dimensiones física, emocional y social.

Lo descrito generó la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de autoconcepto en el escolar con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño? con el objetivo de determinar el autoconcepto del escolar con quemaduras, con el propósito de generar conocimiento sobre el autoconcepto y facilitar una

mejor identificación de las respuestas humanas emocionales de los escolares con quemaduras, esperando que los hallazgos constituyan las bases sobre las cuales se pueda plantear medidas individuales y colectivas para modificar conceptos bajos o negativos y lograr que tengan una valoración objetiva y positiva de uno mismo y aceptarse como es con todo lo que es, con aciertos, errores, logros y limitaciones.

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el Servicio de Quemados.

Se presenta el informe que está dividido en cuatro capítulos, en el primer capítulo se presenta el planteamiento, formulación y justificación del problema, objetivos generales y específicos, propósito, marco teórico, antecedentes del estudio, base teórica conceptual y definición operacional de términos

En el segundo capítulo se muestra material y método; tipo de estudio, área o sede de estudio, población / muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad; procedimiento de recolección, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e Interpretación de datos y consideraciones éticas

El tercer capítulo consta de resultados y discusión y el cuarto presenta conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos

## RESUMEN

La presente investigación “Nivel de Autoconcepto en el escolar con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño” surge de la necesidad de conocer la repercusión de la quemadura en el autoconcepto del niño en edad escolar.

El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de autoconcepto del escolar con quemaduras en el Instituto Especializado de Salud del Niño, con el propósito de valorar el autoconcepto y facilitar una mejor identificación de las respuestas humanas emocionales de los escolares con quemaduras, esperando que los hallazgos constituyan las bases sobre las cuales se pueda plantear medidas individuales y colectivas para modificar conceptos bajos o negativos y lograr que tengan una valoración objetiva y positiva de ellos mismos y aceptarse como son, con todo lo que es, con aciertos, errores, logros y limitaciones.

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo-transversal, la muestra de estudio estuvo constituida por 17 escolares hospitalizados en el servicio de quemados, de ambos sexos, comprendidos entre los 6 y 12 años con quemaduras de II y III grado, usando como instrumento un cuestionario de escala de autoconcepto de Piers Harris que se modificó con el fin de cumplir los objetivos planteados.

Los resultados determinaron que el autoconcepto global es de nivel medio en el 47,1% señalando que estos niños se encuentran en un tránsito de aceptación de su nueva realidad, y que poseen momentos de depresión y rechazo. Así también el autoconcepto físico, resultó de nivel medio en el 58,8%, el nivel de autoconcepto emocional

es medio en un 52,9% y el nivel de autoconcepto social es medio con un 58,8%.

Palabras claves: Autoconcepto, niño escolar, quemaduras.

## SUMMARY

The present investigation "Self level in the school with burns Service Burns of the National Institute of Child Health" arises from the need to see how they affect the burn at the notion that the child has on his person. "

The objective of this study is to determine the self-confidence of the school burns at the Institute of Child Health Specialist, for the purpose of valuing self-confidence and provide better identification of human emotional responses of schoolchildren with burns, hoping that the findings constitute the basis on which to raise individual and collective measures to change concepts and achieve low or negative with a positive and objective assessment of oneself and accepted as is, with everything that is by successes, failures, achievements and constraints.

It is a quantitative, descriptive and cross-sample study consisted of 17 schoolchildren hospitalized in the burn service of both sexes between the ages of 6 and 12 years with burns grade II and III, using as a tool questionnaire scale of self Piers Harris to be changed in order to meet the objectives.

The results found that the self overall average is 47.1% in pointing out that these children are in a transit agreement on their new reality, and having moments of depression and rejection

Keywords: Self, school children, burns.

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Los traumatismos por quemaduras siguen constituyendo un problema de salud pública preocupante, pues es uno de los más devastadores accidentes que pueden afectar al ser humano, tanto por alteraciones inmediatas como mediatas.

“La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe, La Salud en las Américas estima que las lesiones no intencionales como las quemaduras, se encuentran entre los principales problemas de salud pública en la Región, esto debido a las consecuencias individuales y colectivas que trae consigo una lesión de tal magnitud”. “La OMS define a las lesiones, como el menoscabo orgánico que resulta de la exposición a una energía mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante que interactúa con el organismo en cantidades o con un índice que excede el límite de la tolerancia fisiológica, es por ello que las consecuencias de una quemadura afectan al individuo a nivel físico, psicológico y social”. (1)

En el Perú el 60% de las quemaduras corresponde a niños. El 80 % de éstos tienen entre 4 y 6 años de edad, la incidencia anual de accidentes en niños menores de 15 años es de 3.9%; siendo el agente causal principal el agua caliente con un 70%, el 26% se debe al fuego y el resto son por electricidad, productos químicos, etc. Respecto a estas

cifras los especialistas refieren que en su mayoría ocurre debido a la falta de conciencia de los padres respecto al peligro que corre un menor y por eso los descuidan, además de la falta de conocimiento sobre las secuelas que dejan las quemaduras pues este tipo de lesiones son más severas en los niños debido a que sus órganos y estructuras todavía no están desarrollados, por lo que las quemaduras limitarán su normal crecimiento. A esto se suma las secuelas psicológicas siendo las más graves, pues quedarán de forma permanente en los pequeños.

En el año 2,007 en el Instituto Nacional de Salud del Niño (ISN) se hospitalizaron 291 niños en el Servicio de Quemados, de los cuales, el 54% tenía entre 1-4 años, el 23% de 5-9 años y el 11,3 % de 10-14 años. Siendo la principal causa con un 70 % los accidentes domésticos que involucraron la caída de líquidos calientes sobre el cuerpo, como sopas, café, leche, avena; mientras que el 30% restante tuvo contacto directo con fuego teniendo como factores asociados: la pobreza, baja educación materna, el alto número de hijos, el hacinamiento, la ausencia de figura paterna y la falta de una cocina adecuada, convirtiendo a la vivienda en un riesgo para la salud del niño producto de la negligencia y descuido de sus padres.(2)

La experiencia de la quemadura y sus posteriores consecuencias exigen tanto del niño afectado como de su familia grandes esfuerzos para recuperar la estabilidad emocional, relacional y de ajuste social, siendo el apoyo profesional indispensable para que reorganice y establezca su mundo socio-afectivo.

El niño escolar tiene el área emocional en formación y una personalidad aún sin definir por lo cual traumatismos de tal magnitud como lo es una quemadura provocan una alteración en el concepto de si

mismo pues ven afectada su capacidad física o su integridad estética generando una gran presión ante posibles secuelas de incapacidad y deformaciones llevándolo a una pérdida de valor sobre su imagen corporal, expresándolo mediante ansiedad, sentimientos de desamparo, miedo, intensa angustia, ira en muchos de los casos, etc., provocando un quiebre de su imagen personal y sentimientos de baja autoestima.

En el Servicio de Quemados del ISN es común escuchar a los niños hospitalizados y también a los niños que se atienden por consulta externa decir frases como: “me quiero morir”, “tengo miedo”, “¿cómo voy a quedar?”, “mi cara va a quedar fea”, “nadie me va a querer”, “me da vergüenza ir a clases y que me vean”, además de observarlos usando ropas que cubren las cicatrices que estas quemaduras dejaron como: cafarenas, pañoletas, camisetas largas, gorros, etc., ratificando entonces el impacto emocional que la quemadura provoca en el niño generando en la investigadora sentimientos de impotencia y frustración ante el hecho de no poder cambiar la situación en esos momentos, de no poder aliviar dichos sentimientos de minusvalía en un corto plazo o que poco o casi nada se puede hacer frente a la nueva apariencia física del niño ya que las secuelas serán permanentes, y van a marcar para toda su vida; también sentimientos de cólera de cómo un ser humano con toda una vida por delante lleve consigo y tenga que enfrentar desde tan pequeño secuelas de un descuido que pudo haberse evitado. A esto también se observa la atención de enfermería que debería de ser integral y no lo es del todo, pues más es la preocupación que muestran las enfermeras por el aspecto físico (curación de la herida) dejando de lado muchas veces el aspecto emocional viéndose limitada la atención integral al niño la cual debería considerar en su integridad a las dimensiones humanas vale decir lo físico, emocional, espiritual, psicológico y social.

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Teniendo en consideración lo presentado anteriormente se plantea el siguiente problema: ¿Cuál es el nivel de autoconcepto en el escolar hospitalizado con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Especializado de Salud del Niño?

## **3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El problema planteado se presenta con mucha frecuencia en los mismos servicios de quemados y son pocos los estudios de investigación relacionados al que se realizó en pacientes de edad escolar con quemaduras siendo un tema de suma importancia que viene siendo poco estudiado.

Este tipo de lesiones provoca una reacción emocional intensa en el niño afectado, generando un desequilibrio psicoemocional producido por el trauma frente a la situación inesperada del accidente, que lo expone al riesgo de crisis depresivas, de ansiedad o de tipo emocional pues, una quemadura no produce sólo dolor también genera sentimientos de miedo, minusvalía, tristeza, duda del cariño y aceptación de los demás después de que sus manos, cuerpo o cara no serán como antes, lo que no le permitirá al niño desenvolverse adecuadamente frente a la sociedad de la que ya se encuentra aislado por la consecuencia del accidente. Por tal motivo el cuidado integral a este tipo de paciente debe incluir todas las áreas afectadas incluyendo lo social, psicoemocional y espiritual.

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

- Determinar el nivel de autoconcepto global en el escolar hospitalizado con quemaduras en el Instituto de Salud del Niño.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar el nivel de autoconcepto en el área física que tiene el escolar hospitalizado con quemaduras.
- Determinar el nivel de autoconcepto en el área psicoemocional que tiene el escolar hospitalizado con quemaduras.
- Determinar el nivel de autoconcepto en el área social que tiene el escolar hospitalizado con quemaduras.
- Identificar las áreas críticas del autoconcepto considerando las dimensiones física, psicoemocional y social.

## **5. PROPÓSITO**

Los resultados de este estudio permitirán generar conocimientos en la línea de investigación sobre el cuidado integral infantil en el área psicoemocional del niño.

Contribuye a la identificación de las respuestas emocionales de los escolares con quemaduras y orientar con mayor sentido los cuidados promoviendo el cuidado humano, para modificar el autoconcepto bajo en el niño y el impacto emocional que causa toda quemadura, de esta manera lograr una valoración objetiva y positiva de si mismos, aceptarse como es con todo lo que es, con sus logros y limitaciones.

Así mismo, los resultados permitirán comprender mejor lo que acontece en el pensar y sentir del niño a fin de brindar un cuidado integral al niño afectado tomando en cuenta los aspectos no solo físicos sino la también los aspectos psicoemocionales.

## **6. MARCO TEÓRICO**

### **6.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

Luego de haber revisado bibliografía se han encontrado los siguientes estudios de investigación referentes al autoconcepto que tiene relación con el tema de investigación:

Baños Rivera (2004) que realizó la investigación titulada "Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes". En este estudio se evaluaron la percepción de la imagen corporal en 83 adolescentes de sexo femenino mediante la utilización de la técnica del calibrador móvil Slade y Russell, 1973. El propósito central de este estudio fue analizar la autopercepción en la evaluación que el individuo hace de su peso y tamaño corporales, en comparación con sus medidas reales. El objetivo principal se subdivide en dos hipótesis: en primer lugar, que se esperaba que existan diferencias significativas entre el peso real y el peso percibido; es decir, entre lo que el sujeto cree pesar y lo que realmente pesa. En segundo lugar, encontrar diferencias en la evaluación del tamaño corporal en función del peso percibido. La muestra se dividió en tres grupos de "peso percibido": kilos de menos percibidos, peso justo percibido y kilos de más percibidos. Los resultados mostraron que todos los sujetos (excepto el grupo de kilos de menos percibidos) sobre-estimaron su peso. Además se comprobó que en todos los grupos existía una tendencia

generalizada a sobre-estimar su tamaño corporal, pero ésta era más marcada en los grupos que se alejaban de la "delgadez percibida". La conclusión a la cual llegó la autora fue: "La sobre-estimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real" (3). La investigación contribuyó al estudio para un mayor conocimiento de la variable además de resaltar la importancia de percibir una buena imagen corporal en la satisfacción personal.

Aguirre Parra, (1994) quien realizó la investigación que lleva por título "Autoconcepto y dimensiones de personalidad en niños desplazados residentes en la Comunidad de Santa Cruz", con el objetivo de determinar el autoconcepto y las dimensiones de personalidad en niños desplazados. Se realizó el estudio con 76 niños desplazados de diversas zonas del Perú que fueron víctimas de violencia subversiva y que son residentes en una Comunidad Rural de Lima. Se determinó el nivel de Autoconcepto, el nivel de las dimensiones de Personalidad y la relación existente entre ambas variables. Se aplicó la Escala de Autoconcepto para Niños de Mc. Daniel y Piers y el Inventario de Personalidad de Eysenck para Niños (JEPI). Los resultados mostraron que los niños tenían un nivel bajo de autoconcepto, tendían a la introversión y a la inestabilidad emocional. Se encontró relación significativa entre la variable Extroversión con el Área Social de la Escala de Autoconcepto General. La variable Neuroticismo, mostró una relación estadísticamente significativa con el Autoconcepto General y el Área Emocional. Además, se encontraron otras relaciones con las variables de Tiempo de Residencia en la ciudad de Lima y Lugar de Nacimiento relacionándose estadísticamente con la Dimensión Neuroticismo y el Autoconcepto,

respectivamente. (4). El estudio contribuyó al presente para un mayor conocimiento de la variable autoconcepto, los resultados muestran como las experiencias pasadas así como el medio en el cual se desenvuelven estos niños influyen en su autoconcepto y en su estabilidad emocional.

Caravedo Farro (2001) quien realizó el estudio “Autoconcepto en hijas de padres separados: un estudio descriptivo” con el objetivo de describir el autoconcepto de hijos de padres separados con la finalidad de contribuir y realmente enfatizar en la importancia que tiene la estructura familiar para el niño, en el desarrollo de este proceso para su futuro emocional, social e intelectual. La investigación fue de tipo descriptivo; se realizó con niñas entre 10 y 12 años de edad, que se ubicaron entre quinto y sexto de primaria de un Colegio Particular de Lima Metropolitana mediante la aplicación de la Escala de Autoconcepto para niños Mc. Daniel-Piers. Los resultados obtenidos reflejan en el análisis general que el autoconcepto de los hijos de padres separados tiende a ser más negativo que el autoconcepto de hijos de familias estructuradas o donde los padres viven juntos. (AU). (5) El estudio muestra que el ámbito familiar tiene una gran influencia en el autoconcepto de las niñas pues son un soporte de gran importancia y al ver a sus padres separados su autoconcepto tiene tendencia en ser bajo.

## **6.2. BASE TEORICA CONCEPTUAL**

### **DESARROLLO DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR**

La edad escolar es también considerada la etapa intermedia de la infancia, comprendida entre los 6-12 años, incluye el periodo

preadolescente y termina con el inicio de la pubertad. Se inicia con la entrada al colegio, teniendo un gran impacto en el desarrollo y en las relaciones con los demás pues esta etapa está dada por muchos cambios en el niño. El desarrollo del niño es consecuente existiendo una estrecha relación entre los aspectos intelectual, afectivo, social y motor, lo que va ocurriendo en un área va a influir directamente en el desarrollo de las otras áreas.

**Área motora** El crecimiento físico entre los 6 y 12 años, comienza a disminuir su rapidez. La altura del niño en este período aumentará en 5 o 6% por año, y el peso se incrementará en aproximadamente un 10% por año.

**Área cognitiva** El niño de seis años entra en la etapa que Piaget ha denominado operaciones concretas. Esto significa que es capaz de utilizar el pensamiento para resolver problemas, puede usar la representación mental del hecho y no requiere operar sobre la realidad para resolverlo.

Existen varios principios que van a caracterizar la forma en que los niños de esta edad piensan:

- **Identidad** Es la capacidad de darse cuenta de que un objeto sigue siendo el mismo aún cuando tenga otra forma.
- **Reversibilidad** Es la capacidad permanente de regresar al punto de partida de la operación. Puede realizarse la operación inversa y restablecerse la identidad.
- **Descentrado** Puede concentrarse en más de una dimensión importante. Esto se relaciona con una disminución del egocentrismo. Hasta los seis años el niño tiene un pensamiento egocéntrico, es decir, no considera la posibilidad de que exista un

punto de vista diferente al de él. En el período escolar va a ser capaz de comprender que otras personas pueden ver la realidad de forma diferente a él. Esto se relaciona con una mayor movilidad cognitiva, con mayor reflexión y aplicación de principios lógicos.

**Área social** En este período existe un gran aumento de las relaciones interpersonales del niño; los grupos de amistad se caracterizan por ser del mismo sexo. Entre los escolares pequeños los de 6 y 7 años, hay mayor énfasis en la cooperación mutua. En los escolares mayores de 8 a 10 años, la amistad se caracteriza por relaciones más íntimas, mutuamente compartidas.

El grupo de pares, en los escolares, comienza a tener una centralidad cada vez mayor para el niño, ya que es en la interacción con ellos donde descubren sus aptitudes y es con ellos con quienes va a medir sus cualidades y su valor como persona, lo que va a permitir el desarrollo de su autoconcepto y de su autoestima. Las opiniones de sus compañeros acerca de sí mismo, por primera vez en la vida del niño, van a tener peso en su imagen personal. El aspecto negativo en este ámbito es que los niños de esta edad son muy susceptibles a las presiones para actuar de acuerdo con los pares. Esto principalmente afecta a los niños de baja autoestima y habilidades sociales poco desarrolladas. (6)

**Área emocional y afectiva** La etapa escolar, se caracteriza en lo afectivo, por ser un período de cierta calma. La mayor parte de la energía del niño está volcada hacia el mejoramiento de sí mismo y a la conquista del mundo. Hay una búsqueda constante de nuevos conocimientos y destrezas que le permitan moverse en el futuro en el mundo de los adultos. De acuerdo a la teoría de Erikson la crisis de esta

etapa es Industria v/s Inferioridad, e implica el logro del sentimiento de la competencia. El niño debe desarrollar sus cualidades corporales, musculares y perceptivas, va desplegando el sentimiento de competencia y reforzando su idea de ser capaz de enfrentar y resolver los problemas que se le presentan. El mayor riesgo en esta etapa es que el niño se perciba como incapaz o que experimente el fracaso en forma sistemática, ya que esto va dando lugar a la aparición de sentimientos de inferioridad, los cuales van consolidándose como eje central de su personalidad. Los hitos centrales de esta etapa, son el desarrollo del autoconcepto y la autoestima del niño. (7)

#### Autoestima

Esta es la imagen y el valor que se da el niño a sí mismo. Es una dimensión afectiva y se construye a través de la comparación de la percepción de sí mismo y del yo ideal, juzgando en qué medida se es capaz de alcanzar los estándares y expectativas sociales. (8)

A los cuatro años, los niños pueden demostrar que poseen un sentido de su valor como personas, pero es en la niñez intermedia cuando los juicios sobre sí mismos se vuelven más reales, equilibrados y completos, y los expresan con más claridad. La autoestima es un componente importante del autoconcepto, que relaciona los aspectos cognitivos, emocional y social de la personalidad. (9)

La autoestima se basa en:

Significación, que es el grado en que el niño siente que es amado y aceptado por aquéllos que son importantes para él.

Competencia, que es la capacidad para desempeñar tareas que consideramos importantes.

Virtud, consecución de los niveles morales y éticos.

Poder, que es el grado en que el niño puede influir en su vida y en la de los demás.

La opinión que el niño escucha acerca de sí mismo, de los demás va a tener una enorme trascendencia en la construcción que él haga de su propia imagen. La autoestima tiene un enorme impacto en el desarrollo de la personalidad del niño. Una imagen positiva puede ser la clave del éxito y la felicidad durante la vida. Los niños con baja autoestima mantienen una imagen negativa mucho después de haber dejado atrás la niñez. (10)

## **AUTOCONCEPTO**

Es el concepto que tenemos de nosotros mismos, es decir la opinión personal de la forma en que sentimos, pensamos o nos vemos a nosotros mismos. En el autoconcepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre si y la variación de uno de ellos, afecta a los otros.

Son las imágenes que tienen los sujetos sobre si mismos, se componen de creencias que poseen sobre ellos, características físicas, psicológicas, sociales, emocionales, sus aspiraciones y realizaciones y se constituye a lo largo de la vida a partir de realidades y de actitudes educativas vivenciadas.(11)

Muchos autores y autoras coinciden en que las personas que presentan un autoconcepto positivo, tienen mayor capacidad para actuar en forma independiente, para tomar decisiones y asumir responsabilidades, para enfrentar retos y una mayor tolerancia a la frustración, que les permiten afrontar de mejor manera las contradicciones y los fracasos. Esto indica que el autoconcepto tiene

una gran influencia, tanto en el control emocional, como en la dirección de las conductas de la persona. (12)

El autoconcepto posee funciones básicas, el concepto de uno mismo cumple varias funciones en el psiquismo y comportamiento humano:

- (a) Mantiene la consistencia interna entre todas las actitudes que conforman el autoconcepto. Es un sistema unificado y consistente, que permite al individuo interactuar con el medio de forma equilibrada. Es un sistema significativo en cuanto que cada nueva experiencia se interpreta según ese sistema y se incorpora al mismo; cuando la experiencia es discrepante, el individuo elabora estrategias para cambiar la situación en sentido positivo.
- (b) Es fuente de indicadores que sirven de base para interpretar la experiencia. El autoconcepto es un filtro interno. Una misma experiencia recibirá diferentes interpretaciones según el concepto que de sí misma tenga la persona. El significado y el valor de la realidad dependen, en gran parte, de cómo la persona se ve a sí misma.
- (c) Facilita al individuo las satisfacciones de necesidades básicas como es el mantenimiento de la autoestima, que sobresale en importancia, en comparación con otras necesidades.
- (d) Cumple función mediadora entre el individuo y su entorno. Las informaciones que recibe de los demás se valoran en un sentido u otro según concuerden o no las que previamente el individuo tiene de sí mismo.
- (e) Determina las expectativas, condicionando la conducta. Cuando una persona se ve a sí misma negativamente, espera

resultados negativos y un trato poco favorable por parte de los demás. (13)

El autoconcepto posee un intenso componente evaluativo y por ende de enjuiciamiento. La autovaloración positiva congruente o realista conduce al optimismo a la gente. Presencia de capacidad creativa e iniciativa, es decir la conciencia de optar, de decidir y tomar decisiones, se suele interpretar como demostrativa de libertad, de autodeterminación, frente a determinismo exclusivamente externos en el ser humano. Así mismo la experiencia del sentido o dirección de que la vida y la acción del hombre tienen o puede llegar a tener algún sentido y finalmente la de unidad, continuidad y permanencia del sujeto como idéntico así mismo en distintas circunstancias de lugar, tiempo y a lo largo de la vida. (14)

### **Desarrollo del autoconcepto**

El autoconcepto o concepto de sí mismo se desarrolla continuamente desde la infancia. Se distinguen 3 etapas en el desarrollo del autoconcepto:

#### **Etapas del sí mismo primitivo**

Abarca desde el nacimiento hasta los 2 años. Desde el momento que nace, el niño se relaciona interactivamente con sus padres, especialmente con su madre. A partir de esas relaciones va desarrollándose el proceso de percibirse a sí mismo como una realidad diferente de los demás, haciéndose cada día un poco más autoconsciente. Alrededor de los doce meses llega al reconocimiento visual de sí mismo, frente a un espejo. Alrededor de los 18 meses comienza a referirse a sí mismo, pero en tercera persona.

### **Etapa del sí mismo exterior**

Desde los 2 años hasta los 12 años, aproximadamente. A esta edad ya puede dar información de sí mismo. Poco a poco va agregando elementos y precisión a su visión de sí mismo. Comienza a evaluarse en un sentido positivo y negativo. Esta etapa es crucial desde el punto de vista de la imagen personal, porque es la más abierta a la entrada de información. Las experiencias de éxito y fracaso y las interacciones con los adultos son decisivas. Al principio de esta etapa, el niño se define a sí mismo y se diferencia de los otros por sus rasgos físicos. Entre los 8 y 9 años comienza la definición personal, basándose en algunos rasgos psicológicos. A esta edad se hacen evidentes los sentimientos de estar avergonzado u orgulloso de sí mismo. El sentimiento de sí mismo que se adquiere en esta etapa resulta difícil de modificar posteriormente. Al final de la etapa hay un aumento de la autoconciencia: presentan un mayor reconocimiento de sí mismos y una mayor conciencia de cómo son percibidos por los otros.

### **Etapa del sí mismo interior**

Desde los 12 años en adelante. Busca describirse a sí mismo en términos de identidad y esta definición se va haciendo cada vez más diferenciada y menos global. Este proceso comienza alrededor de los 12 años y a través de él se intenta responder a la pregunta: ¿quién soy yo?

Los cambios cognitivos, a partir de los 15 años, especialmente en relación al pensamiento abstracto y crítico, afectan su autoconcepto.

Esta etapa es muy vulnerable en términos de autoestima, tanto por el propio cuestionamiento personal como por la influencia de la crítica externa. Una vez que comienza a diferenciar su yo como una realidad diferente de las otras personas empieza también a percibir los efectos que sus acciones despiertan en las personas que lo rodean y, los

demás comienzan a ser como espejos que lo reflejan y le dan información significativa acerca de sí mismo. (15)

### **Autoconcepto durante la etapa escolar**

El crecimiento cognitivo que tiene lugar durante la niñez intermedia permite a los niños a desarrollar conceptos más realistas y complejos de sí mismos y de su propio valor. También crece el entendimiento y control de sus emociones.

Lo que un niño sabe y piensa sobre sí mismo afectará sus interacciones con las demás personas y al influir en las clases de cosas que ensayará posteriormente. El concepto de sí mismo puede tener efectos generales en su desarrollo de las nuevas habilidades. El conocimiento de sí mismo se inicia en la infancia en la medida en que el niño se va dando cuenta de que es una persona diferente de los otros y con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y sus acciones. (16)

Durante los primeros años, el niño absorbe todos los juicios de los demás sobre las habilidades y el comportamiento lo que lo ayuda a formar su propia imagen. Pero tal vez sólo hasta los cinco o seis años empieza a verbalizar sus sentimientos sobre sí mismo. Sabemos que un niño de cinco años tiene una imagen de sí mismo como un adulto, es decir con juicios positivos y negativos pero como los niños de corta edad no expresan tan pronto sus propios conceptos es difícil decir qué tan temprano se forman esas impresiones en el niño. Al formar su propio concepto, el niño no sólo recibe influencia de las propias conclusiones sobre sus capacidades y habilidades sino también, y muchos de los juicios de los demás sobre él y de las acciones hacia él. El niño asimila todos los comentarios dichos sobre él. La acumulación de todos esos comentarios, junto con sus propias experiencias de

competencia y fracasos, empieza a formar el conocimiento y fe de sí mismo.

### **Factores que determinan el autoconcepto**

- **La actitud o motivación:** Es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativamente. Es la causa que impulsa a actuar.
- **El esquema corporal:** Supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos: esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.
- **Las aptitudes:** Son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.).
- **Valoración externa:** Es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros. Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, etc.

### **Dimensiones del autoconcepto**

Según Piers Harris la percepción que el niño tiene de si mismo/a (autoconcepto global) y cómo valora diferentes aspectos de su forma de ser su comportamiento según las siguientes dimensiones (17):

- **Autoconcepto conductual**

Percepción de portarse de forma apropiada indiferentes tipos de situaciones.

- **Autoconcepto físico**

Percepción de apariencia y competencia física. Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. Esta dimensión incluye dos aspectos complementarios. Uno referido a la práctica deportiva en la vertiente social, física y de habilidad. Otro relativo al aspecto físico. Un autoconcepto físico alto indica que la persona se percibe de modo agradable y que puede practicar algún deporte o juego con éxito. El autoconcepto alto correlaciona positivamente con percepción de salud y de bienestar, con autocontrol, con rendimiento deportivo, con motivación de logro, al igual que con integración académica y social. El autoconcepto bajo, por su parte, correlaciona negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad, y en menor cuantía, con problemas interpersonales.

(18)

- **Autoconcepto intelectual**

Percepción de competencia en situaciones escolares o en situaciones en las que se aprenden cosas nuevas.

- **Autoconcepto psicoemocional**

Percepción que el sujeto tiene sobre su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de estabilidad y de ausencia de problemas de tipo emocional. Esta dimensión correlaciona positivamente con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales; y negativamente, con la sintomatología depresiva, con la ansiedad, y con la deficiente integración escolar.

Un autoconcepto emocional alto supone que el sujeto, además de controlar las situaciones y emociones, responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede habitualmente cuando el autoconcepto emocional es bajo.(19)

- **Autoconcepto social o popularidad**

Percepción que el sujeto tiene de su competencia en las relaciones sociales. Esta dimensión está integrada por dos aspectos: uno referido a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla o ampliarla; otro, concerniente a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre). El autoconcepto social correlaciona positivamente con el ajuste y, el bienestar psicosocial, con el aprecio de profesores, superiores y compañeros. La correlación es negativa en el caso de las conductas disruptivas, la agresividad y la sintomatología depresiva. (20)

- **Felicidad-satisfacción**

Valora la autoestima, grado de satisfacción ante las características y circunstancias personales.

## **EL NIÑO CON SECUELAS DE QUEMADURAS**

Las quemaduras son lesiones de la piel, de sus anexos y hasta de los músculos y tendones del organismo, que ocasiona destrucción celular, edema (inflamación) y pérdida de líquidos por destrucción de los vasos sanguíneos (las quemaduras en la mayoría de las ocasiones producen una salida de líquido transparente parecido al agua). Pueden generar desde problemas médicos leves hasta los que ponen en riesgo

la vida, según la extensión y profundidad de la quemadura. Son producidas por agentes físicos y químicos. Pueden ser originadas por fuego, rayos del sol, sustancias químicas, líquidos u objetos calientes, vapor, electricidad y aún por otros factores. (21)

### **Clasificación de quemaduras**

La profundidad de la lesión cutánea se clasifica en:

Las quemadura de primer grado o superficiales; únicamente afecta a la epidermis (primera capa de la piel). Se caracteriza por hinchazón, eritema y dolor (parecido al de una quemadura ligera). Las lesiones tisulares son mínimas y no se forman ampollas. El dolor desaparece en 48-72 horas y no deja cicatrices residuales a menos que ocurra una infección.

Las quemadura de segundo grado son lesiones de toda la epidermis y de una parte variable de la capa dérmica la formación de vesículas es su principal característica. Pueden ser superficiales o profundas de acuerdo con la profundidad del compromiso dérmico.

- Las superficiales son sumamente dolorosas, debido a que dejan al descubierto numerosas terminaciones nerviosas viables. Se curan espontáneamente en 7-14 días a medida que el epitelio va regenerándose, con alguna cicatriz en ausencia de infección. La superficie quemada es uniformemente rosada, se blanquea con la presión, es dolorosa y extremadamente sensible. (22)
- Las profundas afectan a los dos tercios más profundos de la dermis. La superficie quemada tiene un aspecto pálido, se palpa indurada o pastosa y no se blanquea con la presión; algunas

áreas pueden estar insensibles o anestesiadas. Se forma una escara firme y gruesa y la cicatrización es lenta. Puede demorar más de 35 días en curar completamente. Estas quemaduras curan con cicatrización severa y pueden asociarse con pérdida permanente de pelo y glándulas sebáceas.

Las quemaduras de tercer grado implican destrucción completa de todo el espesor de la piel, incluyendo todos sus apéndices o anexos cutáneos, afectando la sensibilidad. Aparece una escara seca, blanquecina o negra que puede tener un techo como el del cuero seco o ser exudativo. También suelen afectar el tejido adiposo, nervios, músculos e incluso huesos. También, se acompañan de dolor intenso principalmente alrededor de la quemadura o ausencia de dolor si el daño a los nervios es considerable. Dejan siempre cicatriz en la zona y a veces requieren injertos cutáneos.

En las quemaduras profundas (segundo y tercer grado) como existe destrucción de la epidermis y de la dermis (primera y segunda capa de la piel), el proceso de cicatrización se inicia a partir de los bordes de la herida, que se tratarán de unir. El proceso es lento y se forma una cantidad excesiva de tejido lo que hace que éstas se conviertan en cicatrices deformantes. (23)

### **Tratamiento**

El tratamiento de las quemaduras conlleva una serie de actividades diversas: prevención, cuidados inmediatos y reanimación, tratamiento de la herida, alivio del dolor, reparación, rehabilitación y adaptación psicosocial. El debridamiento quirúrgico, el cierre de las heridas y los esfuerzos de rehabilitación deben emprenderse simultáneamente para obtener una rehabilitación óptima. Para lograr la

máxima supervivencia debe practicarse extirpación quirúrgica radical de los tejidos desvitalizados, el control de la infección, un empleo prudente de antibióticos, además de una nutrición precoz, y el uso juicioso de intubación y ventilación mecánica. (24)

La prevención tiene como objetivo conseguir una disminución progresiva del número de quemaduras graves. Aplicando los primeros auxilios y una selección prioritaria eficaz se puede disminuir tanto la extensión (superficie) como la gravedad (profundidad) de las quemaduras.

Los cuidados inmediatos y reanimación deben de tratarse con carácter de urgencia y hospitalización del paciente en casos como: quemaduras que afectan a más del 10-15% de la superficie corporal; quemaduras asociadas a la inhalación de humo; quemaduras debido a lesiones eléctricas de alta tensión y quemaduras asociadas a sospecha de malos tratos. Las quemaduras pequeñas de primer y segundo grado de las manos, pies, cara, periné y superficies articulares también requieren la hospitalización. Parte de los cuidados inmediatos es prestar los primeros auxilios como apagar el fuego, cubrir al niño afectado, inspeccionar y permeabilizar las vías aéreas, retiro de prendas. Seguido de brindar los cuidados de urgencia que son las medidas de soporte vital como revisar estado cardiovascular y pulmonar documentando lesiones preexistentes o fisiológicas, mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, administrar líquidos de reanimación por vía endovenosa en niños con quemaduras superiores al 15% de la superficie corporal para mantener la perfusión, evaluación de lesiones asociadas y cubrir las lesiones con toallas estériles.

El tratamiento de la herida se realiza de manera ambulatoria en el caso de quemaduras leves o mediante la hospitalización en caso de

quemaduras graves, brindando reanimación con líquidos, profilaxis de las infecciones, soporte nutricional, tratamiento propio de la herida.

Para el alivio del dolor y adaptación psicológica es importante proporcionar analgesia, ansiólisis y apoyo psicológico adecuados para disminuir precozmente el estrés postraumático y permitir la estabilización y rehabilitación futura. Los padres y familiares también necesitan el apoyo del equipo para superar el proceso de duelo y aceptar el cambio de aspecto de la víctima a largo plazo. Los niños que sufren una quemadura experimentan cambios importantes y frecuentes en la intensidad del dolor. La percepción del dolor depende de la profundidad de la quemadura, la fase de curación de la herida, la edad, el estadio de desarrollo emocional y la cognición, los conocimientos, experiencias y eficiencia del equipo terapéutico, los analgésicos y otros fármacos utilizados, el umbral para el dolor y factores de relación personal y de tipo cultural. Es de primordial importancia aliviar el dolor cada vez que se realiza una cura o un cambio de apósitos desde el comienzo del tratamiento. La presencia de una persona que apoye al paciente de un modo constante y que “conozca” el perfil personal de la víctima puede ayudar a que ésta se integre y participe con buen ánimo en la curación de la lesión. Otras formas más de aliviar el dolor y la ansiedad, como las técnicas de relajación corporal, pueden disminuir también la respuesta fisiológica al estrés.

En relación a la reparación y rehabilitación se precisa que para obtener unos resultados estéticos y funcionales máximos, la fisioterapia debe comenzar el mismo día del ingreso y continuar durante la totalidad del mismo y, en algunos pacientes, incluso después del alta. La rehabilitación física comprende la adopción de las posturas convenientes, la inmovilización y la práctica de ejercicios (movimientos

activos y pasivos), asistencia para realizar las actividades de cada día y una deambulaci3n progresiva. Actividades que sirven para mantener una actividad muscular y articular suficientes y para obtener la m3xima amplitud posible de movimientos una vez lograda la curaci3n o la reparaci3n. La reanudaci3n de los contactos sociales es tan decisiva para la supervivencia como lo fueron la reanimaci3n y la curaci3n de la herida. Es preferible que el ni1o regrese inmediatamente despu3s del alta. En algunos casos es posible que el ni1o tenga que asistir media jornada durante unos d3as (debido a la rehabilitaci3n). Sin embargo, es importante que el ni1o retome su rutina normal de asistencia al colegio y de convivencia con sus compa1eros. Las quemaduras y cicatrices provocan miedo en quienes no est3n familiarizados con este tipo de lesiones, y pueden tener como consecuencia una tendencia a alejarse o a rechazar al ni1o quemado. Es por eso la importancia de planificar un programa de incorporaci3n al colegio con todo el equipo profesional implicado en la rehabilitaci3n del ni1o. Este programa debe de ser adecuado a las necesidades cambiantes del desarrollo y educativas del ni1o.

El paciente quemado pasa por fases posteriores al trauma los cuales tienen mayor repercusi3n psicoemocional; las fases:

Fase Media despu3s de las 24 horas de hospitalizaci3n, el shock empieza a ceder y el paciente responde a sus lesiones. En pacientes se puede evidenciar una gama de alteraciones psicoemocionales que responden a la personalidad del individuo, as3 tambi3n la intensidad y gravedad de las lesiones; los pacientes en su mayor3a presentan hostilidad, neurosis postraum3tica, rechazo, insomnio, anorexia, entre otros. El paciente necesita desde el principio apoyo emocional, para ello, la rehabilitaci3n debe estar dirigida a cubrir esta necesidad

brindándole cariño, comprensión, desahogo de sus experiencias traumáticas, escucharlo y enseñarle técnicas terapéuticas que le permitan verbalizar sus sentimientos brindándole educación.

Fase Tardía en la que se prepara al paciente para ir a casa, causando ansiedad en el paciente pues existirán inquietudes en relación a la reacción familiar, los amigos, la sociedad frente a la desfiguración del paciente. En esta fase se requiere restaurar su autoestima para que tenga confianza y seguridad en si mismo y pueda desenvolverse e reinsertarse adecuadamente a la sociedad.

## **REACCIONES PSICOLÓGICAS DEL NIÑO CON QUEMADURAS**

La enfermedad y/o accidentes que comprometan la salud del niño es sin duda el estrés más general y frecuente que afecta al niño en desarrollo.

Cada niño muestra una reacción particular al enfermarse. Algunas respuestas son generales y otras son propias de cada padecimiento. Las primeras dependen de diversos factores: 1) las etapas del desarrollo el nivel emocional y cognoscitivo del niño, así como su capacidad previa de adaptación, 2) el grado de dolor o mutilación y el significado que la enfermedad tiene para el niño y sus padres, 3) la relación entre el niño y su progenitor y la respuesta de aquel a la reacción de sus padres, 4) la reacción del niño ante los métodos médicos y quirúrgicos, ante la separación y hospitalización, 5) el deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales. La reacción específica depende, en parte, de la índole y gravedad de la enfermedad.

(25)

A causa de su lucha por la independencia y la productividad, los niños de edad escolar son particularmente vulnerables a los acontecimientos que reducen su sensación de control de poder. En particular, produce pérdida de control, los papeles familiares alterados, la incapacidad física, el miedo a la muerte, el abandono o las lesiones permanentes, la pérdida de aceptación por los compañeros, falta de productividad y la incapacidad de aguantar el estrés de acuerdo con la expectativa cultural percibida. En los niños de etapa escolar muchas de las actividades hospitalarias pueden convertirse en una amenaza directa a su seguridad y no dejan libertad de elección a los niños que desean “actuar como adultos”, aumentando la pérdida de control pues no son productivos soliendo sentirse inútiles. Además del medio hospitalario la misma enfermedad puede causar depresión, hostilidad y frustración debido a las limitaciones físicas o forzadas reduciendo sus facultades de cuidar de ellos mismos o de realizar sus actividades favoritas. (26)

Los niños en etapa escolar afloran los temores relativos a la naturaleza física de la enfermedad. Se preocupan menos por la enfermedad que por la incapacidad, el restablecimiento incierto y la posible muerte. Dadas sus facultades cognitivas en desarrollo, los niños conocen el significado de diferentes enfermedades, la indispensabilidad de ciertas partes del cuerpo, los potenciales riesgos de los tratamientos, las consecuencias para siempre de la lesión o pérdida de función permanentes y el sentido de la muerte. Un tema que preocupa mucho a los escolares hospitalizados es no volver a estar buenos. Por lo general, demuestran un interés muy activo por su salud o su enfermedad. Piden información real y perciben enseguida mentiras y las medias verdaderas. La búsqueda de información con frecuencia es una manera de adquirir y de mantener un cierto sentido de control, a pesar del estrés y de la incertidumbre de la enfermedad. (27)

Los niños que sufren quemaduras suelen tener fuertes reacciones de carácter emocional. “Una quemadura extensa es un accidente que produce 30 segundos de terror a menudo seguido por largos años de sufrimiento” (Jackson, 1968). El dolor, el terror y la mutilación corporal son sin duda, causas primarias de perturbación psíquica en el niño quemado y en el que sufre otro tipo de traumatismos.

En un niño quemado las otras causas de alteración psíquica aparte de las quemaduras son: 1) sentimiento de culpabilidad por desobediencia; 2) crisis en el periodo de cuidados intensivos; 3) la hospitalización y separación de los padres; 4) la inmovilización, exposición e intervenciones quirúrgicas inmediatas y las aplicaciones en un lapso prolongado; 5) las alteraciones metabólicas provocadas por las quemaduras; 6) las reacciones de los padres. (28)

Los niños con quemaduras masivas necesitan apoyo psicológico y social apropiado e instituido precozmente además de reanimación. El aspecto que presentan los niños que han sufrido quemaduras es distinto al de sus compañeros, y es preciso recurrir a medidas de apoyo para que reanude su asistencia al colegio, sus actividades sociales y su participación en los deportes. (29)

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO QUEMADO:**

Un componente fundamental del tratamiento de las quemaduras es el apoyo al niño y a su familia. Sin embargo, uno de los aspectos más difíciles de este proceso, sobre todo en los niños, es el impacto que produce la quemadura. Durante la fase aguda de la asistencia se debe tomar en cuenta las necesidades emocionales del niño. Estos están asustados, incómodos y a menudo confusos. Se encuentran separados

de las personas y ambientes que les son familiares y las abrumadoras necesidades físicas de ese momento se convierten muchas veces en el foco principal de atención del personal sanitario y de los padres.

Forma parte de los cuidados de enfermería tranquilizar a los niños y hacerles ver que están bien y que mejorarán, estimular al niño para que participe en la mayor cantidad de actividades que le sea posible.

En caso de enfermedad, los niños siempre regresan al nivel de desarrollo que les permite afrontar el estrés. Si su condición se lo permite, es de esperar que hagan las cosas que eran capaces de hacer antes de sufrir la quemadura, por ejemplo, la higiene oral, lavarse la cara, comer solos o jugar. El permitir a los niños que hagan elecciones y el ayudarles a tomar decisiones sobre el momento de la atención les hace sentir que forman parte del equipo y les proporciona una sensación de control. Es probable que necesiten ayuda, pero si se ven a si mismos como participantes en su cuidado, aumentará su confianza y autoestima.

El sufrimiento mental y las secuelas psicológicas de las quemaduras graves son tan intensos como los físicos. Todo niño quemado pasa por una tremenda cantidad de dolor, a menudo continuo durante períodos variables, y suele permanecer separado de su familia durante largos intervalos. Además, es preso de continuas intervenciones diagnósticas y terapéuticas dolorosas que le infligen los demás. Se preguntan por qué les sucede esto a ellos, que han hecho para ser merecedores de este castigo, por ello es importante garantizar una intervención adecuada que contribuya a disminuir todos aquellos sentimientos.

El impacto de estas graves lesiones exige su máxima capacidad a los niños de todas las edades. En el niño escolar es difícil de aceptar ser distintos a los demás en un momento en que ser igual a los compañeros es tan importante. Estos niños necesitan unos adultos comprensivos que les ayuden a enfrentarse a la lucha que supone la tristeza y otros sentimientos generados por la catástrofe que han sufrido.

Los miembros de la familia sufren, al igual que el niño, el impacto de las graves lesiones causadas por las quemaduras. Se preocupan por la supervivencia, la recuperación y el aspecto futuro del niño. El personal de enfermería debe encontrarse en la capacidad para ayudar a los padres a afrontar el estrés que supone la quemadura del niño y sus sentimientos de culpa e impotencia. Debe informar a los padres acerca de los progresos del niño y ayudarles en sus esfuerzos por afrontar sus sentimientos, en tanto que ayudan a su hijo.

El personal de enfermería forma parte del equipo multidisciplinario que debe planificar el alta del niño. Se valora la disposición de la familia para asumir responsabilidades y su capacidad para administrar con eficacia la asistencia domiciliaria. Se debe explorar el ambiente domiciliario, escolar, entre otros, y ejecutar un plan de atención para el niño, desarrollándose al mismo tiempo un programa anticipado de seguimiento. Como la familia desempeña un papel vital en la reintroducción satisfactoria del niño quemado en el sistema social y educativo, es esencial que el personal de enfermería desarrolle una instrucción sanitaria. Es recomendable que los padres practiquen al menos un cambio de apósitos antes del alta, de forma que el personal de enfermería pueda determinar su grado de conocimiento y habilidad para realizar dicha tarea. Los padres deben también explicar los signos

y síntomas de una infección. Se deben tomar las disposiciones oportunas con la familia sobre la medicación al alta y los suministros para los cambios de apósitos a fin de asegurar la continuidad del tratamiento. (30).

Se ratifica la necesidad que el niño que a sufrido quemaduras reciba una atención integral de enfermería donde sus dimensiones humanas en lo físico, emocional, psicológico, social y espiritual sean atendidos. Tan igual de importante es la consideración de la familia en el cuidado.

## **7. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS:**

**Autoconcepto:** Concepto de si mismo que tiene el niño quemado, de forma general y según las dimensiones de autoconcepto físico, autoconcepto psicoemocional y autoconcepto social, obtenido a través de la aplicación del Test de Autoconcepto de Piers Harris modificado, mediante una entrevista y expresado en autoconcepto alta, medio y bajo.

**Escolar con quemaduras:** Niños y niñas entre 6-12 años de edad que tienen quemaduras de II y III grado y que se atienden en el Servicio de Quemados del ISN.

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO:**

El tipo de investigación es cuantitativo considerando que las variables son susceptibles de cuantificación. De nivel aplicativo porque los resultados logrados direccionarán a mejorar el área psicoemocional del escolar con quemaduras. El método utilizado es el descriptivo ya que permite mostrar la información tal y como se obtenga de la realidad y de corte transversal considerando que la recolección de datos se realizó en un momento dado, haciendo un corte en el tiempo, todo ello acerca del autoconcepto del escolar con quemaduras.

#### **2. ÁREA DE ESTUDIO:**

El presente trabajo se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Salud del Niño, ubicado en el distrito de Breña en la Avenida Brasil N° 600. En el servicio de quemados se hospitalizan aproximadamente 10 niños entre 6-12 años por mes con quemaduras de II y III grado.

El equipo multidisciplinario que labora en dicha unidad está conformado por médicos, enfermeras, asistente social, terapistas, psicólogos, docentes, nutricionistas, personal técnico, entre otros.

Los cuidados que reciben los niños durante los turnos de atención consideran brindarles comodidad y confort, además la satisfacción de sus necesidades de alimentación, prepararlos para la curación de sus

heridas y participar en los procedimientos; la administración de medicamentos según el horario correspondiente. Los niños que no están programados para curaciones o cirugías realizan actividades lúdicas, educativas así también rehabilitación física. Reciben visita de sus familiares.

### **3. POBLACIÓN Y/O MUESTRA:**

#### **Población**

La población estuvo conformada por todos los escolares con diagnóstico de quemaduras de 2do y 3er grado, que han sido atendidos en un periodo de un año del 2006 cuyos registros indican que han sido 73 pacientes.

#### **Muestra**

EL muestreo fue no probabilístico intencional. La muestra la conformaron todos los escolares que se encontraban hospitalizados en un periodo de dos meses, que fueron 17; siendo en su mayoría de escasos recursos económicos y muchos de ellos proceden de provincia, reuniendo los siguientes criterios:

#### **Criterio de inclusión**

- Que deseen participar
- Ambos sexos
- Niños entre 6-12 años
- Tiempo de quemadura mínimo 1 semana.

#### **Criterio de exclusión**

- Que no deseen participar
- Con secuelas de otras enfermedades

- Niños con tiempo de quemadura menor de 1 semana.

#### **4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La recolección de los datos se realizó a través de una entrevista estructurada, se optó por usar esta técnica pues nos permite recolectar los datos según nuestras dimensiones previamente, usando como instrumento un cuestionario de escala de autoconcepto de Piers Harris que se modificó con fines de cumplir los objetivos planteados, permitiendo recolectar los datos según los indicadores y en las dimensiones planteadas, las modificaciones hechas fueron en los datos generales a los cuales se agregó, área del cuerpo afectada, tipo, grado y localización de la quemadura, tiempo de ocurrida la quemadura y procedimientos traumáticos así también algunas preguntas las cuales se tuvieron que modificar en tiempo futuro.

El instrumento consta de 34 Ítems correspondientes a tres dimensiones del autoconcepto, consta de las siguientes partes: Introducción, datos generales del paciente: edad, sexo, fecha, área del cuerpo afectada, tipo, grado y localización de la quemadura, tiempo de ocurrida la quemadura y procedimientos traumáticos, el contenido propiamente dicho sobre los siguientes niveles de evaluación del autoconcepto (Ver anexo B):

- **Autoconcepto físico:** Percepción del escolar de su apariencia y competencia física.
- **Autoconcepto psicoemocional:** Percepción del escolar sobre la ausencia de ansiedad y sentimientos de felicidad y

satisfacción del escolar ante las características y circunstancias personales.

- **Autoconcepto social:** Percepción de éxito y aceptación del escolar en las relaciones con los otros.

El cuestionario consta de respuestas dicotómicas afirmativas y negativas lo cual para la puntuación se hizo uso de una plantilla de corrección dando el valor de 1 por respuesta que coincidía con dicha plantilla e implica que la quemadura no afectó el autoconcepto del niño y 0 para la respuesta que no coincidan. (Ver anexo C).

Los ítems han sido diseñados de acuerdo a las características de de cada una de las dimensiones para la evaluación del autoconcepto, adaptando los ítems de acuerdo a los intereses de la investigación. El valor final adoptara la siguiente clasificación:

**Autoconcepto alto:** Califica a los niños que no obstante la alteración física y el traumatismo poseen un alto concepto de si mismo.

**Autoconcepto medio:** Señala a los niños que se encuentran en un transito de aceptación de su nueva realidad, poseen momentos de depresión y rechazo.

**Autoconcepto bajo:** Señala a los niños que poseen un concepto de si mismo disminuido lo que los conduce a un comportamiento de características depresivas y de rechazo a su aspecto físico, entorno familiar y/o social.

## **5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:**

El instrumento de recolección fue validado por juicio de expertos consultando a 7 entre ellas 2 enfermeras, 2 enfermeras metodólogas, de investigación, 1 médico especialista y 2 psicólogos, para la validez del contenido de las variables de estudio y en base a sus sugerencias el instrumento preliminar fue mejorado (Ver anexos D).

Se realizó también la prueba piloto en el Instituto Nacional del Niño en 13 niños que poseían características similares a la población de estudio. Para la validez estadística se aplicó la fórmula de ítem tes coeficiente de correlación de R de Pearson (Anexo F). Para la confiabilidad se aplicó la prueba del alfa de Crombach. Obteniéndose un 0,91 de confiabilidad (Anexo G)

## **6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para llevar a cabo el presente estudio se realizaron los trámites administrativos que constituían en la aprobación del proyecto por la E.A.P. de Enfermería, autorización del establecimiento de salud. Una vez obtenida la autorización se coordinó con el Servicio de Quemados para iniciar la recolección de datos. La entrevista se realizó previo consentimiento informado. La recolección de datos se hizo en dos meses, en las mañanas, una vez cada 15 días.

## **7. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:**

Luego de concluida la recolección de datos, estos fueron procesados en forma manual previa elaboración de la tabla de códigos asignando la puntuación correspondiente según la plantilla de corrección, así como la tabla matriz a fin de que luego sean presentados en gráficos y/o en cuadros estadísticos para el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Para la determinación de los rangos de la variable se utilizó la Escala de Stanones considerando: (Anexo H)

- Autoconcepto Global:
  - Autoconcepto alto : De 25 a 34 puntos
  - Autoconcepto medio: De 17 a 24 puntos
  - Autoconcepto bajo: De 0 a 16 puntos
- Autoconcepto físico:
  - Autoconcepto alto : De 5 a 7 puntos
  - Autoconcepto medio: De 3 a 4 puntos
  - Autoconcepto bajo: De 0 a 2 puntos
- Autoconcepto psicoemocional:
  - Autoconcepto alto : De 13 a 16 puntos
  - Autoconcepto medio: De 8 a 12 puntos
  - Autoconcepto bajo: De 0 a 7 puntos
- Autoconcepto social:
  - Autoconcepto alto : De 10 a 11 puntos
  - Autoconcepto medio: De 7 a 9 puntos
  - Autoconcepto bajo: De 0 a 6 puntos

## **8. CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Antes de iniciar la recolección de datos se solicitó a los padres de los niños su consentimiento informado solicitando la participación voluntaria de sus hijos previa información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, así como a los niños escolares solicitando su participación (Ver anexos E). Durante la recolección de datos se respetaron los derechos del paciente así también se mantuvo en reserva el nombre de los mismos.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de ser sometidos al análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico lo que responde a los objetivos planteados.

En cuanto a las características de los sujetos de estudio tenemos que de un total de 17 (100 %) escolares, 10 (58,82%) se encuentran dentro de las edades de 6 - 9 años y 7 (41,18%) entre 10 - 12 años (Anexo J).

En relación al sexo 9(52,94%) son de sexo femenino y 8(47,06%) son de sexo masculino (Anexo K).

En cuanto al área del cuerpo afectada, 13 (76,47%) presentan de 1-25% de área del cuerpo afectada por la quemadura, 3 (17,65%) de 26-50% de áreas del cuerpo afectada, 1 (5,88%) mas del 50% del cuerpo afectado (Anexo L).

En relación al tipo de quemadura 9 (52,9%) tiene quemadura incapacitante y 8 (47,1%) no incapacitante (Anexo M).

El grado de la quemadura tuvo una distribución de 8(47,06%) quemaduras de II grado, 7(41,18%) de III grado y 2(11,76%) de II y III grado (Anexo N).

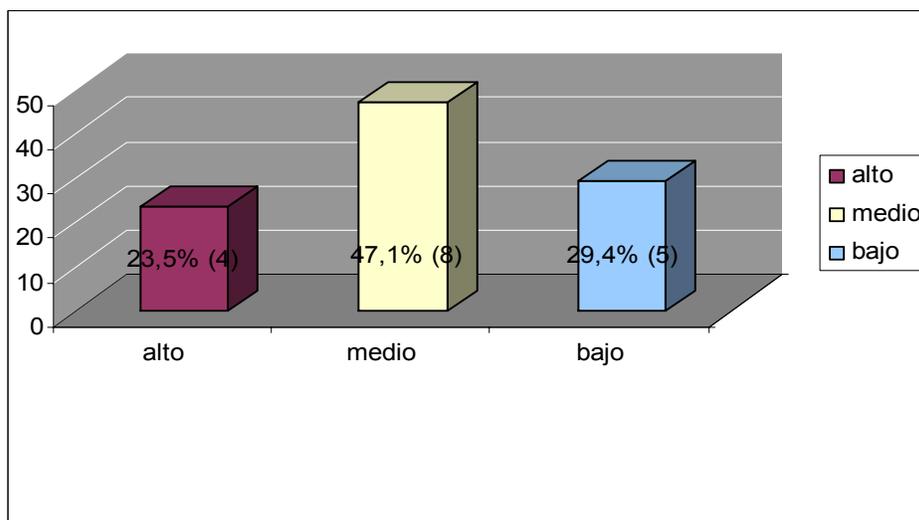
En cuanto a las zonas del cuerpo afectado 11 (64,7%) tienen las quemaduras en zonas expuestas y no expuestas de su cuerpo a la vez, mientras 3(17,65%) sólo en zonas expuestas de igual manera 3 (17,65%) solo en zonas no expuestas (Anexo Ñ).

En cuanto al tiempo de ocurrida la quemadura 11(64,71%) tienen un tiempo menor de 1 mes de transcurrida la quemadura y 6 (35,29%) entre 1 a 6 meses (Anexo O). 17(100%) fueron sometidos a cirugías y curaciones dolorosas (Anexo P).

La etapa escolar es una etapa de muchos cambios en el niño debido en parte a la influencia que produce el ingreso al colegio, en el desarrollo y la relación con los demás. Durante los 6 a 9 años la accidentabilidad en los niños es mayor que los posteriores ya que debido a su conducta aventurera, a los retos por el juego y el aprendizaje de hacer muchas cosas, los escolares están en mucho riesgo de tener accidentes que pueden causarle graves lesiones. Entre los accidentes más comunes en un niño de etapa escolar están las quemaduras, que en su gran mayoría ocurren por el descuido de los padres, por su falta de conciencia y conocimiento sobre su peligrosidad y secuelas permanentes tantas físicas (discapacidades y deformidades), psicológicas y sociales de considerable importancia provocando un gran impacto en su desarrollo. Si estas quemaduras comprometen parte del cuerpo que serán expuestas además de una discapacidad y deformidad tendrá un impacto psicológico mayor debido a la capacidad de percepción y a la preocupación que ellos muestran por la incapacidad que esta les puede producir, a esto se suma que cuanto mas extensa sea la quemadura el tiempo de hospitalización (separación de sus padres) así como las curaciones y cirugías serán mayores hechos que generan un trauma en el niño.

De lo expuesto se sostiene que la mayoría de los escolares que se encuentran hospitalizados en el servicio de quemados del ISN, tienen edades entre 6-9 años siendo la distribución por sexo similares alcanzando casi el 50%; con un área del cuerpo afectada del 1-25% siendo en su mayoría quemaduras incapacitantes de II grado, en zonas expuestas y no expuestas que no les permitirá realizar sus actividades de manera normal, los cuales son sometidos a cirugías y curaciones dolorosas.

**GRAFICO 1**  
**Nivel de Autoconcepto Global del Escolar con**  
**Quemaduras en el Servicio de Quemados**  
**Instituto Nacional de Salud del Niño**  
**Agosto 2007- Febrero 2008**  
**LIMA-PERÚ**



FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

En cuanto al nivel de autoconcepto global del escolar con quemaduras, se puede apreciar que del total 17 (100%) de niños entrevistados, 8 (47,1%) presentan un nivel de autoconcepto global medio, seguido de este el autoconcepto global bajo con una diferencia del 17,7% entre ambos y con una diferencia mayor del 23,6% autoconcepto global alto. Se puede observar un autoconcepto global medio con tendencia al bajo evidenciándose el autoconcepto mas bajo en las puntuaciones correspondientes a las áreas físicas (ítem 31) y psicoemocionales (ítems 30 y 4) a estos niveles podemos observar, el grado del repercusión en el autoconcepto que ejerce la quemadura en el niño escolar. (Ver anexo B)

Observamos en primer lugar, en el ítem 31, la puntuación de 1 correspondiente al rubro “me preocupa mucho lo que digan de mi cuerpo”, lo que quiere decir que de todos los niños entrevistados sólo 1 no considera esencial lo que digan de sí para poder desenvolverse adecuadamente o ser aceptado por los demás. Seguidamente podemos apreciar, en el ítem 30, el puntaje de 2 que alude al rubro “siento miedo de lo que me pase”. En este ítem se hizo énfasis en los miedos y temores que el niño quemado experimenta con relación a su aspecto y las repercusiones que ello generaría en relación a su entorno social y a él mismo. Los miedos y temores también se ven alimentados por el dolor físico que representa el proceso de curación y rehabilitación además del trauma que ya se generó por la experiencia vivida con la quemadura misma. “Estoy triste muchas veces” es el siguiente rubro que pasamos a analizar correspondiente al ítem 4. La puntuación obtenida aquí fue de 3. Esto indica síntomas asociados a una posible depresión que aluden evidentemente al estado anímico del niño quemado. Los sentimientos de soledad y culpa se asocian mucho a esta condición, por ello vemos en el comportamiento del niño, niños

cabizbajos, llorosos, pensativos, aislados, entre otras manifestaciones, que nos llevan a ver el impacto que tiene la quemadura en el desarrollo psíquico del niño escolar.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa un autoconcepto global medio, con tendencia a una inclinación al autoconcepto global bajo en estos niños; comparando nuestros resultados con el antecedente presentado “Autoconcepto y dimensiones de personalidad en niños desplazados residentes en la Comunidad de Santa Cruz”.(31) se evidencia que es probable que los niños de este grupo presenten un autoconcepto bajo debido a la vivencia subversiva que constituye un trauma que tiene mayor repercusión en la actividad psíquica de los niños evaluados, los que están condicionados probablemente a la forma en como se vive este tipo de experiencia (intensidad, situación, tiempo y otros factores que condicionan el resultado del trauma). En comparación con nuestros resultados es claro afirmar que existe cierta similitud con los resultados expuestos ya que ambas son experiencias traumáticas que afectarán de tal manera la esfera psicoemocional del infante generando exclusión, de sus formas de actuar con respecto a su entorno y esto mismo parece generar un trauma profundo en la personalidad del niño.

En la etapa escolar el niño va a desarrollar conceptos complejos y reales sobre si y su propio valor, además empieza a verbalizar estos sentimientos sobre su persona, de la que depende en gran parte la estabilidad de su personalidad. Todos los hechos significativos en la edad escolar, marcan principalmente la capacidad de socializar con sus semejantes apreciándose la influencia de su medio social (juicios, comentarios y acciones de los demás hacia él) que en conjunto

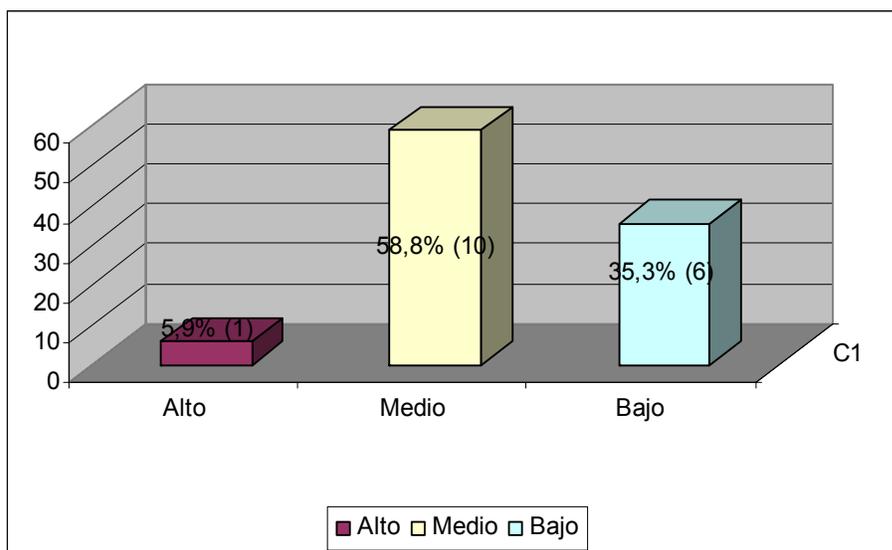
empieza a formar el conocimiento y la fe de si mismo, teniendo trascendencia en la construcción de su propia imagen.

Lo anteriormente mencionado repercute en la definición personal que se desarrolla entre los 8 y 9 años de edad basándose en algunos rasgos psicológicos. El sentimiento de si mismo que se adquiere en estas edades resulta difícil de modificar posteriormente. A esta edad las relaciones interpersonales tienen mayor énfasis pues comienza a tener una centralidad cada vez mayor ya que en la interacción con los demás descubre sus aptitudes y con ello él mide sus cualidades y su valor como persona. Si un niño en edad escolar se accidentó como es el caso de la quemadura y modificó su físico, el concepto que tendrá sobre su persona se verá alterado negativamente sintiéndose menos valioso que antes y ante los demás ya que en esta etapa de la vida el niño ya concibe la importancia que tiene su cuerpo para la integración a la sociedad pudiendo tener un autoconcepto negativo hacia su persona.

Es necesario acotar que el desarrollo físico, emocional y social en las etapas del ser humano tienen interdependencia, alteraciones en el aspecto físico ( como es el caso de un niño quemado ) repercuten en los aspectos emocionales y afectivos no sólo por el hecho de sentirse o verse diferente a los demás sino por que el entorno social de los niños, constituido por otros niños de edades similares, es un entorno en el cual los juicios sobre uno u otro niño se expresan de manera directa sin tomar en cuenta la posición de los semejantes. Por ello los niños quemados están sujetos a críticas (inclusive autocríticas) que giran alrededor de su estado físico, críticas que a la larga lastiman significativamente la autoestima, su normal desenvolvimiento y por ende el desarrollo normal de su autoconcepto.

De los resultados obtenidos se observó que el 41,1% presenta un autoconcepto medio con tendencia a bajo lo que permite afirmar que la quemadura ha afectado su autoconcepto de manera negativa en los aspectos físicos y psicoemocionales, al parecer, con más trascendencia que en el aspecto social, es probable que se deba a la forma como ellos perciben su cuerpo y como sus emociones giran en torno a lo que piensan de ellos mismos. Esto no implica que el aspecto social se deje de lado pues es necesario señalar que todos los aspectos referidos se interrelacionan y cobran importancia en la formación del autoconcepto.

**GRAFICO 2**  
**Nivel de Autoconcepto Físico del Escolar con**  
**Quemaduras en el Servicio de Quemados del**  
**Instituto Nacional de Salud del Niño**  
**Agosto 2007- Febrero 2008**  
**LIMA-PERÚ**



FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

En cuanto al nivel de autoconcepto físico del escolar con quemaduras se puede apreciar que del total 17 (100%) de niños entrevistados, 10 (58,8%) presentan un nivel de autoconcepto físico medio, seguido de éste el autoconcepto físico bajo con una diferencia del 23,5% entre ambos y con una diferencia mayor del 50% con el autoconcepto físico alto. Se puede observar un autoconcepto físico medio con tendencia al bajo evidenciándose las puntuaciones mas bajas en los ítems 31 y 16 (Ver anexo B). El ítem 31 que hace referencia a la preocupación acerca del aspecto físico que el niño tiene de si mismo y ya ha sido analizado en el grafico anterior. (Ver grafico 1). En relación al ítem 16 “Me gustaría que mi cuerpo sea distinto” teniendo una puntuación de 4, muestra que 4 niños no quisieran cambiar su aspecto físico, en relación de 13 que sí quisieran hacerlo (la puntuación se va dando de acuerdo cómo consideran su autoconcepto físico). Esto refleja en cierta manera que son pocos los niños que después de la quemadura aceptan su estado actual y asumen una posición positiva en relación al accidente y la nueva condición en la que se encuentran. Por el contrario, los niños con autoconcepto bajo asumirán su cuerpo de una forma displicente, no aceptando su condición como un acontecimiento más de sus vidas que puede ser superado, sino como una obstáculo que imposibilita su libre relación con las personas de su entorno. El reflejo de esto se expresará en su desenvolvimiento conductual al momento de relacionarse (o de intentar hacerlo) con personas de su medio.

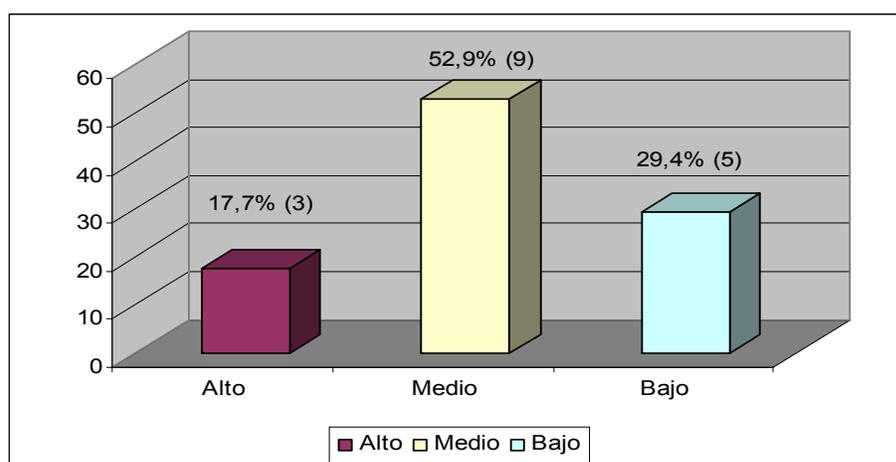
El niño en etapa escolar es sumergido a un mar de formas físicas muy diferentes a las cuales está acostumbrado a ver, ya que se encuentra frente a caras nuevas, tamaños, colores diferentes de ojos, cabello y piel, creando un autoconcepto nuevo al que ya tenía en casa. De este modo se afirma que el contacto social tiene un papel muy

determinante en la formación del autoconcepto, pero no podemos dejar de lado el factor físico, que está muy ligado al anterior; pues al estar en contacto con otros niños y al interactuar con ellos en una serie indeterminada de actividades, alimentará su autoconcepto físico al compararse con las características físicas de los otros niños, evidenciándose así sus virtudes y defectos relacionados a sus capacidades motoras creando progresivamente una imagen de cómo es y de cómo los demás niños empiezan a verlo.

Si un niño sufre lesiones tanto leves como graves y estas originan un cambio en su aspecto físico, o conllevan a una secuela como es en el caso de una quemadura, el niño afrontará un desfase de identidad, al tener que contrarrestar un autoconcepto ya definido hasta momentos antes del accidente y el nuevo autoconcepto que tiene que asimilar, ocasionando en él un cambio radical en su forma de interactuar con los demás y consigo mismo, ya que tiene que pasar por un proceso muy importante, que es el de adaptarse y aceptarse tal y como es, fortaleciendo la autoestima que hasta ese momento la tiene debilitada; este proceso es muy importante porque para poder ser aceptado por los demás, debe aceptarse propiamente; así de este modo construirá un nuevo autoconcepto el cual quizás presente limitaciones para poder realizar acciones que en un pasado las podía realizar sin ayuda.

De lo expuesto, se afirma que el autoconcepto físico del escolar después de la quemadura se encuentra afectado pues presenta un nivel medio de autoconcepto físico, lo que limita de tal forma su aceptación y desenvolvimiento óptimo en sus actividades y logros personales lo cual generará frustración si es que no logra aceptar su nuevo aspecto físico.

**GRAFICO 3**  
**Nivel de Autoconcepto Emocional del Escolar con**  
**Quemaduras en el Servicio de Quemados del**  
**Instituto Nacional de Salud del Niño**  
**Agosto 2007- Febrero 2008**  
**LIMA-PERÚ**



FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

En cuanto al nivel de autoconcepto emocional del escolar con quemaduras, se puede apreciar que del total 17 (100%) de niños entrevistados, presentan un nivel de autoconcepto emocional medio, seguido del autoconcepto emocional bajo con una diferencia del 23,5% entre ambos y con una diferencia mayor del 35% al autoconcepto psicoemocional alto. Se puede observar un autoconcepto psicoemocional medio con tendencia al bajo evidenciándose las puntuaciones más bajas en los ítems 30 y 4 en los rubros “siento miedo de lo que me pase” y “estoy triste muchas veces” respectivamente (Ver anexo B), lo cual refleja la ansiedad y tristeza que estos niños sienten después de haber sufrido la quemadura generando inestabilidad, inseguridad, miedo, entre otras formas de reflejo psíquico que nos permiten concluir acertadamente que la naturaleza del impacto que la

quemadura causa en los infantes contiene una repercusión de elevada intensidad en el desarrollo emocional. Haciendo una comparación con el Ítem 24 “Mi familia está desilusionada de mí”, notamos que la mayoría ha rechazado el ítem, lo que traduce que la familia no ha dejado de lado sus responsabilidades de seguridad y protección para con ellos, siendo un factor de importancia en el desarrollo del autoconcepto psicoemocional.

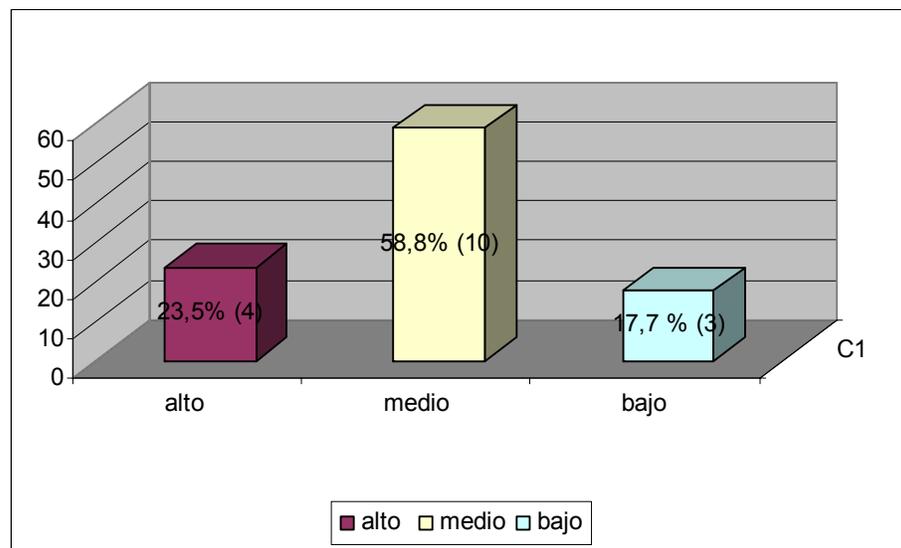
El niño en edad escolar desarrolla conceptos más realistas y complejos de sí mismos y de su propio valor relacionados también con entendimiento y control de sus emociones; la etapa escolar es una etapa tranquila en el área emocional o afectiva, en relación al menos con otras etapas. Según EriKson, la crisis propia de esta edad es Industria v/s Inferioridad e implica el logro del sentimiento de competencia, ello indica que el niño desarrolla sus cualidades corporales, musculares y perceptivas, y empieza a ser competitivo y refuerza su idea de ser capaz de enfrentar y resolver los problemas que se le presentan (32).

El mayor riesgo en esta etapa es que el niño se perciba como incapaz o que experimente el fracaso en forma sistemática, ya que esto va dando lugar a la aparición de sentimientos de inferioridad, los cuales se van consolidando como el eje central de su personalidad hecho que se suscita en un niño con alteraciones físicas como es el caso de un niño quemado. La autoestima tiene un enorme impacto en el desarrollo de la personalidad del niño., así una imagen positiva puede ser la clave del éxito y la felicidad durante la vida, en cambio los niños con baja autoestima mantienen una imagen negativa mucho después de haber dejado atrás la niñez. (33)

Un factor que puede influir en la autoestima en los niños es el paso de ellos por alguna enfermedad o accidente como por ejemplo una quemadura que compromete su salud emocional, ya que esto origina sin duda un estrés general y frecuente que afecta su desarrollo.

De lo expuesto se puede afirmar que la mayoría de escolares entrevistados presentan un nivel de autoconcepto emocional medio, con tendencia al bajo pues estas lesiones provocan una reacción emocional intensa en el niño afectado, lo cual generaría un desequilibrio psicoemocional, poniendo en riesgo la ocurrencia de crisis depresivas, de ansiedad o de tipo emocional que no le permitirá al niño desenvolverse adecuadamente frente a la sociedad y no desarrollar sus cualidades, habilidades y superar sus problemas corriendo el riesgo de sentirse incapaces e inferiores. La enfermera en estos casos debe brindar un cuidado integral no sólo referente a lo físico sino también al aspecto emocional, siendo así necesaria su intervención para la recuperación psicológica del niño con quemaduras. Por ello, es necesario que la enfermera comprenda la magnitud que el problema representa para el niño y pueda, a partir de ello, intervenir adecuadamente en el cuidado de un niño en estas condiciones. Hecho al cual no se le brinda importancia debido a las limitaciones presupuestales (fundamentalmente para incrementar el personal de salud competente) que tienen las instituciones de salud que brindan atención a este tipo de pacientes así como el escaso acceso al conocimiento por parte del profesional de la salud.

**GRAFICO 4**  
**Nivel de Autoconcepto Social del Escolar con**  
**Quemaduras en el Servicio de Quemados del**  
**Instituto Nacional de Salud del Niño**  
**Agosto 2007- Febrero 2008**  
**LIMA-PERÚ**



FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

En cuanto al nivel de autoconcepto social del escolar con quemaduras, se puede apreciar que del total 17 (100%) de niños entrevistados, 10 (58,8%) presentan un nivel de autoconcepto social medio, seguido del autoconcepto social alto con una diferencia del 35,3% el autoconcepto social alto y con una diferencia del 41,1% el nivel de autoconcepto bajo. Evidenciándose estos resultados en el ítem 27 que corresponde al rubro “me llevo bien con la gente” con un puntaje de 17(Ver anexo I) lo que muestra que todos los niños entrevistados consideran que su nivel de relación no se ha visto alterado significativamente, porque en cierta manera comparten esta situación con otros niños y están en contacto con personal de salud

que busca ayudarlos en su recuperación y que obviamente no pueden descuidar las relaciones sociales con sus pacientes.

Las relaciones interpersonales tienen mayor énfasis en la etapa escolar pues comienzan a evaluarse a sí mismo, comparando todas sus habilidades con la de sus pares siendo muy susceptibles a las presiones para actuar de acuerdo con el grupo pues durante los primeros años, el niño absorbe todos los juicios de los demás sobre las habilidades y el comportamiento ayudándolo a formar su propia imagen. Esto principalmente afecta a los niños que forman baja autoestima y habilidades sociales poco desarrolladas como es el caso de los niños quemados pues asimila todos los comentarios dichos sobre él, la acumulación de todos esos comentarios, junto con sus propias experiencias de competencia y fracasos, empieza a formar el conocimiento de sí mismo, pudiendo generar en él un problema de acoplamiento social debido a algún rasgo de comportamiento distintos a los habituales o algún patrón estético diferente al de su grupo (niños quemados).

Examinando los resultados obtenidos en la investigación se puede afirmar que los niños quemados poseen un autoconcepto medio con tendencia al bajo debido a que no es suficiente, al parecer, la atención de salud oportuna ni la intervención del Estado sino que existen matices psicológicos que son irremplazables y que son necesarios en la asimilación de la experiencia social del infante (escuela, familia, medios de comunicación, comunidad y demás agentes de socialización) que juegan roles determinantes en el proceso de adaptación social normal de todo niño con edades similares. Los hospitales, pese a su intervención, no pueden reemplazar estos agentes socializadores viéndose la repercusión psicológica en los niños que se sienten excluidos, marginados y aislados de un medio social común y corriente,

esto sumado a sus características físicas en relación a otros niños genera sentimientos de inferioridad y por ende de exclusión. Ello no significa que las instituciones de salud no puedan reducir de manera significativa el impacto que implica en la vida psíquica del niño el haber sido víctima de una quemadura.

De lo expuesto se deslinda que la mayoría de escolares presentan un nivel de autoconcepto social medio lo cual influirá en su desenvolvimiento interpersonal para la aceptación por el grupo. Si el niño no supera el impacto que produce la quemadura en si, presentará un problema de acoplamiento social, disminuyendo su autoestima y limitando su desarrollo social.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES:**

1. El nivel de autoconcepto global en niños quemados, es medio. Se aproxima al nivel bajo debido a que la quemadura ha afectado en parte el concepto que el niño tiene sobre su persona; siendo un indicador negativo que generará trastornos en su desarrollo personal.
2. El nivel de autoconcepto físico que tiene la mayoría de los escolares entrevistados representa un nivel medio con tendencia al bajo, lo que estaría afectando su imagen corporal, dificultando la aceptación de su aspecto físico.
3. El nivel de autoconcepto psicoemocional en la mayoría de los niños tienen un nivel medio con tendencia al bajo, por lo que está en riesgo de presentar alteraciones de tipo emocional en el futuro, lo que es un indicador negativo para un adecuado desarrollo psicoemocional.
4. El nivel de autoconcepto social que tiene la mayoría es medio, siendo un factor externo que puede o no limitar en cierta medida la reinserción a la sociedad en un futuro dependiendo mucho de la atención que reciba.

5. Son las dimensiones física y psicoemocional las más afectadas como dimensiones del autoconcepto.
6. Las áreas críticas en la dimensión física y psicoemocional están relacionadas con temores, preocupación por su estado actual, sentimientos de soledad, tristeza, miedo al rechazo, vergüenza, inseguridad para entablar relaciones sociales y falta de aceptación de su estado corporal. Es la dimensión social la menos afectada y expresada ha través de sentimientos de inclusión familiar; de capacidad que una vez haber logrado relacionarse con personas de su entorno poder entablar de manera adecuada relaciones sociales y considerarse importantes en relación a los demás.

## **B. RECOMENDACIONES:**

1. Desarrollar estudios cualitativos que permitan comprender la esfera emocional en niños quemados así también que aborde también otros sujetos implicados en el cuidado como integrantes del equipo de salud, padres, entre otros.
2. Fortalecer el programa de apoyo psico - social para los niños, así como también para los padres que contribuyan a afrontar la crisis de la quemadura.

## **C. LIMITACIONES:**

1. Escasos estudios relacionados al tema.

2. El tiempo para la evaluación del instrumento mediante el juicio de expertos fue muy largo lo cual demoró los trámites para el permiso de la institución.
3. El tiempo que demandó el trámite administrativo en la institución para contar con la autorización para realizar la investigación fue un poco prolongado demorando el inicio de la recolección de datos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Panamericana de Salud. Lesiones no intencionales. Legislación de América Latina sobre Programas Preventivos y Responsabilidades. [Internet]. Organización Panamericana de Salud. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO\\_13.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_13.htm)
- (2) Unidad de estadística del ISN. Registro de Ingreso de pacientes al Servicio de Quemados. 2005
- (3) Baños Rivera R; Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. [Internet]. Universidad de Valencia. 2004. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo-codigo=1319449>
- (4) Aguirre Parra P; Autoconcepto y dimensiones de personalidad en niños desplazados residentes en la Comunidad de Santa Cruz. Universidad Peruana Cayetano Heredia,;1994. pp 11
- (5) Caravedo Farro V; Autoconcepto en hijas de padres separados: un estudio descriptivo. Universidad Peruana Cayetano Heredia;2001. pp 16,61
- (6) Guerrero Teare A.; Desarrollo del niño durante el periodo escolar. [Internet]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessPsicEs.c.html> pp 12
- (7) IBID Guerrero pp 13
- (8) IBID Guerrero pp 16

- (9) Papalia D. Psicología del Desarrollo. 8ª ed. Bogotá: Mc. Graw Hill-Interamericana; 2001. pp 552, 551
- (10) OPCIT Guerrero pp 19
- (11) Hurlock E. Psicología del niño. México: Mc. Graw-Hill; 1989. pp 16
- (12) Naranjo Pereira, M. El Autoconcepto positivo; un objetivo de la orientación y la educación. [Internet]. Instituto de Investigación en Educación. 2006. Disponible en: [www.revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/1-2006/archivos/autoconcepto.pdf](http://www.revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/1-2006/archivos/autoconcepto.pdf)
- (13) Arráez Martínez J, “Motricidad, autoconcepto e integración de niños ciegos” Universidad de Granada; 1998 pp 53, 54
- (14) Rences Forman L, “Individual and Group differences in psychophysiological”. University of Stockholm; 1993. pp 28
- (15) Desarrollo del autoconcepto. [Internet]. Disponible en: [www.educa.rcanaria.es/usr/lujose/auto7.htm](http://www.educa.rcanaria.es/usr/lujose/auto7.htm)
- (16) OPCIT Guerrero pp 24
- (17) Cardenal V. y colaboradores; Componentes y Correlatos del Autoconcepto en la Escala De Piers-Harris. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II (Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo). Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. Disponible en: <http://www.eudemon.net/componentes%20y%20correlatos.pdf>

- (18) García Sureda I. Autoconcepto y adolescencia, Teoría, medida y multidimensionalidad. 1ª ed. España. Universitat de les Illes Balears. 1998. pp 59
- (19) IBID García pp 76
- (20) IBID García pp 135
- (21) Behrman Richard E. y colaboradores. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 1. 16ª ed. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana S.A.; 2001. pp 317
- (22) IBID Behrman pp 319
- (23) OPCIT Wong pp 994
- (24) OPCIT Behrman pp 315
- (25) Faw T. Teoría y Problemas de Psicología del Niño. Bogota: Mc Graw-Hill Latinoamericana S.A.; 1989. pp 295
- (26) Wong D. y colaboradores. Whaley & Wong Enfermería Pediátrica. 4ª ed. España: Mosby/Doyna Libros; 1995. pp 549
- (27) IBID Wong D. pp 552
- (28) OPCIT Faw T. pp 295
- (29) OPCIT Behrman pp 316

(30) OPCIT Wong D. pp 999

(31) OPCIT Aguirre pp 65

(32) OPCIT Guerrero pp 13

(33) IBID Guerrero pp 40

## BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE PARRA P; Autoconcepto y dimensiones de personalidad en niños desplazados residentes en la Comunidad de Santa Cruz. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1994.

ARRÁEZ MARTÍNEZ J, “Motricidad, autoconcepto e integración de niños ciegos” Universidad de Granada; 1998

BAÑOS RIVERA R. Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. [Internet]. Universidad de Valencia. 2004. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1319449>

BEHRMAN RICHARD E. y colaboradores. Nelson Tratado de Pediatría. Volumen 1. 16ª ed. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana S.A.; 2001  
Caravedo Farro V; Autoconcepto en hijas de padres separados: un estudio descriptivo. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

CARDENAL V. y colaboradores; Componentes y Correlatos del Autoconcepto en la Escala De Piers-Harris. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II (Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo). Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. Disponible en: <http://www.eudemon.net/componentes%20y%20correlatos.pdf>

Desarrollo del autoconcepto. [Internet]. Disponible en: [www.educa.rcanaria.es/usr/lujose/auto7.htm](http://www.educa.rcanaria.es/usr/lujose/auto7.htm)

FAW T. Teoría y Problemas de Psicología del Niño. Bogota: Mc Graw-Hill Latinoamericana S.A.; 1989

GARCÍA SUREDA I. Autoconcepto y adolescencia, Teoría, medida y multidimensionalidad. 1ª ed. España. Universitat de les Illes Balers.

GUERRERO TEARE A.; Desarrollo del niño durante el periodo escolar. [Internet]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessPsicEsc.html>

HURLOCK E. Psicología del niño. México: Mc. Graw-Hill; 1989.

KINCH J. Formulación teórica del autoconcepto. Revista americana de trabajo social Nro. 21; 1963

LONG B. y colaboradores. Enfermería Medicoquirúrgica. España: Harcourt; 1999

NARANJO PEREIRA, M. El Autoconcepto positivo; un objetivo de la orientación y la educación. [Internet]. Instituto de Investigación en Educación. 2006. Disponible en: [www.revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/1-2006/archivos/autoconcepto.pdf](http://www.revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/1-2006/archivos/autoconcepto.pdf)

Organización Panamericana de Salud. Lesiones no intencionales. Legislación de América Latina sobre Programas Preventivos y Responsabilidades. [Internet]. Organización Panamericana de Salud. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pub/po\\_13htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pub/po_13htm)

PAPALIA D. Psicología del Desarrollo. 8ª ed. Bogota: Mc. Graw Hill-Interamericana; 2001

RENCES FORMAN L. Individual and Group differences in psychophysiological. University of Stockholm; 1993

Unidad de estadística del ISN. Registro de Ingreso de pacientes al Servicio de Quemados. 2005

WONG D. y colaboradores. Whaley & Wong Enfermería Pediátrica. 4ª ed. España: Mosby/Doyna Libros; 1995

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Operacionalización de la variable .....	I
ANEXO B: Escala de autoconcepto de Piers Harris modificada.....	V
ANEXO C: Plantilla de corrección .....	VII
ANEXO D: Grado de concordancia entre los jueces según prueba binomial .....	IX
ANEXO E: Consentimiento informado .....	X
ANEXO F: Validez estadística del instrumento .....	XII
ANEXO G: Confiabilidad estadística del instrumento.....	XIII
ANEXO H: Cálculo para la obtención del valor final de la variable según Escala de Stanones .....	XIV
ANEXO I: Tabla Matriz Según Dimensiones del Autoconcepto.....	XVIII
ANEXO J .....	XIX
ANEXO K .....	XX
ANEXO L .....	XXI
ANEXO M .....	XXII
ANEXO N .....	XXIII
ANEXO N .....	XXIV
ANEXO O .....	XXV
ANEXO P .....	XXVI

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
Autoconcepto del escolar con quemaduras en el Instituto de Salud del Niño.	Es el concepto que tenemos de nosotros mismos, es decir la opinión personal de la forma en que sentimos, pensamos o nos vemos a nosotros mismos y se va formando con	<p>Área físico.</p> <p>Área psicoemocional</p> <p>Área social.</p>	<p>1. Aceptación de su nueva imagen corporal.</p> <p>2. Sentimientos de minusvalía.</p> <p>1. Sentimiento de ansiedad.</p> <p>2. Sentimiento de felicidad.</p> <p>1. Sentimiento</p>	<p>Concepto de sí mismo que tiene el niño de 6 a 12 años con quemaduras de II y III grado que se encuentran hospitalizados en el servicio de quemados, de forma general y según las dimensiones de autoconcepto físico, autoconcepto</p>	<p>Autoconcepto alto</p> <p>Autoconcepto medio</p> <p>Autoconcepto bajo</p>

	<p>el transcurso de los años y a través de experiencias que se adquieren en los ambientes en que se desenvuelven.</p>		<p>de aceptación por pares.</p> <p>2. Sentimiento de apreciación.</p> <p>3. Sentimientos de integración.</p> <p>4. Sentimiento de aceptación hacia su persona.</p>	<p>psicoemocional y autoconcepto social, obtenido a través de la aplicación del Test de Autoconcepto de Piers Harris modificado, mediante una entrevista y expresado en autoconcepto alta, medio y bajo.</p>	
--	---	--	--	--	--

### I.MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACIÓN

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIO PARA ASIGNAR VALORES	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN	TECNICA DE INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Autoconcepto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconcepto alto.</li> <li>• Autoconcepto medio.</li> <li>• Autoconcepto bajo.</li> </ul>	<p>Los valores que se asignen serán según la plantilla de corrección dando valores entre 1 y 0 según corresponda.</p> <p>Para la medición de la variable se utilizó la Escala de Stanones considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconcepto Global: <ul style="list-style-type: none"> <li>Autoconcepto alto : De 25 a 34 puntos</li> <li>Autoconcepto medio: De 17 a 24 puntos</li> <li>Autoconcepto bajo: De 0 a 16 puntos</li> </ul> </li> <li>• Autoconcepto físico:</li> </ul>	<p>Para llevar a cabo el presente estudio se realizaron los trámites administrativos mediante una solicitud dirigida a las autoridades pertinentes del ISN a fin de obtener el permiso para su realización, una vez obtenida la autorización se coordino con la Jefa de Enfermeras del Servicio de Quemados para iniciar la recolección de datos a partir del mes de Enero. Considerando una duración promedio de 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento: Cuestionario de escala de autoconcepto de Piers Harris que se modificó con fines de cumplir los objetivos.</li> <li>• Técnica: Entrevista</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>O</b></p> <p style="text-align: center;"><b>R</b></p> <p style="text-align: center;"><b>D</b></p>

	<p>Autoconcepto alto : De 5 a 7 puntos  Autoconcepto medio: De 3 a 4 puntos  Autoconcepto bajo: De 0 a 2 puntos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconcepto psicoemocional: <p>Autoconcepto alto : De 13 a 16 puntos  Autoconcepto medio: De 8 a 12 puntos  Autoconcepto bajo: De 0 a 7 puntos</p> </li> <li>• Autoconcepto social: <p>Autoconcepto alto : De 10 a 11 puntos  Autoconcepto medio: De 7 a 9 puntos  Autoconcepto bajo: De 0 a 6 puntos.</p> </li> </ul>	<p>minutos por cuestionario.</p> <p>Antes de iniciar la recolección de datos se solicitó el consentimiento informado para los padres de los escolares si estuvieran presentes solicitando la participación voluntaria de sus hijos previa información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, así mismo se aplicó un consentimiento informado a los escolares solicitando su participación y luego se procedió a la aplicación del instrumento.</p>		<p>I</p> <p>N</p> <p>A</p> <p>L</p>
--	--	---	--	-------------------------------------

## ANEXO B

### ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE PIERS HARRIS MODIFICADA

#### INTRODUCCIÓN:

Buenos días/tardes soy estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y el motivo por el cual me dirijo a ti es para solicitar tu colaboración en un trabajo de investigación que estoy realizando sobre las ideas que tiene el niño con quemaduras hacia su persona, el presente estudio de investigación tiene por título "Autoconcepto del escolar con quemaduras" con el objetivo de determinar cual es el autoconcepto que tiene el escolar con quemaduras para que una vez obtenida la información se pueda brindar una atención más adecuada de mayor apoyo emocional no solo al niño sino también a su familia. La información obtenida será confidencial y anónima en tal sentido solicito tu colaboración y respuestas con sinceridad.

MUCHAS GRACIAS

#### DATOS GENERALES:

Fecha:..... Edad:..... Sexo:.....

Área del cuerpo afectada:.....

Tipo de Quemadura:.....

Grado de Quemadura:.....

Localización de la quemadura:.....

Tiempo de ocurrida la quemadura:.....

Eventos y/o procedimientos recibidos para la curación de la quemadura:

Cirugías  curaciones dolorosas

Otros: .....

A continuación se te presenta una serie de afirmaciones, responde una de las opciones que consideres que responde mejor a lo que tú opinas sobre ti mismo, no debes dejar de responder ninguna.

1.	Mis compañeros de clase se burlaran de mí.	SI	NO
2.	Soy una persona feliz.	SI	NO
3.	Me resultará difícil encontrar amigos.	SI	NO

4.	Estoy triste muchas veces.	SI	NO
5.	Me resulta difícil expresar lo que siento a los demás	SI	NO
6.	Me pongo nervioso	SI	NO
7.	Me gusta mi cuerpo.	SI	NO
8.	A mis compañeros les caeré mal.	SI	NO
9.	Cuando algo sale mal pienso que es por culpa mía.	SI	NO
10.	Mi familia tiene problemas por mi culpa	SI	NO
11.	Siento que tengo suerte	SI	NO
12.	Ahora las cosas si me importan.	SI	NO
13.	Siento que soy importante para mi familia.	SI	NO
14.	Me gusta ser como soy.	SI	NO
15.	Siento que seré rechazado/a por mis amigos	SI	NO
16.	Me gustaría que mi cuerpo sea distinto	SI	NO
17.	A los demás les gustará mi compañía.	SI	NO
18.	Siento que todos me miraran mal por mi cuerpo	SI	NO
19.	Soy infeliz.	SI	NO
20.	Tengo muchos amigos/as	SI	NO
21.	Me encuentro alegre	SI	NO
22.	Soy guapo/a.	SI	NO
23.	Siento que la gente se aprovechará de mí.	SI	NO
24.	Mi familia está desilusionada de mi	SI	NO
25.	Mi apariencia física es fea	SI	NO
26.	Cuando trato de hacer algo todo parece salir mal.	SI	NO
27.	Me llevo bien con la gente.	SI	NO
28.	Me enfado fácilmente.	SI	NO
29.	Ahora me gustará más trabajar solo que en grupo.	SI	NO
30.	Siento miedo de lo que me pase	SI	NO
31.	Me preocupa mucho lo que digan de mi cuerpo	SI	NO
32.	Lloro fácilmente.	SI	NO
33.	Soy muy importante para los demás	SI	NO
34.	Siento que en juegos y deportes me elegirán entre los últimos para jugar	SI	NO

**ANEXO C**  
**PLANTILLA DE CORRECCIÓN**

1.	Mis compañeros de clase se burlaran de mí.		1
2.	Soy una persona feliz.	1	
3.	Me resultará difícil encontrar amigos.		1
4.	Estoy triste muchas veces.		1
5.	Me resulta difícil expresar lo que siento a los demás		1
6.	Me pongo nervioso.		1
7.	Me gusta mi cuerpo	1	
8.	A mis compañeros les caeré mal.		1
9.	Cuando algo sale mal pienso que es por culpa mía.		1
10.	Mi familia tiene problemas por mi culpa		1
11.	Siento que tengo suerte.	1	
12.	Ahora las cosas si me importan.	1	
13.	Siento que soy importante para mi familia.	1	
14.	Me gusta ser como soy.	1	
15.	Siento que seré rechazado/a por mis amigos		1
16.	Me gustaría que mi cuerpo sea distinto		1
17.	A los demás les gustará mi compañía.	1	
18.	Siento que todos me mirarán mal por mi cuerpo		1
19.	Soy infeliz.		1
20.	Tengo muchos amigos/as	1	
21.	Me encuentro alegre	1	
22.	Soy guapo/a.	1	
23.	Siento que la gente se aprovechará de mí.		1
24.	Mi familia está desilusionada de mi		1
25.	Mi apariencia física es fea		1
26.	Cuando trato de hacer algo todo parece salir mal.		1
27.	Me llevo bien con la gente.	1	
28.	Me enfado fácilmente.		1

<b>29.</b>	Ahora me gustará más trabajar solo que en grupo.		1
<b>30.</b>	Siento miedo de lo que me pase		1
<b>31.</b>	Me preocupa mucho lo que digan de mi cuerpo		1
<b>32.</b>	Lloro fácilmente.		1
<b>33.</b>	Soy muy importante para los demás	1	
<b>34.</b>	Siento que en juegos y deportes me elegirán entre los últimos para jugar		1

## ANEXO D

### GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	Nº DE JUEZ							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

0: si la respuesta es desfavorable

1: si la respuesta es favorable

De acuerdo a cada resultado obtenido para cada juez, los resultados son menores de 0,05 por, lo tanto el grado de concordancia es significativo.

## ANEXO E

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES

**TITULO:** “Autoconcepto del escolar con quemaduras”

**INVESTIGADOR:** Jannet Verónica Gonzáles De La Cruz.

La señorita Jannet Gonzáles es estudiante de Enfermería de la UNMSM que está estudiando “Autoconcepto del escolar con quemaduras”, este estudio ofrecerá información a las enfermeras y personal de salud en general que brindan la atención a los niños con quemaduras, permitiendo identificar alguna alteración negativa del autoconcepto en estos niños para de esta manera ayudarlo a mejorar su autoconcepto así como también desarrollar un programa educativo que vaya dirigidos no sólo a atender la curación de las heridas sino también de apoyo psicológico y social al niño y a la familia.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por profesionales especializados en el área. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles o daño para el niño o su familia. El procedimiento incluye que el niño responda al cuestionario sobre autoconcepto del escolar con quemaduras. La participación en el estudio va a ocuparles, aproximadamente 20 minutos. Puede preguntar cualquier duda sobre la participación de su hijo en este estudio a la señorita Gonzáles.

La participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar, tiene derecho de abandonar el estudio cuando quiera y el cuidado de su hijo y su familiar no se verán en absoluto afectados.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con el niño. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez haya sido publicado. Toda la información del estudio será recopilada por la señorita Gonzáles, se mantendrá en el lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento la participación de mi hijo en este estudio.

-----  
Firma del padre o apoderado

-----  
Fecha

He explicado el estudio al padre o apoderado arriba y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

-----  
Firma del investigador

-----  
Fecha

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS NIÑOS

**TITULO:** “Autoconcepto del escolar con quemaduras”

**INVESTIGADOR:** Jannet Verónica Gonzáles De La Cruz.

La señorita Jannet Gonzáles es estudiante de Enfermería de la UNMSM que está estudiando “Autoconcepto del escolar con quemaduras”, este estudio ofrecerá información a las enfermeras y personal de salud en general que brindan la atención a los niños con quemaduras, permitiendo identificar alguna alteración negativa de su autoconcepto para de esta manera ayudar a mejorarlo así como también desarrollar un programa educativo que vaya dirigido no sólo a atender la curación de las heridas sino también al apoyo psicológico y social al niño como también a la familia.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por profesionales especializados en el área. El estudio no te ocasionará daño alguno. El procedimiento incluye que respondas el cuestionario sobre autoconcepto del escolar con quemaduras. Tu participación en el estudio demandara, aproximadamente, 20 minutos. Puedes preguntarme cualquier duda sobre tu participación.

Tu participación en el estudio es voluntaria, no tienes ninguna obligación de participar. Tienes derecho de abandonar el estudio cuando quieras y el cuidado hacia ti y tu familia y la relación con el personal de salud no se verán en absoluto afectados.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse contigo. Tu identidad no se revelará en ningún momento. Toda la información del estudio será recopilada por mí, se mantendrá en lugar seguro y no será compartida con nadie.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente deseo participar en este estudio.

-----  
Firma del niño

-----  
Fecha

He explicado el estudio al niño y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

-----  
Firma del investigador

-----  
Fecha

## ANEXO F

### VALIDEZ ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para la validez estadística, se aplicó la fórmula de ítem test coeficiente de correlación de R de Pearson, obteniéndose:

$$r_s = \frac{n \sum r_x r_y - \sum r_x \sum r_y}{\sqrt{[n \sum r_x^2 - (\sum r_x)^2][n \sum r_y^2 - (\sum r_y)^2]}}$$

<b>Item 1:</b> r= 0, 74	<b>Item 18:</b> r= 0, 40
<b>Item 2:</b> r= 0, 3818	<b>Item 19:</b> r= 0, 81
<b>Item 3:</b> r= 0, 4695	<b>Item 20:</b> r= 0, 59
<b>Item 4:</b> r= 0, 4353	<b>Item 21:</b> r= 0, 63
<b>Item 5:</b> r= 0, 3373	<b>Item 22:</b> r= 0, 84
<b>Item 6:</b> r= 0, 2458	<b>Item 23:</b> r= 0, 59
<b>Item 7:</b> r= 0, 44	<b>Item 24:</b> r= 0, 59
<b>Item 8:</b> r= 0, 55	<b>Item 25:</b> r= 0, 62
<b>Item 9:</b> r= 0, 48	<b>Item 26:</b> r= 0, 22
<b>Item 10:</b> r= 0, 8448	<b>Item 27:</b> r= 0, 59
<b>Item 11:</b> r= 0, 3135	<b>Item 28:</b> r= 0, 66
<b>Item 12:</b> r= 0, 3673	<b>Item 29:</b> r= 0, 34
<b>Item 13:</b> r= 0, 5944	<b>Item 30:</b> r= 0, 39
<b>Item 14:</b> r= 0, 70	<b>Item 31:</b> r= 0, 29
<b>Item 15:</b> r= 0, 78	<b>Item 32:</b> r= 0, 50
<b>Item 16:</b> r= 0, 42	<b>Item 33:</b> r= 0, 59
<b>Item 17:</b> r= 0, 25	<b>Item 34:</b> r= 0, 40

Si  $r > 0.20$ , el ítem es válido, por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems

## ANEXO G

### CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar el la formula de  $\alpha$  Crombach:

Fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_1}{S_T} \right]$$

DONDE:

$\alpha$  : alfa de Crombach.

K : N° de preguntas.

S1 : Varianza de cada ítem.

ST : Varianza total

Remplazando valores:

$$\alpha = \frac{34}{33} \left[ 1 - \frac{5,84615262}{50,3905325} \right]$$

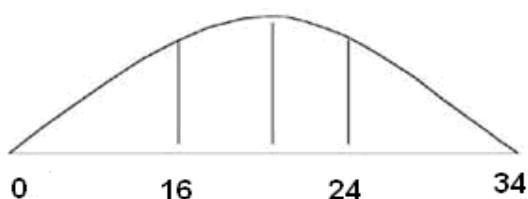
$$\alpha = 0,91$$

Este valor nos indica que el instrumento tiene una confiabilidad de un 0.91, ya que todo valor superior de 0.5 indica que el instrumento es confiable y fuertemente consistente.

## ANEXO H

### CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR FINAL DE LA VARIABLE UTILIZANDO LA ESCALA DE STANONES

#### AUTOCONCEPTO GLOBAL:



#### DONDE:

Valor mínimo 0  
Valor máximo 34

Hallando el Promedio:

$$X = \frac{\text{Total}}{n}$$

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$b = X + 0.75 (S)$$

#### Donde:

S = Desviación estándar

X = Promedio.

N = Número de sujetos.

0.75 = Constante

S = 5,1617448

X = 19,941176

N = 17

A = 16,06 = 16

B = 23,81 = 24

Valor Final:

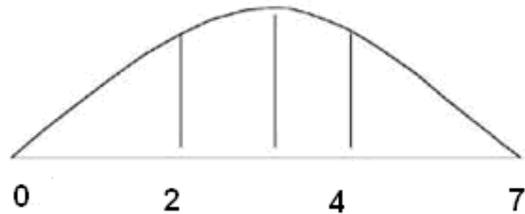
Autoconcepto alto: De 25 a 34 puntos

Autoconcepto medio: De 17 a 24 puntos

Autoconcepto bajo: De 0 a 16 puntos

## CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR FINAL DE CADA DIMENSIÓN UTILIZANDO LA ESCALA DE STANONES

### DIMENSIÓN AUTOCONCEPTO FISICO:



DONDE:

Valor mínimo 0

Valor máximo 7

Hallando el Promedio:

$$X = \frac{\text{Total}}{n}$$

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$b = X + 0.75 (S)$$

Donde:

S = Desviación estándar

X = Promedio.

N = Numero de sujetos.

0.75 = Constante

S = 1,3516747

X = 2,7058823

N = 17

A = 1,69 = 2

B = 3,71 = 4

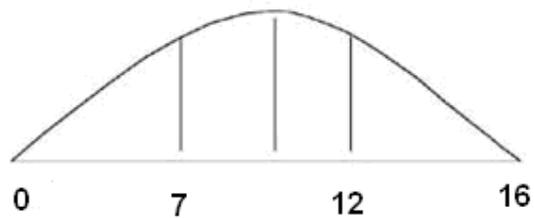
Valor Final

Autoconcepto alto: De 5 a 7 puntos

Autoconcepto medio: De 3 a 4 puntos

Autoconcepto bajo: De 0 a 2 puntos

## DIMENSIÓN AUTOCONCEPTO PSICOEMOCIONAL:



DONDE:

Valor mínimo 0

Valor máximo 16

Hallando el Promedio:

$$X = \frac{\text{Total}}{n}$$

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$b = X + 0.75 (S)$$

Donde:

S = Desviación estándar

X = Promedio.

N = Numero de sujetos.

0.75 = Constante

S = 3,08

X = 9,35

N = 17

A = 7,03 = 7

B = 11,66 = 12

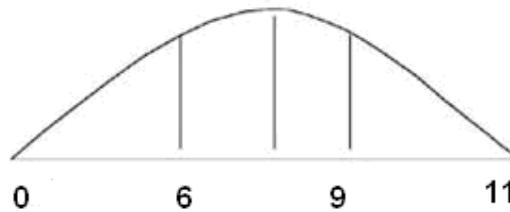
Valor Final

Autoconcepto alto: De 13 a 16 puntos

Autoconcepto medio: De 8 a 12 puntos

Autoconcepto bajo: De 0 a 7 puntos

## DIMENSIÓN AUTOCONCEPTO SOCIAL:



DONDE:

Valor mínimo 0

Valor máximo 11

Hallando el Promedio:

$$X = \frac{\text{Total}}{n}$$

$$a = X - 0.75 (S)$$

$$b = X + 0.75 (S)$$

Donde:

S = Desviación estándar

X = Promedio.

N = Numero de sujetos.

0.75 = Constante

S = 1,96

X = 7,88

N = 17

A = 6.40 = 6

B = 9,35 = 9

Valor Final

Autoconcepto alto: De 10 a 11 puntos

Autoconcepto medio: De 7 a 9 puntos

Autoconcepto bajo: De 0 a 6 puntos

**ANEXO I**  
**TABLA MATRIZ SEGÚN DIMENSIONES DE AUTOCONCEPTO**

Nº	DATOS GENERALES								AUTOCONCEPTO FÍSICO							AUTOCONCEPTO PSICOEMOCIONAL												AUTOCONCEPTO SOCIAL										TOTAL											
	A	B	C	D	E	F	G	H	7	16	18	22	25	31	34	2	4	5	6	9	10	11	12	14	19	21	24	26	28	30	32	1	3	8	13	15	17		20	23	27	29	33						
1	1	1	1	2	1	3	1	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	
2	2	1	2	1	3	3	2	3	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	
3	1	1	1	2	1	3	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	
4	2	1	1	2	1	1	2	3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
5	1	1	1	1	3	3	2	3	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	21	
6	2	1	1	2	2	1	1	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	
7	1	2	2	1	1	3	1	3	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	24	
8	2	2	3	1	3	3	2	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	11
9	1	1	1	2	1	2	1	3	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	
10	1	2	1	1	3	3	2	3	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
11	2	1	1	1	1	3	1	3	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	
12	2	1	1	1	2	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
13	2	1	1	2	3	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	12
14	1	1	1	1	3	1	1	3	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	
15	2	2	2	1	3	3	1	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	
16	1	2	1	2	1	3	1	3	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	
17	1	2	1	2	1	2	1	3	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	
TOTAL									6	4	11	9	8	1	7	10	3	12	8	12	13	7	13	7	11	9	16	15	13	2	8	7	6	9	16	5	14	14	16	17	14	16			339				

## ANEXO J

**Distribución de Escolares con Quemaduras según  
Edad en el Servicio de Quemados del  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
Agosto 2007- Febrero 2008**

Edad	Escolares	
	Nº	%
6 - 9 años	9	52,94
10 -12 años	8	47,06
Total	17	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

## ANEXO K

**Distribución de Escolares con Quemaduras según  
Sexo en el Servicio de Quemados del  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
Agosto 2007- Febrero 2008**

Sexo	Escolares	
	Nº	%
Femenino	11	64,71
Masculino	6	35,29
Total	17	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

## ANEXO L

**Distribución de Escolares con Quemaduras según el Área del  
Cuerpo Afectada en el Servicio de Quemados  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
Agosto 2007- Febrero 2008**

Área del Cuerpo Afectada	Escolares	
	Nº	%
1-25%	13	76,47
26-50%	3	17,65
Mayor a 50%	1	5,88
Total	17	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

## ANEXO M

**Distribución de Escolares con Quemaduras según el Tipo de Quemadura en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño Agosto 2007- Febrero 2008**

Tipo de Quemaduras	Escolares	
	Nº	%
Incapacitante	9	52,94
No incapacitante	8	47,06
Total	17	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

## ANEXO N

**Distribución de Escolares con Quemaduras según Grado de la Quemadura en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño Agosto 2007- Febrero 2008**

Grado de la Quemadura	Escolares	
	Nº	%
II grado	8	47,06
III grado	2	11,76
II y III grado	7	41,18
Total	17	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

## ANEXO Ñ

**Distribución de Escolares con Quemaduras según Localización de la Quemadura en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño Agosto 2007- Febrero 2008**

Localización de la Quemadura	Escolares	
	Nº	%
Z. Expuesta	3	17,65
Z. no expuesta	3	17,65
Mixta	11	64,7
Total	17	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

## ANEXO O

**Distribución de Escolares con Quemaduras según Tiempo de Quemadura en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño Agosto 2007- Febrero 2008**

Tiempo de Quemadura	Escolares	
	Nº	%
Menos de 1 mes	11	64,71
De 1-6 meses	6	35,29
Mayor a 6 meses	0	0
Total	17	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008

## ANEXO P

**Distribución de Escolares con Quemaduras según Eventos y/o  
Procedimientos Traumáticos en el Servicio de Quemados  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
Agosto 2007- Febrero 2008**

Eventos y/o Procedimientos Traumáticos	Escolares	
	Nº	%
Cirugías	0	0
Curaciones dolorosas	0	0
Ambos	17	100
Total	17	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora 2008