

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Actitud de la enfermera hacia el dolor que
experimentan los niños con quemaduras en el Servicio
de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño,
2009**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Raquel Lucía del Pilar Ramírez Argumé

Lima-Perú

2010

**“ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR
QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS
EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, 2009”**

El presente trabajo está dedicado especialmente a mi Madre y hermanos, quienes motivaron y apoyaron cada instante de mis estudios universitarios, con especial énfasis en este nuevo reto.

A Mónica Paola, quien me impulsa día a día a cumplir y trazarme nuevas metas. Tu confianza en mí es el más preciado regalo.

A la Lic. Carmen R. Del Carmen, asesora de tesis, quien con su dedicación, cariño y profesionalismo, guió todo el proceso de desarrollo de la presente y motivó mi interés por la investigación.

INDICE GENERAL

	Pág.
INDICE DE GRÁFICOS.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
PRESENTACIÓN.....	vii
CAPITULO I: INTRODUCCION	
A. Planteamiento del Problema.....	1
B. Formulación del Problema.....	5
C. Justificación.....	5
D. Objetivos.....	5
E. Propósito.....	6
F. Marco Teórico.....	6
F.1. Antecedentes de estudio.....	6
F.2. Base Teórica.....	13
G. Definición Operacional de Términos.....	40
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	
A. Tipo, Nivel y Método del Estudio.....	42
B. Descripción del Área de Estudio.....	42
C. Población y/o Muestra.....	43
D. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	44
E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos...	45
F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.....	46
G. Consideraciones Éticas.....	46
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	
A. Datos Generales.....	47
B. Datos Específicos.....	48
CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
A. Conclusiones.....	60
B. Limitaciones.....	61
C. Recomendaciones.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	67

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Página
A	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE.....	I
B	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE.....	III
C	INSTRUMENTO.....	IV
D	PRUEBA DE VALIDEZ INTERNA DEL INSTRUMENTO...	VI
E	PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	VII
F	TABLA DE CONCORDANCIA.....	VIII
G	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	IX
H	CODIFICACION DE DATOS ESPECIFICOS.....	XI
I	MATRIZ DE DATOS GENERAL.....	XII
J	EDAD DE LAS ENFERMERAS.....	XIII
K	AÑOS DE EXPERIENCIA DE LAS ENFERMERAS.....	XIV
L	AÑO Y MES DE CAPACITACION DE LAS ENFERMERAS.....	XV

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO		Página
1	ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.....	48
2	ACTITUD DE LA ENFERMERA SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.....	52
3	ACTITUD DE LA ENFERMERA SEGÚN CAPACITACIÓN HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.....	55
4	ACTITUD DE LA ENFERMERA SEGUN EDAD HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.....	58

RESUMEN

Favorecer el bienestar y disminuir el dolor y sufrimiento en el paciente pediátrico a través de la aplicación de diversas técnicas de tratamiento, es el reflejo de la actitud favorable que debe de expresar toda enfermera. El alivio y control del dolor en el niño con quemaduras es el principal reto del personal de Enfermería ya que se evita complicaciones que retrasen el proceso de recuperación del niño.

El presente estudio titulado “Actitud de la Enfermera hacia el Dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009”, tuvo como objetivo general determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras, bajo el propósito de mejorar la actitud de la enfermera facilitando información actualizada sobre la actitud que asume la enfermera frente al dolor del niño con quemaduras. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo simple, de corte transversal, aplicado a la población total de enfermeras (14) del Servicio de Quemados de dicha Institución, de quienes se recogieron los datos a través de la técnica entrevista estructurada y utilizando como instrumento una Escala tipo Lickert modificada.

Los resultados mostraron que la actitud de la Enfermera frente al dolor que experimentan los niños con quemaduras es desfavorable en su mayoría, prevaleciendo en aquellas enfermeras que se encuentran entre los 41 a 50 años de edad, que tienen entre 6 a 10 años de experiencia, y en aquellas que no recibieron capacitación desde hace 3 años.

Palabras claves: Actitud, Enfermera, Dolor, Niños, Quemaduras.

ABSTRACT

Promote comfort and reduce pain and suffering in the pediatric patient through the application of various treatment techniques, is a reflection of the favorable attitude should express any nurse. The relief and pain control in children with burns is the main challenge for the nursing staff as it avoids complications that would delay the recovery process of the child.

This study entitled "Attitude of the nurse toward the pain experienced by children with burns in the Burns Service INSN, 2009," general objective was to determine the attitude of nurses towards pain experienced by children with burns under In order to improve the attitude of the nurse supplying updated information on the attitude assumed by the nurse against the pain of children with burns. Quantitative study, simple descriptive cross-sectional, applied to the total population of nurses (14) Burns Service of that institution, from whom data were collected through structured interview technique and instrument used as a Scale type Lickert amended.

The results showed that the nurse's attitude to pain experienced by children with burns is unfavorable for the most prevalent in those nurses who are between 41 to 50 years of age, aged 6 to 10 years of experience, and those who received no training for 3 years.

Key words: Attitude, Nurse, Pain, Children, Burns.

PRESENTACIÓN

El dolor producido por las quemaduras es considerado como uno de los más intensos debido a la sobreexcitación de nociceptores y el daño tisular característico. Esto puede conllevar a estados de hiperalgesia que, de no ser tratados a tiempo y correctamente, provocaría diversas consecuencias en el paciente pediátrico. El 50% de las quemaduras ocurre entre los 2 a 5 años de edad, etapa en la que reaccionan con intensa perturbación emocional, física y social a toda experiencia y/o amenaza dolorosa. El temor, ansiedad, separación de los padres y el núcleo familiar, el estrés propio de la quemadura, procedimientos y/o curaciones, son factores que aumentan la percepción del dolor en el niño preescolar. Es así que, debido al afrontamiento inefectivo del preescolar ante el dolor, es necesario que el personal de Enfermería responda favorablemente realizando un adecuado manejo del dolor, a fin de favorecer una pronta recuperación en el niño.

Es por ello que se realizó el presente estudio titulado “Actitud de la Enfermera hacia el Dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009”, con el objetivo general de determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras y el propósito de mejorar la actitud de la enfermera facilitando información actualizada sobre la actitud que asume la enfermera frente al dolor de los niños quemados a su cuidado.

Consta del Capítulo I: El Problema, que incluye el Planteamiento, Delimitación y Origen del problema, Formulación, Justificación, Objetivos, Propósito, Marco Teórico, Definición Operacional de Términos e Hipótesis. El Capítulo II: Material y Método, el cual incluye el Tipo, Nivel y Método de Estudio, Sede, Población y/o Muestra, Técnica e Instrumentos, Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de datos, así como el Plan de Análisis e Interpretación de datos y las Consideraciones éticas. El Capítulo III: Resultados y Discusión, que incluye la presentación de cuadros y

gráficos así como la discusión e interpretación de datos. Y el Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones; y finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y los Anexos correspondientes.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, ORIGEN Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

El dolor es quizás el signo más temido y uno de los más devastadores en la vida de las personas, y lo es más cuando se trata de niños. Hoy conocemos que los daños tisulares provocan una gran cantidad de variables psicológicas que ocupan un lugar importante en los mecanismos de percepción del dolor, por lo tanto, el sistema nociceptivo es plástico y complejo. La histórica falta de un tratamiento adecuado al dolor en los niños es un reflejo de las actitudes y valores que rodean tanto al dolor como a los niños. El no dar suficiente importancia al problema y la falta de conocimiento de las variables que intervienen en la percepción del mismo permitieron la persistencia de sufrimiento innecesario. (1)

Toda persona que es hospitalizada, independientemente de la causa que la origine, está expuesta a sentir dolor. Es así que, en afán de lograr medir y/o cuantificar el grado de dolor y malestar que genera en el paciente, la Organización Mundial de la Salud ha considerado al dolor como el quinto signo vital desde marzo del año 2003 otorgándole la importancia merecida, y es que todas las personas experimentan dolor, en mayor o menor grado, en algún momento de sus vidas. (2)

El dolor, definido como una experiencia netamente individual, aprendida y enteramente subjetiva, es más aun una sensación de gran incomodidad asociado a un daño tisular, ya sea potencial o real. Dicho dolor puede ser ocasionado por diversas causas, sea de enfermedad o por intervenciones, y de diferentes tipos, variando la intensidad y magnitud del dolor. Específicamente en el caso de las quemaduras, por ser una de las lesiones más devastadoras, el dolor es percibido con mayor intensidad ya que existe una ampliación del campo nociceptivo, por el mismo daño tisular, provocando a su vez estados de hiperalgesia, que de no ser tratados adecuadamente y a tiempo, acarrearía efectos nocivos para el paciente. Este tipo de dolor posiblemente sea el mas intenso, sin embargo, suele ser subestimado por los profesionales de la atención en salud.

Las quemaduras constituyen una de las principales causas de mortalidad infantil según la Organización Mundial de la Salud, provocando más de 20 000 muertes al año, siendo en 25 países del Mundo la primera causa de defunción entre niños de 1 a 4 años de edad. En el Perú, las quemaduras constituyen una causa importante dentro de los accidentes en el hogar, el 80% de estas quemaduras ocurre entre los menores de 2 a 5 años de edad, etapa en la que es característica la gran habilidad locomotora del niño, que le permite movilizarse libremente en afán de averiguar por si mismo el mundo que le rodea y del funcionamiento de las cosas, lo que le predispone a ponerse en contacto con objetos de sumo peligro. Las quemaduras producen experiencias dolorosas traumáticas, que al ser percibidas por los niños en edad preescolar producen intensa perturbación emocional y resistencia física, asimismo la experiencia del dolor se verá influenciada por el recuerdo de experiencias dolorosas previas, la falta de preparación emocional previa, las limitaciones físicas, la reacción emocional de los padres, la separación de los padres, etc., las cuales determinarán en parte la intensidad de la respuesta y comportamiento ante el dolor. (3)

El alivio del dolor y sufrimiento está considerado como uno de los principales derechos del paciente, y una de las responsabilidades

fundamentales del ejercicio profesional de Enfermería, precepto consagrado en el Código de Ética del Comité Internacional de Enfermería donde resalta que “la existencia como profesional de Enfermería es contribuir con un eficaz tratamiento y atención al dolor, no solo aplicando su área cognoscitiva, sino también en el área actitudinal, y ello se debe reflejar en sus cuidados diarios”. Es así que la enfermera tendrá el deber de incluir dentro de su programa de trabajo, técnicas cognoscitivas, actitudinales y de comportamiento para calmar el dolor y sufrimiento humano, evitando caer en la cotidianidad con el dolor ya que este sólo limitaría su accionar.

El dolor entonces, además de cumplir su función de alarma, es un padecimiento innecesario, de alta prevalencia, que puede prevenirse, controlarse o aliviarse en la mayoría de los casos. A pesar de disponer numerosos métodos que permiten su tratamiento, son numerosos los estudios que demuestran un mal control del dolor en niños de nuestro entorno, centrándose exclusivamente en la prevalencia de dolor en pacientes pediátricos hospitalizados. Frente al insuficiente control del dolor objetivado en nuestro entorno, existe un creciente interés social y de salud para desarrollar programas institucionales dirigidos a mejorar el control de dolor en todos los niveles asistenciales de atención pediátrica, así como impulsar el desarrollo de un protocolo de atención multidisciplinaria al niño con dolor.

El personal de Enfermería desarrolla un papel importante y fundamental dentro del proceso de recuperación del paciente, ya que a su cargo está el brindar cuidados integrales al paciente, en cualquier etapa de la vida, teniendo en cuenta la necesidad individualizada del paciente según sus características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales propios. La atención de Enfermería al paciente pediátrico específicamente, implica un papel protagónico en la atención del niño que ha sufrido una lesión por quemaduras y que consecuentemente experimentará dolor como una de las manifestaciones más apremiantes de alivio y control, así como la prevención de complicaciones consecuentes.

Por ello, requiere desarrollar y reforzar sus capacidades cognitivas, técnicas y actitudinales para enfrentarse no solo al dolor del niño lesionado, sino también a la familia que se encuentra en un estado de desaliento y descontrol emocional y lograr los mejores resultados en el tratamiento del dolor del niño quemado.

Sin embargo, a pesar de los avances con nuevos analgésicos y tecnologías para el tratamiento del dolor, este problema no se puede controlar en la magnitud que amerita, siendo muchas las causas, entre ellas la poca actualización en el alivio del dolor en niños que perpetua las conductas erróneas del personal de salud hacia el alivio del dolor, perjudicando la recuperación del niño quemado, situación que se viene observando en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional De Salud Del Niño (INSN), donde se observan a niños solos, llorando por dolor, incluso antes, durante y después de las curaciones, y al interactuar con los padres de familia y familiares refieren que : “algunas enfermeras vienen a ver a cada rato a mi hijito, algunas le preguntan si tiene dolor, otras le acarician la cara, otra sólo lo miran y se van”, “a veces se demoran en venir cuando mi hijito grita o llora porque le duelen sus heriditas”, puedo decir que “algunas son preocupadas de su trabajo, ven si le duele o no”, otras madres molestas dicen “Las enfermeras se van, desaparecen cuando se les necesita”, “se incomodan cuando les decimos que le sigue doliendo a mi hijo y sigue llorando”, “me dicen que ya se le va a pasar, porque ya le dieron su medicina para el dolor, que no pueden hacer más, sólo le pueden dar lo indicado y que el niño está acostumbrado a llorar”, “a veces parecen indiferentes”, “no tienen paciencia, se molestan fácilmente”, “por qué será si solo ellas tiene en su mano calmarles el dolor, porque el médico sólo pasa visita y se va” y “a veces preferimos quedarnos calladas para que nos dejen estar al lado de los hijos” entre otras expresiones. Es por ello que se decide investigar sobre las actitudes de las enfermeras ante el niño con dolor, ya que existe poca información sobre la calidad de atención al dolor debido a conceptos erróneos, falta de tiempo, falta de motivación, dificultad para medir el dolor y conocimiento sobre el alivio de dolor, entre otros,

produciendo sufrimiento innecesario al niño con el consiguiente retraso de su recuperación.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, se formula el siguiente problema de investigación:

“¿Cuál es la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2009?”

C. JUSTIFICACIÓN

El personal de Enfermería cumple un rol fundamental dentro del proceso de recuperación del paciente, ya que su responsabilidad se centra en el brindar cuidados integrales al paciente, teniendo en cuenta la esfera bio – psico – social que significa y las múltiples necesidades que presenta. La atención de Enfermería al niño con quemaduras es primordial y necesaria, ya que el dolor que experimenta por las grandes lesiones es devastador e intenso, convirtiéndose el alivio y control del dolor en un reto, ello con el fin de evitar posibles complicaciones que retrasen el proceso de recuperación del niño. Es así que, el personal de Enfermería requiere desarrollar y reforzar sus habilidades, destrezas, capacidades cognitivas y actitudinales para brindar atención integral al niño quemado y familia, los cuales se encuentran en una crisis situacional extrema y con altas expectativas de un adecuado tratamiento de las lesiones y del dolor en el niño.

D. OBJETIVOS

Los objetivos planteados son:

Objetivo General:

- ✓ Determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar la actitud de la enfermera según edad hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras.
- ✓ Identificar la actitud de la enfermera según años de experiencia hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras.
- ✓ Identificar la actitud de la enfermera según año de capacitación hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras.

E. PROPÓSITO

El propósito del presente estudio de investigación es proporcionar un marco de referencia al Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, sobre la actitud que asume la enfermera frente al dolor que experimenta el niño con quemaduras, a fin de brindar información actualizada para el análisis de la situación actitudinal de Enfermería en el Servicio, en pro de mejorar o reforzar dicha actitud.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Los antecedentes de estudio relacionados al problema de investigación a NIVEL INTERNACIONAL e importantes de mencionarse son:

MONTES A., ARBONÉS E., PLANAS J., MUÑOZ E. y CASAMITJANA M. en el mes de Enero del año 2008, publican el trabajo de investigación titulado **“LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL DOLOR: ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LA INFORMACIÓN, LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO”**, cuyo objetivo general es conocer la opinión y actitud de los profesionales hospitalarios en cuanto a información al paciente, evaluación del dolor y métodos de tratamiento utilizados. Se

trata de un estudio de diseño transversal, donde se eligieron a 264 profesionales hospitalarios (entre médicos y enfermeras) de los principales centros asistenciales de España a partir de un muestreo aleatorio estratificado según categoría laboral (superior o técnico) y distribuyéndose por áreas de trabajo (área médica y quirúrgica). En cuanto a los resultados, destaca que:

“Sólo 81.3% de los profesionales sanitarios encuestados, declaran que preguntan directamente al paciente si presentan dolor, mientras que un 35.5% utiliza la Escala Visual Análoga para evaluación del dolor. Los resultados muestran que aunque se pregunta sobre la presencia de dolor, no se utilizan habitualmente métodos de registro y evaluación de paliación del dolor, a excepción del área quirúrgica en la que se utiliza con mayor frecuencia.” (4)

Los resultados generales refieren que sólo un 29.6% de los profesionales declararon transmitir información escrita del dolor, y verbal un 71.6%. Un 87.1% de los profesionales conocen su responsabilidad, pero únicamente un 52.2% ha recibido formación en el manejo del dolor.

FERNANDEZ – GALINSKI D. L. y colaboradores, presentan el trabajo de investigación titulado **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PACIENTES Y PERSONAL SANITARIO FRENTE AL DOLOR POST OPERATORIO”**, en el año 2006, donde el objetivo general fue conocer el nivel de conocimientos y las actitudes de los pacientes y personal sanitario en relación al dolor postoperatorio. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Sabadell, Barcelona, en donde la muestra fue de 240 pacientes mayores de 18 años, con intervención quirúrgica programada. Además, se entregaron cuestionarios al personal de Enfermería sobre el conocimiento de diferentes técnicas analgésicas y actitudes respecto al manejo de opiáceos; así como al personal médico sobre las complicaciones y

tratamiento de dolor postoperatorio. En cuanto a los resultados en el ámbito de enfermería, destaca que:

“El 18% del personal desconocía el manejo de opiáceos por las principales vías de administración directa, así como el 23% desconocía el tratamiento del dolor con anestésicos locales por vía peridural. Para el 46% de la enfermería encuestada, el temor a los efectos indeseables de los mórnicos, condicionaba su administración. El 100% de los profesionales, prefería seguir protocolos diseñados para el tratamiento del dolor postoperatorio.” (5)

El personal de Enfermería encuestado reflejó que la mayoría conocía las escalas de valoración del dolor, sin embargo esas no se utilizaban en la práctica clínica. Se observó un déficit de conocimientos básicos relacionados con el tratamiento del dolor postoperatorio, así como el manejo de opiáceos por vía parenteral. En dicho centro hospitalario, ha sido la ausencia de supervisión, formación y actualización de la enfermería en hospitalización en el ámbito de la analgesia en el postoperatorio, lo que ha impedido extender este tipo de tratamiento a las otras plantas de hospitalización quirúrgica. La falta de administración de medicación prescrita, el miedo a los efectos adversos de los mórnicos, el uso de opiáceos y su temor a la adicción en los pacientes, son actitudes que deben de cambiar y evitar que perduren en el ejercicio profesional, ello se conseguirá a través de la formación continuada, es la conclusión del investigador autor del trabajo.

COLLAO, Carmen en el año 2002 realiza el trabajo de investigación titulado **“ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL NIÑO CON DOLOR. CHILE- NOVIEMBRE 2001-ENERO 2002”**; donde el objetivo estaba destinado a determinar la actitud de la enfermera frente al dolor y caracterizar algunos factores que influyen en dicha actitud. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño de tipo correlacional

transversal durante los meses de noviembre del año 2001 a enero del año 2002. La muestra poblacional total fue de 43 entre enfermeras y personal técnico de enfermería, del Hospital Regional de Antofagasta. Los resultados arrojaron que:

“El 72% de las enfermeras muestran una actitud desfavorable hacia el dolor, mientras que el 27% de ellas muestran una actitud favorable frente al dolor. Dentro de los factores que influyen en dicha actitud está la edad, el tiempo de ejercicio profesional, estado civil de las enfermeras, la presencia de hijos, antecedentes de familiares hospitalizados que hayan experimentado dolor, la capacitación continua.” (6)

En lo que respecta a la edad, se especifica que la mayoría de los encuestados tienen entre 36 a 55 años de edad; el tiempo de ejercicio profesional de más del 50% de las enfermeras es de 10 años de servicio; el 64% de las enfermeras y personal técnico presentan pareja ya sea convivientes o casados; el 72% tiene hijos; casi el 60% de las enfermeras y personal técnico tienen antecedentes familiares de pacientes hospitalizados con dolor; y el 58% de la muestra de enfermeras no se ha capacitado continuamente (3 veces cada 6 meses como mínimo, para condiciones de este estudio).

TOVAR, Ana María en el año 2005 (Octubre-Diciembre) publica en la Revista “Colombia Médica”, Volumen 36 - N ° 4, suplemento número 3; un artículo sobre el “**DOLOR EN NIÑOS**”, donde asevera que la percepción del dolor en los niños se desarrolla desde el segundo trimestre del embarazo, sin embargo la transmisión y modulación del dolor en el niño es diferente al del adulto. Dentro de la neurofisiología del desarrollo del dolor, concluye que:

“Los mecanismos básicos de percepción del dolor en lactantes y niños preescolares, son similares a los de los adultos e incluyen la transducción, transmisión, percepción y modulación del dolor. Sin embargo, debido a la inmadurez neurofisiológica y cognoscitiva propia del infante, hay algunas diferencias claves con las del adulto, tales como la inmadurez de las fibras conductoras del dolor y la carencia de neurotransmisores inhibitorios del dolor.” (7)

Agrega que el aprendizaje acerca del dolor ocurre con la primera experiencia dolorosa a la cual se expone el niño; pero la percepción del dolor del niño se verá influida por los factores biológicos, cognoscitivos, psicológicos y socioculturales. Es por ello que la evaluación del dolor en los niños se hace necesaria, sea a través de diversas técnicas, tales como de auto-informe, de observación en el comportamiento y de medidas fisiológicas.

En cuanto a los principios para el manejo del dolor, la investigadora refiere que:

“El dolor puede aliviarse en 90% de los pacientes pediátricos, pero no se cumple del todo en 80% de ellos, por la constante discrepancia entre la cantidad de analgesia que se indica y se administra, lo cual resulta injusto ya que los niños padecen los mismos diagnósticos y procedimientos de cuidados para tales lesiones iniciales, causantes del dolor. De hecho, el 50% de niños refieren que los episodios dolorosos se relacionan más con los procedimientos y terapias de tratamiento.” (8)

Finalmente hace una extensa revisión sobre los diversos mitos que se crean alrededor del uso de analgésicos opioides, como la codeína, el tramadol, la morfina, y oxidocona. Ante los comentarios de presentarse los

posibles efectos adversos por la utilización de estos, la investigadora refiere que:

“El riesgo de depresión respiratoria inducida por estos medicamentos en adultos es de cerca de 0.09%, mientras que en los niños varía desde 0 hasta 1.3%, lo cual se corrige con la reducción de la dosis. No hay datos que apoyen la creencia de que los niños son más susceptibles a la depresión respiratoria que los adultos. Por tanto, con un monitoreo adecuado y la adherencia a las guías apropiadas de dosificación, la depresión respiratoria debe ser un raro evento en los niños. Los estudios en niños en periodo post operatorio a los que se les ha administrado opioides para el manejo del dolor, no se han encontrado riesgos a la adicción, no presentan características fisiológicas o psicológicas que los hagan más vulnerables a la adicción.”(9)

Mientras que los antecedentes de estudio relacionados con el problema de investigaciones, halladas a NIVEL NACIONAL pertenecen a:

LUDEÑA PALACIOS, Lorena en el año 2007 presentó el trabajo de investigación titulado **“ESTILOS DE COMUNICACIÓN QUE ESTABLECE LA ENFERMERA SEGÚN OPINIÓN DE LOS PADRES DE NIÑOS QUEMADOS DEL INSN-2006”** con el objetivo general de determinar los estilos de comunicación que establece la enfermera según opinión de los padres de familia del niño quemado, e identificar la opinión que tienen los padres de familia del niño quemado sobre el estilo de comunicación de la enfermera en la dimensión verbal y no verbal. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 41 padres de familia de niños quemados del servicio.

Los resultados más significativos fueron:

“...que el 83% de los padres de familia tienen una opinión de medianamente favorable a desfavorable sobre el estilo de comunicación de la enfermera. En la dimensión verbal, los padres manifiestan una opinión de medianamente favorable a favorable evidenciándose como “que las enfermeras les hablan de forma amable y cordial”; mientras que en la dimensión no verbal existe una tendencia de medianamente favorable a desfavorable, toda vez que los padres manifiestan que “algunas enfermeras los ignoran cuando preguntan por su niño”.
(10)

MELGAREJO SOLIS, GIANINA LISSETTE en el año 2006 realiza el trabajo de investigación titulado **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SU RELACION CON LAS ACTITUDES DE LOS PADRES DE FAMILIA RESPECTO A SU PARTICIPACION EN LA ATENCION DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DEL NIÑO ENERO-FEBRERO 2006”** , con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado por quemaduras. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño de tipo correlacional transversal; la población estuvo conformada por 20 padres de familia, la técnica fue la entrevista y los instrumentos utilizados: un cuestionario y la escala Lickert.

Las principales conclusiones a las que llegó fueron:

“...que el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados es medio con tendencia alta ya que 09 (45%) tienen un nivel de

conocimientos medio y 07 (35%) tienen un nivel de conocimientos alto, siendo los aspectos mas comunes el cuidado de la herida, estado nutricional e hídrico del niño, tratamiento del dolor y el soporte familiar. En cuanto a las actitudes de los padres respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en dicho Servicio, la mayoría de padres 07 (35%) tienen una actitud de indiferencia y 05 (25%) tienen una actitud de rechazo hallándose como aspectos mas comunes el cuidado de la herida, estado nutricional e hídrico del niño, tratamiento del dolor y el soporte familiar, lo cual es sumamente preocupante ya que el niño requiere del apoyo de su familia y la falta de este traería consigo problemas emocionales sobre agregados en el niño". (11)

Así, la relación entre conocimientos y actitudes que tienen los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño quemado no es significativa según el análisis y validación de las pruebas estadísticas.

F. 2. BASE TEORICA

2.1. DOLOR EN NIÑOS PREESCOLARES POR QUEMADURAS

2.1.1 DEFINICION DEL DOLOR

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor en niños como una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, cuya presencia es revelada por manifestaciones visibles y/o audibles de la conducta. Es una experiencia muy individual, enteramente subjetiva y considerada como una experiencia aprendida. En los preescolares que han sufrido quemaduras existe una mayor percepción del dolor debido a la sobre excitación de los nociceptores y por ser un efecto traumático propiamente dicho.

El 40% de las quemaduras corresponde a los menores de 15 años, siendo en su mayoría los más afectados los niños en edad preescolar por accidentes caseros, prevaleciendo como agente causal los líquidos calientes (sopas, agua hirviendo, etc.). Así, según la etiopatogenia de la quemadura, el mayor porcentaje de los preescolares sufren quemaduras de IIº y IIIº con el consecuente dolor clasificado desde leve a moderado. En el caso de las quemaduras de IIº grado (superficial y profunda) la formación de ampollas aumenta la sensibilidad de la piel, y una mayor percepción del dolor en el niño.

2.1.2 FISIOPATOLOGIA DE LAS QUEMADURAS Y SU RELACION CON EL DOLOR

Luego de una quemadura o injuria térmica, la barrera dérmica ha sido lesionada, por tanto, hay una pérdida total o parcial de la barrera cutánea con la consecuente formación de eritemas, ampollas exudativas o el estado tisular carbonizado con escaras, luego se producirán trastornos hemodinámicos que pueden llevar a un estado de hipovolemia por la extravasación del plasma hacia los tejidos circundantes, apareciendo el edema (quemaduras de IIº grado). Se produce también una respuesta sistémica por la aparición de mediadores inflamatorios, que provocan alteraciones inmunológicas, un estado hipermetabólico y destrucción de proteínas, que pueden conducir al fallo multiorgánico.

Los niños en edad preescolar con quemaduras de IIº y IIIº, tienen una mayor labilidad en comparación al adulto ya que presentan una mayor superficie corporal con relación a su peso, por lo que las pérdidas de líquidos y calor son más importantes; además que su sistema nervioso, incluido la captación, transmisión y modulación del dolor es aun inmaduro ocasionando una mayor sensibilidad al dolor, corriendo así un mayor riesgo de shock neurogénico.

El dolor secundario a las agresiones tisulares por quemaduras producen cambios bioquímicos locales con liberación de sustancias

mediadoras que inducen dolor local y una respuesta autónoma a nivel de fibras simpáticas eferentes que, a través de los nociceptores, llevan la sensación hasta el asta posterior de la médula espinal provocando una respuesta neural a nivel segmentario o espinal (incremento del tono simpático con vasoconstricción, aumento de la frecuencia y gasto cardíaco e incremento del consumo miocárdico de oxígeno) y supraespinal (hipersecreción de catecolaminas y péptidos neurotransmisores). Además del dolor producido, se agrega el temor, ansiedad y desesperación a nivel cortical, las cuales pueden provocar una liberación de mediadores similar a la que produce la vía refleja supra segmentaria. Esta respuesta neural provocará una respuesta endocrina predominantemente catabólica que incide en la morbi- mortalidad de la agresión térmica.

El daño a los tejidos quemados se da de igual forma a nivel celular, desencadenándose una serie de sucesos que producen la activación de terminales nociceptivos aferentes con liberación de potasio, síntesis de bradiquinina del plasma, y síntesis de prostaglandinas en la región del tejido dañado, que a su vez aumentan la sensibilidad del terminal a la bradiquinina y otras sustancias productoras del dolor. Luego, se activarán nociceptores aferentes primarios que se propagan no sólo a la médula espinal, sino también a otras ramas terminales donde estimulan la liberación de péptidos, predominando la sustancia P, la cual que está asociada con el aumento en la permeabilidad vascular y la liberación marcada de bradiquinina, así como también el aumento en la producción de histamina desde los mastocitos y de la serotonina desde las plaquetas. Tanto la histamina como de serotonina son capaces de activar poderosos nociceptores.

La liberación de histamina combinada con liberación de sustancia P aumenta la permeabilidad vascular. El aumento local de histamina y serotonina, por la vía de activación de nociceptores ocasiona un incremento de la sustancia P que autoperpetúa el estímulo doloroso. Los niveles de histamina y serotonina aumentan en el espacio extracelular, sensibilizando secundariamente a otros nociceptores y es lo que produce la hiperalgesia

(concebido solo hasta quemaduras de IIIº grado, ya que en quemaduras de IVº solo existe dolor a presión profunda, por la pérdida de los nociceptores periféricos).

2.1.3 CLASIFICACION DEL DOLOR

El dolor característico en el paciente quemado, según la fisiología del dolor, es el nociceptivo ya que es producido por una estimulación de los nociceptores, es decir los receptores del dolor (que se encuentran a nivel periférico del organismo como la piel), provocando que el "mensaje doloroso" sea transmitido a través de las vías ascendentes hacia los centros supra espinales y sea percibido como una sensación dolorosa.

Según el tiempo de evolución o duración del dolor, puede clasificarse como un dolor agudo ya que dura relativamente poco tiempo, es decir, cuando se manipula la zona dolorosa o esta se encuentra expuesta o abierta (como sucede en el caso de las quemaduras). El comienzo es súbito por la injuria térmica referida, y las áreas dolorosas suelen ser bien identificadas. El dolor agudo se caracteriza por un aumento de la tensión muscular y ansiedad, y ambas cosas pueden aumentar la percepción del dolor del niño.

Según la localización del dolor, en el paciente con quemaduras es un dolor de tipo somático ya que está producido por la activación de los nociceptores de la piel (somático superficial), hueso y partes blandas (somático profundo). El dolor somático referido en quemaduras de IIº y IIIº por lo general, tiende a ser de tipo profundo, es decir, con características de un dolor agudo, sordo, continuo y bien localizado, con contracciones musculares reflejas ante estímulos provocados de corte, presión, calor y desplazamiento.

Según la intensidad puede clasificarse el dolor desde grado leve, moderado y grave, pudiéndose presentar en los preescolares con dolor durante toda su estancia hospitalaria.

2.1.4 ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y CONDUCTUALES DEL DOLOR

Ningún signo físico o de conducta es un indicador absoluto de dolor, y por tanto, dentro del contexto clínico deben ser tomadas en consideración las diferentes respuestas que la presencia de dolor provoca en el paciente pediátrico.

- A. **CONDUCTUALES:** Aparecen conductas asociadas que variarán en función de la edad del niño. En la etapa preescolar, la conducta que se presente estará relacionado con el pensamiento pre – operacional que posee el niño; así, interpretará al dolor como una experiencia física concreta, manifestándola a través del llanto fuerte, los gritos, agitación de las extremidades, intención de apartar el estímulo causante de dolor, las expresiones verbales de lamento e irritabilidad.

- B. **FISIOLÓGICAS:** Ante los impulsos transmitidos sobre la vía ascendente, específicamente en el haz espino reticular, activan en parte el sistema nervioso autónomo, especialmente en el caso de las quemaduras donde el dolor es grave y de comienzo súbito e inesperado. Esta respuesta incluyen cambios cardiovasculares (aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial), respiratorios (aumento del ritmo, frecuencia respiratoria y disminución de la saturación de oxígeno) y neurovegetativos (aumento de sudoración palmar, dilatación pupilar).

- C. **NEUROENDOCRINAS:** Se produce una situación catabólica exagerada (hiperglucemia, acidosis láctica) y un aumento de las principales hormonas de estrés (catecolaminas, cortisol, glucagón). El estado catabólico inducido por el dolor agudo (además del hipercatabolismo producido por las quemaduras) puede ser más dañino para los lactantes y preescolares, que tienen tasas metabólicas más altas y menos reservas nutricionales que los adultos. El dolor conlleva a anorexia, lo que causa una pobre ingesta nutricional y un retardo en la curación de las heridas, alteración en la movilidad, disturbios del sueño, retraimiento, irritabilidad y regresión en el desarrollo.

2.1.5 VIVENCIA DEL DOLOR EN EL PREESCOLAR

La vivencia del dolor depende del significado de dolor que posea el preescolar, de su percepción del dolor, de la tolerancia al dolor y su reacción ante ella.

Los preescolares generalmente ven el dolor como una experiencia negativa, el cual incluye lesión o daño sea por enfermedad o accidente; en ambos casos ellos lo asumen como un “castigo” ante alguna travesura o acción negativa de ellos, pero a su vez, tiende a culpabilizar, dirigir la responsabilidad del dolor hacia otra persona.

2.1.5.1 PERCEPCION DEL DOLOR POR EL PREESCOLAR

El dolor no es exclusivamente un fenómeno biológico ya que existen aspectos psicológicos y de entorno que pueden modular la sensación nociceptiva y por ello un mismo estímulo provoca reacciones dolorosas diferentes.

Los preescolares son capaces de describir algunos aspectos de la localización, intensidad y calidad del dolor. Cuando es factible, este es mejor evaluado preguntando a los niños directamente acerca de estas características de su dolor, donde ellos nos referirán el área dolorosa y algunas otras zonas adyacentes. Es importante darles la importancia respectiva a dichas manifestaciones, otorgándoles la credibilidad respectiva a los pacientes preescolares, ya que en el XXXIV Congreso de la Sociedad Española de Cardiología en el año 1998, Jesús Gómez Palomar concluye que la otra definición del dolor es tan simple, como real: “el dolor es lo que el paciente, independientemente de su edad, refiere siempre que exista una posible causante”.

La percepción del dolor del preescolar es subjetiva, compleja e individual, influenciada por factores que afectan a la estimulación de los

nociceptores y la alteración en la transmisión del dolor (grado y tipo de quemadura) así como a la receptividad e interpretación cortical (experiencias pasadas con el dolor, cultura, creencias religiosas inculcadas, salud física y mental del preescolar anterior al dolor), pero también se encuentra influida por el sexo (estilo para hacer frente y tolerar al dolor), la edad, el nivel cognoscitivo, la cultura y, considerado un factor de relativa importancia en los niños, la conducta y cultura de los padres (nivel cultural, grado de protección y estilo de crianza del niño).

La percepción al dolor puede estar disminuida o ausente durante períodos de intenso estrés o emoción como suceden en las quemaduras, o por la destrucción total o parcial de las terminaciones nerviosas, pero ello es solo transitorio porque a medida que sus lesiones se recuperen, la sensibilidad aumentará y con ello la intensidad al dolor.

2.1.5.2 TOLERANCIA AL DOLOR DEL PREESCOLAR

La tolerancia al dolor se refiere a la intensidad del dolor que la persona está dispuesta a soportar antes de buscar alivio. La tolerancia al dolor varía entre los preescolares, siendo el aburrimiento, la ansiedad, el cansancio los principales factores que disminuyen la tolerancia al dolor en el preescolar, además del dolor persistente.

2.1.5.3 REACCION ANTE EL DOLOR DEL PREESCOLAR

La reacción al dolor de los preescolares son semejantes a las que se observa durante la lactancia, con la excepción de que el número de variables que influyen en su respuesta individual es muy complejo y variado: el recuerdo de las experiencias dolorosas pasadas, la calidad de memoria del niño, las limitaciones físicas, la separación de los padres, las reacciones emocionales de sus compañeros de habitación, y la falta de preparación previa van a determinar en parte la intensidad de la respuesta conductual del niño.

La idea del dolor empieza a tomar forma y cimentarse durante el periodo preescolar y está influenciada por el entorno hospitalario. El concepto de dolor está influenciada por el “fenomenismo”, donde la causa del dolor se atribuye a fenómenos concretos, y el “contagio” donde se relacionan dos sucesos por “magia”; así, el preescolar relaciona el dolor primariamente como una experiencia física concreta, lo interpreta como un castigo por alguna travesura, sintiéndose en alguna medida responsable y culpable de su dolor, o en algunos casos tienden a culpar el dolor generado (mayormente por procedimientos) al que se lo genera, ocasionando rechazo hacia este (casi siempre el personal de salud). Los preescolares son vulnerables ante la amenaza de lesión corporal por los conflictos psico sexuales propios de su edad, siendo los procedimientos invasivos, dolorosos o no, el principal temor. El pensamiento del preescolar acerca dolor, se centra en los sucesos percibidos externamente sea de sus compañeros o del entorno hospitalario en si mismo.

El preescolar integra secuencialmente, en relación con su proceso madurativo, la percepción y el entendimiento del dolor que posea:

- Desde los 2 a los 3 años en niño ya empieza a describir el dolor y lo atribuye a una causa externa.
- Desde los 3 hasta los 5 años ya puede dar una descripción tosca de la intensidad del dolor, empieza a usar adjetivos para el dolor mas descriptivos y términos vinculados a lo emocional tales como “triste” o “enojado”.

En general, los preescolares reaccionan con intensa perturbación emocional y resistencia física a toda experiencia dolorosa, real o percibida, aunque algunos responden favorablemente ante la preparación anticipada con explicaciones y ejemplos a manera de juego, o la aplicación de distractores.

Las respuestas características de los preescolares al dolor son gritos y llantos sonoros, las expresiones verbales de dolor, agitación de brazos y piernas, intentos de apartar el estímulo antes de su aplicación, necesidad de dependencia – súplica, el tratar de persuadir para abandonar la actividad dolorosa, el buscar apoyo emocional (como muestras de cariño hacia él o mediante el juego) además de ponerse agitado e irritable ante el dolor continuo.

2.1.6 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR

El impacto emocional de sufrir una quemadura es muy grande. La magnitud del cuadro sintomático doloroso depende de diversos factores relacionados con la gravedad de la quemadura, las circunstancias que rodearon el accidente (contexto donde ocurrió la quemadura propiamente dicha), y el estado psicológico anterior de paciente. Dentro de los aspectos fisiológicos y psicológicos del trauma térmico, el estrés post traumático cobra gran importancia en el paciente quemado. La descarga afectiva asociada en la alteración de la imagen corporal, la certeza de saber que todas las quemaduras dejan algún tipo de secuelas, y el drama socioeconómico que enmarca a la mayoría de pacientes quemados, son elementos agravantes para que se presenten estados de ansiedad, depresión y las demás señales de la reacción de adaptación que exacerban el cuadro doloroso, las cuales no están relacionadas con la gravedad de la quemadura en si, sino mas bien con la capacidad de respuesta emocional de cada persona.

2.1.7 ESCALAS DE VALORACION DEL DOLOR EN PREESCOLARES

El dolor es una experiencia emocional y sensorial difícil de valorar objetivamente. Esta dificultad se hace más evidente en el niño debido a su mínima capacidad verbal y a los cambios cognitivos y conductuales que se producen durante su desarrollo. Básicamente se utilizarán tres métodos (solos o combinados según el tipo de dolor y el paciente adolorido) para la evaluación del dolor:

- A. MÉTODOS COMPORTAMENTALES: También denominados conductuales (como se comporta el niño ante el dolor) y que son especialmente útiles en la etapa preescolar.
- B. MÉTODOS FISIOLÓGICOS: Estudian las respuestas del organismo ante la sensación dolorosa. Los principales parámetros a evaluar serán la frecuencia cardíaca y respiratoria, la tensión arterial, la saturación de oxígeno, la sudoración corporal, cambios hormonales y metabólicos y los niveles de endorfinas. En ambos métodos para cuantificar el grado de dolor se miden diferentes aspectos de la experiencia dolorosa (por ejemplo intensidad, localización, patrón, contexto y significado) se conocen como multidimensionales y pueden resultar en un enfoque más seguro de las experiencias dolorosas del niño.
- C. MÉTODOS AUTOVALORATIVOS: También denominados psicológicos o cognitivos. Pretenden cuantificar el dolor a través de la expresión del propio niño y son útiles a partir de los 3 años. Los más utilizados son las escalas analógicas visuales, la de colores, la de dibujos y las numéricas.

La evaluación es la piedra angular del manejo del dolor; cuando éste se evalúa con seguridad, hay un “punto de principio” bien definido para determinar la naturaleza y el grado de dolor y evaluar la efectividad de las intervenciones para aliviarlo.

2.1.7.1 EVALUACIÓN DEL DOLOR POR AUTOINFORME

El dolor es una experiencia subjetiva y los métodos de auto-informe se consideran el “estándar de oro” para la evaluación del dolor. Los niños tienen palabras para el dolor desde los 18 meses de edad. El desarrollo cognoscitivo es suficiente para comunicar el grado de dolor (poco o mucho) a los tres o cuatro años. La capacidad de un niño para usar herramientas que evalúan dolor, se puede medir al pedirle que realice una prueba simple

de colocar en serie objetos de diferentes tamaños del más pequeño al más grande o que cuente hasta 10 como en dolor máximo.

Las escalas de auto-informe de dolor se pueden categorizar como escalas análogas, escalas de expresión facial, escalas verbales, gráficas y numéricas. Dentro de estas escalas que se pueden usar en niños, se tienen las siguientes:

- a. **ESCALA DE COLORES:** La escala consiste de una regla que tiene por un lado una graduación de color que va del blanco o rosa pálido (no dolor), al rojo intenso (dolor máximo). El niño indica con un cursor el lugar de intensidad de color según su dolor. Por el otro lado de la regla el cursor marca la distancia en milímetros de 0 a 10 en aumentos de 0.25. Se usa en niños a partir de los 4 años.

Los preescolares de tres años pueden localizar su dolor con un dibujo. Este consiste de una silueta de un niño visto de frente y de espalda. Con frecuencia no se muestran el pelo ni los genitales y las características faciales no representan un sexo o etnia específicos. Se le pide al niño que haga una marca para indicar el área del dolor, que sombree el área dolorosa o que elija crayones de varios colores que representen grados diferentes de dolor. Aunque pueden existir variaciones individuales, los niños con frecuencia eligen el rojo, negro o púrpura para indicar dolor severo. El uso de este esquema puede dar información importante acerca de la percepción de los niños de la intensidad, calidad y localización del dolor.

- b. **ESCALA DE FICHAS DE HESTER O POKER CHIP TOOL:** Es una herramienta del tipo de evaluación ordinal concreta. Se ha usado para evaluar la intensidad del dolor en niños de cuatro años. Se les da a los niños cuatro fichas y se les dice que una ficha es un poquito de dolor y cuatro es el dolor más fuerte que pueden tener. Se les instruye para

que elijan el número de fichas de acuerdo con el dolor que tengan en el momento.

c. ESCALAS DE CARAS: Son escalas análogas. Hay varias:

Escala de Wong-Baker (1988), escala de caras de dolor de Bieri (1990), escala revisada de caras de dolor de Bieri (2001). Se diferencian en el número de caras y en que la primera usa caras que expresan sonrisa o temor y las dos últimas utilizan caras neutras para evitar los problemas asociados con esas expresiones. Se le pide al niño que elija la cara que corresponde a su dolor. Los niños muy pequeños tienden a elegir en los extremos de tales escalas (efecto todo o nada), por tanto, se recomienda en niños de cuatro años.

Una progresión de caras más detalladas, con fotografías organizadas verticalmente, la Escala de OUCHER, se usa en niños de por lo menos tres años y se pueden hacer específicas según sexo y etnia.

2.1.8 TRATAMIENTO DEL DOLOR

El tratamiento del dolor en niños implica múltiples métodos que incluyen: manejo farmacológico, cambios a nivel de entorno, terapia de la conducta, terapia física, etc.; sin embargo, uno de los componentes más importantes es la interacción del personal de salud a su cuidado con el paciente y sus padres. Así, el manejo del dolor se da tanto a nivel físico como emocional.

No siempre será posible mantener al paciente en un estado de ausencia total de dolor. En estos casos es importante saber qué repercusiones tendrá el dolor a nivel metabólico, respiratorio o hemodinámico y adecuar los cuidados a dicha previsión. También se deben tener en cuenta los efectos secundarios, previsibles o no, que los fármacos y las diferentes técnicas de analgesia y anestesia pueden tener sobre el

paciente (depresión respiratoria, tolerancia, síndrome de abstinencia, alergias).

2.1.8.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICOS

Varios métodos no farmacológicos pueden ser usados para aliviar el dolor, miedo y ansiedad, incluyendo entrenamiento para relajación, imaginación guiada, auto hipnosis y un rango de medios físicos terapéuticos. En general, estos enfoques tienen buena efectividad y excelente seguridad. En contraste, las técnicas no farmacológicas pueden no servir para algunos niños y no deberían ser usados como una excusa para retirar los analgésicos cuando son apropiados

Dentro de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor existen diversos tipos de métodos como:

- a. MÉTODO DE APOYO: entre ellos la asistencia familiar, adecuada información brindada, la empatía generada con el niño y su familia, el grado de participación que tengamos en su cuidado, y el juego que establezcamos con el niño como medida terapéutica del dolor.
- b. MÉTODOS COGNITIVOS: aquí se encuentra la distracción como método clave de alivio de dolor sea a través de la música, la visualización y la hipnosis.
 - HIPNOSIS: La hipnosis puede ser efectiva para aliviar el dolor o disminuir la cantidad de analgésicos requeridos en casos de dolor agudo y crónico. Pueden ser de gran utilidad en situaciones difíciles, como lo es en caso de las quemaduras. Aún no se conoce cabalmente el mecanismo mediante el cual actúa la hipnosis, aunque según Moret, ésta no parece estar mediada por el sistema de endorfinas. La eficacia de esta técnica depende de la susceptibilidad hipnótica de individuo, agrega Farthing. En algunos

casos, la hipnosis es efectiva en el primer tratamiento y su eficacia puede aumentar con sesiones posteriores; sin embargo, no siempre funciona. En la mayor parte de las situaciones, una persona especialmente adiestrada debe inducir la hipnosis (por lo general, un psicólogo o enfermera con adiestramiento especializado en hipnosis).

- **IMAGINACIÓN GUIADA:** Esta técnica puede definirse como el empleo de la imaginación de forma específica para lograr un efecto positivo particular. Por ejemplo, la imaginación terapéutica guiada para la relajación y el alivio del dolor consiste en combinar las respiraciones rítmicas y lentas, descritas como técnica de relajación, con técnicas mentales de comodidad y laxitud. La enfermera indica al paciente que cierre los ojos, e inhale y exhale lentamente. Con cada exhalación, el paciente imagina que cada vez que espira elimina dolor y tensión, y que el cuerpo queda relajado y cómodo. Con cada inspiración imagina que absorbe energía curativa que fluye hacia el área de dolor. El alivio del dolor a través de esta técnica puede funcionar para algunas personas y debe usarse únicamente como coadyuvante de otras formas de tratamiento cuya eficacia se ha comprobado.
- c. **MÉTODOS CONDUCTUALES:** como la respiración profunda y las técnicas de relajación (la más recomendada por diversos estudios es el yoga, la cual ha resultado muy efectiva en preescolares).
- **TECNICAS DE RELAJACIÓN:** Se considera que la relajación de los músculos esqueléticos reduce el dolor al relajar los músculos tensos que contribuyen a éste. Hay cuantiosas evidencias de que la relajación es eficaz para aliviar el dolor de tipo agudo y crónico; sin embargo, en algunos casos no es del todo eficaz, como en los pacientes post operatorios.

Una técnica de relajación sencilla es la de respiración de tipo abdominal lenta y rítmica. Esta técnica puede utilizarse como técnica de distracción también. Las técnicas de relajación, como otras técnicas, pueden requerir cierta práctica antes de que el individuo adquiera la capacidad de utilizarlas. Se requieren periodos regulares de relajación para combatir la fatiga y la tensión muscular que ocurren en el dolor crónico y que aumentan su intensidad.

d. MÉTODOS FÍSICOS: la estimulación neuroeléctrica y transcutánea que son programas de ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento en el niño sea a través de la terapia física.

- ESTIMULACIÓN NERVIOSA ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA: Requiere de una unidad operada con baterías y electrodos que se aplican a la piel para producir una sensación de hormigueo, vibración o zumbido en la región de dolor. Se ha utilizado en casos de dolor agudo y crónico. Se cree que este método reduce el dolor al estimular los receptores que no transmiten estímulos dolorosos localizados en la misma zona que las fibras que transmiten el dolor. Este mecanismo es coherente con la teoría de control de la puerta del dolor y explica la eficacia de la estimulación cutánea cuando se aplica en la misma región donde se ubica la lesión.
- TRATAMIENTO CON HIELO Y CALOR: Pueden ser estrategias eficaces para aliviar el dolor en algunas circunstancias; sin embargo, su eficacia y mecanismo de acción requieren estudios ulteriores. Se piensa que funcionan mediante la estimulación de los receptores que no transmiten estímulos dolorosos en el mismo campo receptor en que se encuentra la lesión. Para un mayor efecto, el hielo debe colocarse en el sitio afectado inmediatamente después del proceso doloroso (causante de dolor). Es necesario tener cuidado de proteger la piel de la aplicación directa de hielo, éste no debe aplicarse por más de 20 minutos.

La aplicación del calor aumenta el flujo sanguíneo a un área y contribuye a reducir el dolor al acelerar la cicatrización. Tanto el calor seco como el húmedo proporcionan cierta analgesia, pero sus mecanismos de acción no se comprenden en su totalidad.

Dentro de las estrategias cognoscitivas para el alivio del dolor, estas varían de acuerdo a la edad; así, para los niños en edad preescolar se recomienda realizar junto con el niño la imaginación de superhéroes o formar una historia similar al contexto del niño con el clásico “final feliz”, soplar para alejar el dolor, buscar objetos en dibujos, un guante mágico que evita el dolor, la lectura de libros infantiles de su agrado, la televisión o videos.

2.1.8.2 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud agruparon los analgésicos en tres peldaños de una intervención gradual o escalonada:

- Peldaño 1: analgésicos no opioides, principalmente paracetamol, ácido acetil salicílico (AAS) y antiinflamatorios no esteroides.
- Peldaño 2: opioides leves, principalmente codeína.
- Peldaño 3: morfina y otros opioides fuertes.

A. ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

Analgésicos menores y AINES: Se administran para el tratamiento del dolor leve -moderado, el dolor de características inflamatorias y como coadyuvantes de los opiáceos en el dolor moderado - grave.

- Derivados del para-aminofenol: paracetamol y fenacetina. Su acción se basa en la inhibición de las prostaglandinas a nivel central.

El paracetamol (Acetaminofén) es un analgésico y antipirético no opioide generalmente seguro, que tiene la ventaja de administrarse por vía oral y rectal. Además, no produce los efectos gastrointestinales o antiplaquetarios del AAS y los AINEs, lo que lo hace un fármaco particularmente útil. A diferencia del AAS y los AINEs, tiene una pequeña acción antiinflamatoria. Las concentraciones plasmáticas de 10-20 ug/ml están asociadas con analgesia y antipiresis. La dosis oral recomendada es 10-15 mg/Kg cada 4 horas. Cuando se da por vía rectal su absorción puede ser retardada y variable. Las concentraciones plasmáticas terapéuticas son alcanzadas con dosis única rectal de 30-35 mg/Kg, con pico máximo a los 45-70 minutos. Debido a que la depuración es prolongada con estas dosis rectales grandes, el intervalo de dosificación debe ser extendido a 6-8 horas en niños.

- AINES: salicilatos, ibuprofeno, naproxeno, ácido mefenámico, diclofenaco y ketorolaco. La acción analgésica de los AINEs se basa en la inhibición de la enzima ciclooxigenasa a nivel central y periférico, con la consiguiente reducción de la síntesis de prostaglandinas y tromboxanos. Todos los AINEs son inhibidores no selectivos de la enzima ciclooxigenasa, a excepción del ácido acetilsalicílico.

Los AINEs son usados ampliamente para el tratamiento del dolor y fiebre en niños. La dosis recomendada de ibuprofeno es 8- 10 mg/Kg cada 6 horas. Para niños, los AINEs pueden proveer buena analgesia con un bajo perfil de efectos adversos.

El ketorolaco es un AINE administrado por vía parenteral, y es una alternativa útil en el tratamiento del dolor agudo moderado a severo, en particular cuando los pacientes son incapaces de deglutir medicaciones orales. La dosis recomendada es 0,5 mg/Kg IV ó IM cada 6 horas hasta un máximo de 5 días; dosis más bajas pueden ser igualmente efectivas. El ketorolaco no es único en su efecto opioide leve, alguna evidencia sugiere

que puede haber diferencia clínicamente sentida entre los AINEs en sus efectos analgésicos máximos.

Los efectos adversos de los AINEs incluyen complicaciones gastrointestinales (sangrado y perforación, las más comunes), disfunción renal y hemostasia disminuida.

- Derivados del pirazol. metamizol o dipirona magnésica. Son inhibidores centrales de las prostaglandinas e inactivadores del receptor sensibilizado.

B. ANALGÉSICOS OPIOIDES

Son un grupo de fármacos de gran potencia analgésica. Su acción se basa en la unión a receptores del sistema nervioso central que modulan en sentido inhibitorio la nocicepción. Disminuyen el componente emocional subjetivo (sufrimiento, sensación de angustia) y la respuesta autonómica (sudoración, taquicardia) al dolor.

Se utilizan en el dolor moderado-grave y los más prescritos en nuestro ámbito son Codeína, Tramadol, Morfina y Fentanilo, disponiéndose para utilización por vía oral de la codeína, la morfina y el tramadol. De menor utilización en niños son la Metadona, Meperidina, Buprenorfina y Pentazocina.

Son usados para tratar varios tipos de dolor agudo y crónico en infantes y niños, sobre todo en casos de dolor moderado y severo. Pueden ser administrados por vía oral, rectal, oral, subcutánea, intramuscular, intravenosa, epidural y subaracnoidea. Tradicionalmente los infantes y niños pequeños han sido sub dosificados con opioides por el temor de efectos adversos respiratorios significativos. Con un entendimiento apropiado de su farmacocinética y su farmacodinamia, los niños pueden recibir alivio efectivo del dolor y el sufrimiento con un buen margen de seguridad.

Los opioides actúan mimetizando las acciones de los péptidos opioides endógenos en su unión a receptores en el cerebro, tronco cerebral, médula espinal y sistema nervioso periférico.

Los opioides tienen efectos depresores respiratorios dosis - dependiente y mitigan las respuestas ventilatorias a la hipoxia y la hipercapnea. Los efectos depresores respiratorios pueden ser aumentados con la co administración de otros fármacos sedantes, tales como benzodiazepinas y barbitúricos. Aunque los opioides pueden ser usados con seguridad, frecuentemente producen efectos adversos como estreñimiento, náusea, vómito, prurito, retención urinaria, espasmo del tracto biliar, euforia, sedación, depresión respiratoria y colapso hemodinámico; a dosis equi analgésicas, todos ellos pueden producir en grados similares los efectos adversos mencionados. El uso óptimo de los opioides requiere un manejo proactivo y anticipatorio de aquellos efectos.

Con frecuencia, el personal de salud administra poco los analgésicos opioides debido a la preocupación por el riesgo a adicción. Los niños que reciben opioides para el alivio del dolor intenso raramente desarrollan adicción, la cual es una conducta voluntaria. La adicción se desarrolla más por la sensación de bienestar y placentera que produce más que por el alivio del dolor.

2.2 CONSIDERACIONES SOBRE LAS ACTITUDES

2.2.1 DEFINICION DE ACTITUDES

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en la que se desenvuelven e interactúa diariamente; además, el estudio de las actitudes constituye un valioso aporte para examinar, comprender y comparar la conducta humana, como la expresión de los valores. De todas las definiciones que se pueden encontrar sobre actitudes, se puede inferir una serie de aspectos que

denotan las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales. Así, Eiser brinda la siguiente definición:

“Predisposición aprendida, no innata, y estable de responder ante un objeto social”. (13)

Mientras que K. Young opina que:

“La actitud es la tendencia o predisposición de tipo aprendida, de tono afectivo, a responder de un modo característico frente a determinada situación.” (14)

Por otro lado, Muchielli define a la actitud como:

“Una orientación general de la manera de ser de un actor social (individuo o grupo) ante ciertos elementos del mundo (llamados objetos nodales)”.(15)

Mientras Allport agrega que la actitud:

“Es una disposición mental y neurológica a responder de manera individual y organizadamente, a través de la experiencia, frente a los objetos y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta”. (16)

Efectivamente, una actitud es una predisposición para responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él. Resumiendo las definiciones de la actitud, Kerlinger prefiere:

“La actitud es una predisposición organizada para sentir, recibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”.(17)

La actitud, desde estas definiciones, viene a ser la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir, y comportarse ante un referente, ya sea en forma de rechazo, aceptación o indiferencia.

2.2.2 FORMACION DE LAS ACTITUDES

Las actitudes se van formando de distinta manera, tales como:

- Las actitudes se desarrollan en el proceso de satisfacción de las necesidades.
- Las actitudes están condicionados por la información que recibe la persona.
- La pertenencia a una determinada clase social determina la formación de las actitudes.
- El factor más poderoso en la formación de las actitudes es la experiencia directa que el individuo tiene con el objeto o referente.

2.2.3 TEORIAS DE LA FORMACION DE LAS ACTITUDES

Se pueden distinguir tres tipos de teorías fundamentales sobre la formación de las actitudes, estas son:

A. TEORÍA DEL APRENDIZAJE: Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Esta teoría de aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje “depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos”.

B. TEORÍA DE LA CONSISTENCIA COGNITIVA: Según la teoría de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En

consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

C. TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNITIVA: Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia.

Además del apoyo de estas teorías, existen cuatro mecanismos psíquicos-sociales importantes por los cuales formamos nuestras actitudes:

- IMITACIÓN: ya que aprendemos modos específicos de conducta frente a objetos referenciales.
- INSTRUCCIÓN: donde se desarrollan los dilemas entre lo comprendido frente a un referente específico y la conducta real que observamos de las demás personas frente a dicho referente.
- CONDICIONAMIENTO: por determinada actitud que se asume frente a un referente específico; el determinante de la continuación de dicha actitud será el premio o castigo que se reciba.
- EXPERIENCIA: considerado como el factor más poderoso para el aprender y formar las diversas actitudes.

2.2.4 ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple mediante la cual se manifiestan sus tres componentes básicos expresados:

- A. COMPONENTE COGNOSCITIVO: Incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Implica el "conocimiento verdadero" que poseen las personas de un referente. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.
- B. COMPONENTE AFECTIVO: Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado.).
- C. COMPONENTE CONATIVO O MOTIVACIONAL: Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como desencadenamiento (acto) conductual. Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes.

2.2.5 CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES

Entre las principales características de las actitudes cabe señalar las siguientes:

- Son aprendidas, ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas.
- Son dinámicas, cumplen un papel motivacional importante, vinculando al sujeto con los objetos de la realidad, siendo susceptibles de modificación o sustitución.

- Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente.
- Interrelación, las actitudes presentan una vinculación entre si, constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción.
- Orientación, ya que las actitudes presentan una dirección u orientación frente a los objetivos; estas pueden ser favorable (aceptación), desfavorable (de rechazo) o neutral (indiferencia).
- Las actitudes son experiencias subjetivas (internas) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

2.2.6 DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES

- DIRECCIÓN:** Se deriva del signo de la actitud y que se evidencia con el acercamiento/aceptación, le es indiferente o con el alejamiento/rechazo hacia el objeto de la actitud. Señala el modo de sentir de la persona hacia el objeto.
- INTENSIDAD:** Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud expresada; cuya intensidad varia desde fuerte a ligera.
- SIGNO:** las actitudes se diferencian en, buenas o positivas si se dirigen a los valores; malas o negativas si se disponen a actos contrarios a nuestra naturaleza y nos orientan hacia los contravalores o si nos alejan de los objetos y situaciones que representan valores con cierto nivel de intersubjetividad social.

Finalmente, es preciso señalar que “la dirección e la intensidad entrañan el componente afectivo”.

2.2.7 MEDICION DE LAS ACTITUDES

Las pruebas psicológicas o escalas constituyen el método de captación de datos que mas se utilizan en la ciencia del comportamiento.

Las pruebas psicológicas constituyen un procedimiento sistemático mediante el cual a un individuo se le presenta una serie de estímulos artificiales ante los que reacciona; sus respuestas permiten al examinador asignarle un numero o un conjunto de numerales con los que se hacen inferencia sobre el grado en que posee las cualidades que mide la prueba; en si, es un instrumento de medición.

La escala consiste en una serie de símbolos o números constituidos de tal modo que pueden ser medibles; la asignación depende de que el individuo posea aquello que mida la escala. La escala tiene dos sentidos: designa el instrumento de medición y a los numerales de dicho instrumento.

2.3. LA ENFERMERA ANTE EL DOLOR DEL NIÑO PREESCOLAR CON QUEMADURAS

Aliviar el dolor y la incomodidad es una intervención fundamental de Enfermería y para esto se requiere dominio de la ciencia y del arte de la enfermería, así como de la sensibilidad y empatía – un esfuerzo de la enfermera en tratar de comprender lo que el paciente está sintiendo y experimentando – y en comunicar comprensión, cariño, respeto y solidaridad a través de sus palabras. No solo se espera que se conduela ante el hecho, sino que procure experimentar lo que sus pacientes sienten para comprender mejor sus dolencias y necesidades, de esta forma maximizara sus esfuerzos por mejorar el cuidado. (12)

El alivio del dolor y sufrimiento es un precepto indicado como una de las responsabilidades fundamentales del ejercicio fundamental de Enfermería en el Código de Ética para enfermeros y enfermeras. La enfermera debe contribuir con un eficaz tratamiento del dolor y no

mecanizarse ante él. Con frecuencia, se encuentra con el sufrimiento y dolor humano a diario, y esta condición contradictoria favorece la cotidianidad con el dolor hasta el extremo de ver como “normal” la presencia del dolor en pacientes de cualquier edad y/o etapa de vida; ello solo limita su accionar a la administración de tratamiento farmacológico indicado por el personal médico, dejando de lado su rol fundamental en el alivio del dolor a través de las técnicas cognoscitivas.

La influencia biomédica tiene su cuota de responsabilidad ya que realiza todos los procedimientos posibles para salvar la vida sin importar, en ocasiones, si con ello esta provocando un sufrimiento mayor que la enfermedad misma. Además, con frecuencia se subyace los mitos, creencias y la idiosincrasia el paciente y familia no habiendo inclusive la explicación previa respectiva. De ahí que sea de importancia la participación activa de Enfermería en el tratamiento al dolor a los preescolares con quemaduras, donde además del tratamiento farmacológico continuado, completo, combinado y preventivo, debe de agregársele el tratamiento psicológico a través de las técnicas cognoscitivas.

2.3.1 TEORIA DEL MODELO DE INTERACCION

Planteada por Imogene King en el año 1989, establece que la Enfermería es una profesión de tipo asistencial que ayuda a los individuos y a la sociedad a conseguir, conservar y recuperar la salud. La enfermera debe percibir, pensar, relacionar y actuar según el comportamiento de los individuos que requieren cuidados de Enfermería.

Los cuidados de enfermería son la realidad ambiental, espacial y temporal inmediata en donde la enfermera y el paciente entablan una relación para afrontar los cambios de salud y ajustarse a los cambios de actividad de la

vida diaria si así lo requiere. La función de Enfermería está en el proceso de interacción empática que solo conseguirá a través de los valores fundamentales del respeto y solidaridad.

2.3.2 PERFIL DE LA ENFERMERA ANTE NIÑOS CON DOLOR

La profesión de enfermería se concreta en acciones de cuidado, que reflejan las diversas posibilidades de su abordaje en una situación determinada. En palabras de L. M. Pastor en 1997, el enfermero no es un profesional que colabora estrechamente con el médico, alguien que realiza lo que se le encarga, sino que tiene también sus propias competencias, de las que debe responder y a través de las cuales se realiza como profesional. Para Brennan y M. J. Cousins, la promoción del alivio del dolor es un derecho humano fundamental, esto como una buena práctica médica y ética para el beneficio de los pacientes, donde la responsabilidad del adecuado alivio y monitoreo del mismo esta a cargo del personal de enfermería .

Por otro lado, Harper, citado por Arratia, establece que el conocimiento de enfermería está conformado por patrones de tipo empírico, estético, conocimiento personal y ético. Entre ellos, el ético corresponde a un elemento fundamental en el cuidado como es la relación enfermera(o) - paciente, que se construye sobre la ética del respeto al otro como interlocutor válido, y la intersubjetividad y la comunicación efectiva, teniendo en cuenta y respetando los aspectos culturales, valores y creencias y respetando su totalidad. El cuidado del ser humano sobre todo cuando esta de por medio el sufrimiento humano de las personas, el dolor que mitiga la tranquilidad y bienestar.

La Ética en enfermería no se centra solamente en los llamados dilemas bioéticos, sino también en la posición que asume el personal de enfermería frente al dolor, en el sufrimiento del niño, en el planteamiento del buen cuidado diario a dicho paciente, así como el cuidar de los aspectos que ayuden a las personas a mantener la salud desde sus propias creencias,

costumbres y preferencias. El enfermero centra su atención en el paciente, y su principal objetivo es ayudar a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, favorecer el bienestar y disminuir al mínimo el sufrimiento. De acuerdo con la definición de Virginia Henderson, la atención de enfermería es "la ayuda en la promoción, mantenimiento, restablecimiento de la salud, y favorecer el bienestar del paciente, disminuyendo el sufrimiento y dolor en los pacientes."

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social, la cual se expresa a través del cuidado de enfermería – donde radica su naturaleza humana y social –, y en la relación interpersonal que se establece entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado. En esta interacción con el sujeto cuidado, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, la empatía es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto - sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales

Por tanto, el término "cuidado" implica para el profesional de enfermería el objetivo esencial de la profesión, la cual necesita para su ejercicio de conocimientos, técnicas y habilidades, así como de saber hacer uso de ellos, a partir de unas actitudes o virtudes morales que permitan enfocar el cuidado en la mejor dirección.

G. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

A fin de facilitar la comprensión de algunos términos utilizados en el presente estudio se plantean las siguientes definiciones:

1. NIÑOS CON QUEMADURAS.- Es todo niño, varón o mujer, en etapa preescolar (de 2 a 5 años de edad) que presenta quemaduras de II y III grado, hospitalizado en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño.

2. ACTITUD DE LA ENFERMERA FRENTE AL DOLOR.- Es la respuesta afectiva de comportamiento de la enfermera según edad, años de experiencia y capacitación, hacia el dolor que experimentan los niños preescolares con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, obtenida mediante una escala tipo Lickert cuyo valor final será de favorable, medianamente favorable o desfavorable.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene un enfoque de tipo cuantitativo porque mide la variable de estudio, vincula conceptos abstractos junto con indicadores numéricos; es de nivel aplicativo debido a que los resultados contribuirán a la motivación y concientización de las autoridades para así planificar estrategias que permitan contribuir con el propósito de estudio. Según el análisis y alcance de los resultados, es de método descriptivo simple porque describe la variable de estudio y las características que presenta mas no la explica; según el periodo y secuencia del estudio, es de corte transversal porque estudia la variable en un determinado periodo de tiempo y espacio.

B. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), perteneciente al Ministerio de Salud, que dada su naturaleza, presta atención a la demanda de la población pediátrica del país.

El Instituto Nacional de Salud del Niño queda ubicado en la Av. Brasil, número 600 perteneciente al distrito de Breña. El Servicio de Quemados y Cirugía Reparadora se encuentra en el pabellón número II, al lado oeste del Hospital, en el tercer piso. Cuenta con 6 ambientes para hospitalización clasificadas según la edad del paciente (sala 1 para lactantes, 10 cunas; sala 2 con 6 camas; sala 3 con 6 camas; sala 4 para 6 camas; sala 5 con 2 camas; y la sala 6 para adolescentes con 6 camas), un ambiente para aislados con 1 cama, una sala de juegos y recreación, sala de psicología, un ambiente para Terapia física y Rehabilitación, una sala de curaciones y una sala de de operaciones con su respectiva unidad de recuperación. Actualmente cuenta con 35 camas para hospitalización.

En el Servicio de Quemados se presta atención asistencial a todo paciente pediátrico y adolescente con diagnóstico de quemaduras, clasificadas desde primer grado hasta cuarto grado de quemaduras, siendo la causa más frecuente de atención en quemaduras por agua y líquidos calientes en pacientes en edad preescolar. Cuenta con un equipo multidisciplinario para la atención del niño quemado, profesionales especialistas médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, tecnólogos médicos, entre otros. El personal de Enfermería está compuesto por 14 Licenciadas de Enfermería, las cuales prestan servicio asistencial en tres turnos de trabajo, de lunes a domingo, bajo la dirección y supervisión de la Enfermera Jefe de dicho servicio. El flujo de pacientes promedio al mes es de aproximadamente 20 pacientes (según estadística del INSN).

Además, el Servicio de Quemados cuenta con el apoyo de distintas entidades privadas, quienes brindan capacitación sobre diversos temas de interés en Servicio, según un cronograma preestablecido por ambas partes.

C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA

La población estuvo conformada por 14 Licenciadas en Enfermería que brindan labor asistencial en el servicio, las cuales cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Enfermera que labora en el Servicio de Quemados.
- Enfermera con más de 6 meses de labor asistencial en el Servicio de Quemados.
- Enfermera que acepten participar en el estudio de investigación.

Criterios de Exclusión:

- Enfermera que labora en el Servicio de Quemados y se encuentran de vacaciones o licencia.
- Enfermera que no pertenece al Servicio de Quemados, pero es asignada para cubrir ausencia de enfermera del servicio.
- Enfermera que no acepte participar en el estudio de investigación

D. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la entrevista estructurada y el instrumento fue una Escala tipo Lickert modificada, la cual consta de la presentación, instrucciones, datos generales, y los datos específicos con 20 enunciados, cada una con 5 posibilidades de respuesta (“totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “indeciso”, “en desacuerdo”, “totalmente en desacuerdo”), a las cuales se les asignó una puntuación específica (codificación de datos) según la base teórica revisada. (ANEXO “C”). Luego de la sumatoria de cada puntuación, se obtiene un puntaje total por cada enfermera encuestada, el cual se clasificará según la categorización de la variable obtenida (ANEXO “B”) pudiendo adoptar como valor final de la variable una actitud favorable, medianamente favorable y desfavorable.

El instrumento fue sometido a pruebas de validez y confiabilidad; así, para la prueba de validación del instrumento se recurrió a 2 criterios: el Juicio de Expertos (validez de criterio) y el Coeficiente de Correlación de Pearson (validez de constructo). (ANEXOS “F” y “D”). Para la confiabilidad del instrumento se utilizó la fórmula del Alfa de Crombach (ANEXO “E”).

E. PLAN DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Se realizaron los trámites administrativos con el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) a fin de obtener la autorización para la implementación del estudio y recojo de los datos. Seguidamente se realizaron las coordinaciones con la Enfermera Jefe del Servicio de Quemados de dicha Institución, para programar las fechas y horarios de recojo de datos, los cuales fueron recolectados exclusivamente por la investigadora en el mes de Octubre del año 2008, durante 20 días, los días lunes, miércoles y viernes, en horarios de cambio de turno (7:30 am. y 7:30 pm.), tomando aproximadamente 30 minutos para la aplicación del instrumento.

El procesamiento de datos se realizó en 10 días, de forma manual, iniciándose con la asignación de un código de numeración (x_n) a cada encuesta recibida, a fin de conservar el anonimato de cada participante. Luego, se asignó un puntaje respectivo a cada enunciado contestado según la codificación de datos prevista (ANEXO “H”), para posteriormente realizar la sumatoria de los mismos y obtener el puntaje total de cada enfermera participante. Seguidamente, se realizó una matriz de datos generales en donde se especifica el puntaje total, la edad, años de experiencia y años de capacitación recibida por cada enfermera participante (ANEXO “I”).

Para la presentación de datos se utilizó el programa Excel a fin de mostrar los datos obtenidos a través de cuadros y/o gráficos que faciliten su

descripción y análisis. Se realizó un cuadro para cada dimensión de la variable y tablas para la presentación de los datos generales.

F. PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Para el análisis e interpretación de datos fue necesaria la revisión extensa de bibliografía respecto al tema, así como otros estudios de investigación similares, a fin de interpretar y contrastar los resultados obtenidos.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A fin de resguardar los principios éticos de la investigación, se solicitó la autorización de la Institución y el consentimiento informado a las enfermeras participantes de la investigación, respetando así el principio de autonomía.

La confidencialidad de la información se garantiza con el anonimato, ya que la información brindada por cada participante no identifica a la participante y es reservada por la investigadora y solo se utiliza para fines de la investigación, no perjudicando en lo absoluto a las participantes.

Cumpliendo también el principio de beneficencia porque sus resultados permitirán mejorar la situación encontrada.

El principio de justicia se refleja en la inclusión de todas aquellas enfermeras que deseen participar en el estudio, sin discriminación de raza, cultura o creencia religiosa.

El consentimiento informado utilizado en la investigación se adjunta en el ANEXO "G".

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de haber procesado los datos, estos se presentan en cuadros estadísticos con su respectiva discusión, según se detallan:

A. DATOS GENERALES

En cuanto a los aspectos generales de la población de estudio, se encontró que de 14 enfermeras (100.00%), sus edades oscilan entre 20 y 60 años, de las cuales, 6 enfermeras (42.80%) tienen entre 31 a 40 años de edad, 5 enfermeras (35.70%) tienen entre 41 a 50 años, 2 enfermeras (14.30%) tienen entre 20 a 30 años y 1 enfermera (7.2%) entre 51 a 60 años de edad (ANEXO "J"). Con respecto a los años de experiencia en el cuidado de niños con dolor por quemaduras, 6 enfermeras (42.80%) tienen entre 6 a 10 años de experiencia, 4 enfermeras (28.50%) tienen entre 1 a 5 años de experiencia, 2 enfermeras (14.40%) tienen entre 11 a 20 años de experiencia y 2 enfermeras (14.30%) tienen entre 21 a 25 años de experiencia (ANEXO "K"). Y en cuanto al año de la última capacitación sobre atención al dolor, 8 enfermeras (57.10%) recibieron su última capacitación en el año 2007 (meses de Abril hasta Julio), 4 enfermeras (28.50%) en el año 2008 (Agosto a Septiembre) y 2 enfermeras (14.30%)

no recibieron ninguna capacitación referente al tema en los últimos 5 años (ANEXO “L”).

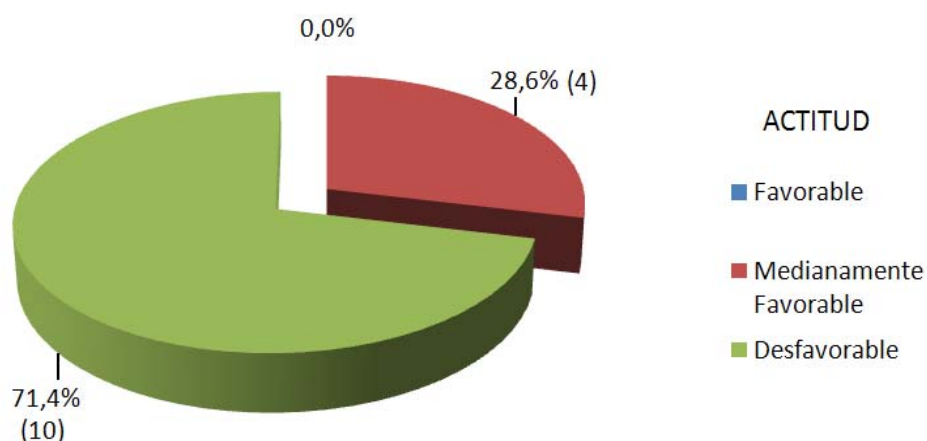
B. DATOS ESPECIFICOS

Con respecto a la actitud de la enfermera hacia el dolor del niño con quemaduras, se presentan los siguientes resultados:

En el gráfico N° 1 “Actitud de la Enfermera hacia el Dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009”, se aprecia que del total de 14 enfermeras (100%), ninguna enfermera muestra una actitud favorable, 4 enfermeras (28.60%) muestran una actitud medianamente favorable y 10 enfermeras (71.40%) muestran una actitud desfavorable hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras.

GRÁFICO N° 1

ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - 2009
LIMA – PERÚ



Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Quemados INSN – Octubre 2008

Cada persona tiene una actitud propia frente a un referente específico, pero es común que dicha predisposición se vea influenciada por diversos factores. Según Twycross, la rutina de trabajo, el referente de patrón de conducta de los niños, la experiencia laboral, carga laboral, maternidad, el grado de felicidad personal, entre otros, son sólo algunos de aquellos diversos factores que influyen en el aprendizaje y formación de las actitudes, conllevándolas progresivamente a ser negativas. Zavala refiere que la actualización de conocimientos y la investigación permanente permiten desterrar dichas actitudes desfavorables. Frente al dolor, exclusivamente, diversos autores coinciden que las actitudes del personal de salud son susceptibles al cambio si se motiva y concientiza a la actualización permanente y orientada hacia el control y la prevención del dolor, logrando mantener así vigente la sensibilidad del ser humano frente a las diversas situaciones dolorosas.

Las quemaduras, con mayor prevalencia en la edad preescolar, son causantes de una de las experiencias dolorosas más intensas. Dicha sensación dolorosa, definida como una experiencia sensorial y emocional desagradable, caracterizada por ser abrumadora, constante e irreprímible, produce una intensa perturbación emocional y resistencia física en el niño debido a diversos factores – tanto internos como externos – que determinan su vivencia, reacción y tolerancia al dolor. Para Maslow y Kalish, evitar el dolor es una necesidad fisiológica prioritaria ya que produce molestia, discomfort, ansiedad, además de conllevar a consecuencias fisiológicas, conductuales e inclusive sociales en el niño, tanto a corto como a largo plazo, tales como la disminución de la movilidad, alteraciones en el sueño, retraimiento social, tendencia a la irritabilidad y regresión en el desarrollo psicomotriz y psicosocial del preescolar, entre otras. Es por ello necesario brindar un tratamiento integral y especializado del dolor en quemaduras, para disminuir la prevalencia innecesaria del dolor y favorecer la calidad del autocuidado al niño quemado, utilizando las diversas estrategias de solución farmacológica, cognoscitiva y el apoyo familiar. Así, la atención del

cuidado integral recae en el personal de Enfermería ya que se encuentra consignado como una de sus responsabilidades fundamentales, y donde se especifica además, el contribuir con un tratamiento eficaz frente al dolor, utilizando e innovando sus capacidades psicopedagógicas y actitudinales para calmar el sufrimiento del niño con quemaduras.

Entonces, el cuidado constituye una relación humana de ayuda donde el profesional de Enfermería reconoce y responde a tal requerimiento, tal como lo señala H. Peplau, evidenciando solidaridad, comprensión, cariño, respeto y empatía, además de expresar un adecuado lenguaje no verbal en cada uno de sus cuidados brindados. El desarrollo del “ser con el otro” o el “cuidar como a si mismo” resalta la importancia de la sensibilidad, motivación y actitud favorable de la enfermera, subrayando la importancia no solo de las palabras, sino de los elementos no verbales que acompañen a dicha predisposición frente al dolor, así lo confirma la Teoría del Intercambio Simbólico elaborado por J. Riehl Silca. De allí que sea importante desarrollar y reforzar el perfil actitudinal de la enfermera, basándose en la adquisición y reforzamiento de habilidades y capacidades cognitivas así como las actitudinales, con el fin de favorecer el tratamiento integral para aliviar el dolor del niño con quemaduras.

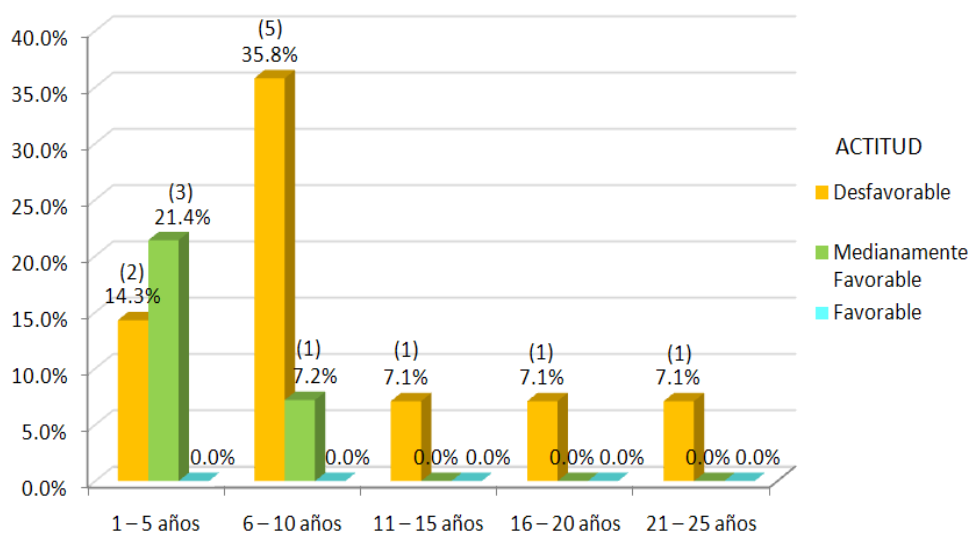
Fuller destaca que la relación entre actitud desfavorable e insuficiente (o nula) valoración del dolor, es una relación de causalidad más que de asociación, y es que no sólo es importante observar al niño y determinar si tiene o no dolor, sino que se debe valorar el dolor tomando en cuenta el contexto en el que se encuentra el niño, dado que se puede correr el riesgo de subvalorar el dolor cuando algunos factores no son considerados. Por otro lado M. Martin y D. Cesar, pertenecientes a la Revista Española del Tratamiento del dolor, refiere que la enfermera se ve influenciada muchas veces por mitos y tradiciones respecto al dolor en niños, y es la persistencia de dichos mitos las que interfieren en su manejo, haciendo que adopte una actitud desfavorable y con ello, la permanencia del sufrimiento en el niño quemado, afectando considerablemente su área emocional y retardando su desarrollo normal así como su recuperación.

Por lo tanto, se ha encontrado alto porcentaje (71.40%) de enfermeras que muestran una actitud desfavorable frente al niño con dolor por quemaduras, lo que puede estar influenciado por diversos factores tales como: la poca información actualizada sobre el dolor y su manejo en niños, la insuficiente motivación o el escaso tiempo dedicado a la valoración del dolor en el niño, habiendo resultados similares como los que encontró Carmen Collao el año 2002 en su estudio titulado “Actitud del Personal de Enfermería hacia el niño con Dolor, realizado en Chile, en Noviembre 2001 y Enero 2002”, cuando concluye que el 72% de las enfermeras muestran una actitud desfavorable hacia el dolor, y dentro de los factores que influyen en dicha actitud está la edad, el tiempo de ejercicio profesional, estado civil, presencia de hijos, antecedentes de familiares hospitalizados que han experimentado dolor, y la capacitación continua. Es claro que una actitud desfavorable no permite brindar un adecuado tratamiento integral al niño quemado especialmente al control del dolor, esto debido a que un niño con dolor difícilmente colabora con el tratamiento brindado, limita la relación terapéutica con la enfermera y sus padres, lo cual limitaría progresivamente su recuperación y perjudica su estado físico, mental y emocional, ocasionando una disminución en su estado anímico y sistema inmune, ocasionando una disminución en su estado anímico y sistema inmune, piezas claves para que el niño se recupere de sus dolencias. Así, el arraigo de las actitudes negativas conllevaría a la limitación de cuidados de enfermería que requiere el niño quemado, traduciéndose esto en un sufrimiento innecesario a causa del dolor, lo que ocasionaría consecuencias tales como discomfort, ansiedad, estrés, anorexia, retardo en la curación de heridas, regresión en el desarrollo, retraimiento social, entre otras.

En el cuadro N° 2 “Actitud de la Enfermera según Años de Experiencia Hacia el Dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009”, se tiene que del total de 14 enfermeras (100%), ninguna muestra una actitud favorable, 5 enfermeras (35.80%) que tienen entre 6 a 10 años de experiencia presentan actitud desfavorable y 3

enfermeras (21.40%) que tienen entre 1 a 5 años de experiencia presentan actitud medianamente favorable.

GRÁFICO Nº 2
ACTITUD DE LA ENFERMERA SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA HACIA
EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS
EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – 2009
LIMA – PERÚ



Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Quemados INSN - Octubre 2008

Dentro de la formación de la actitud, el factor más importante y poderoso para el aprendizaje y formación de dichas actitudes es la experiencia. Así lo manifiesta Millar y Keane: “La actitud es el patrón de enfoques mentales establecidos por la acumulación de experiencias”, cumpliéndose así una de las principales características de las actitudes: el ser aprendidas. En un centro hospitalario, el personal de Enfermería es quien brinda los cuidados al paciente y tiene la mayor oportunidad de interrelación, de conocer sus necesidades y sentimientos, de convivir con el dolor e incomodidad del niño quemado lo cual favorece, contradictoriamente, su cotidianidad con el dolor humano y sufrimiento; ello

influenciará mas tarde en la forma de percibir, sentir y actuar frente al dolor, en la atención del cuidado que brinde, restringiendo sus acciones a la administración del tratamiento farmacológico indicado y no buscando otras opciones de tratamiento no farmacológico (cognoscitivos, psicológicos, etc.).

De igual manera, Joyce Travelbee, en su Modelo de Relación Persona-Persona, refiere lo siguiente: “La Enfermería se basa en un proceso interpersonal donde el personal de Enfermería ayuda a la persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar favorablemente la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, dándole sentido a estas experiencias”. Así, brindar un adecuado manejo del dolor no solo se centra en el consuelo y evaluación verbal del dolor, sino que incluye la información y educación al binomio paciente – familia sobre la experiencia específica causante del dolor, la evaluación sistemática, completa, constante y registrada del dolor, así como también el seguimiento o análisis de las acciones ejecutadas. Ello es mostrar una actitud positiva y favorable, en donde se evidencie el interés, profesionalismo, la aplicación de los valores éticos, la empatía y solidaridad de la Enfermera. No obstante, dichas actitudes asumidas inicialmente pueden verse modificadas por los prejuicios, estereotipos y mitos respecto al dolor en niños y su tratamiento, la referencia de dificultad en la valoración del dolor en preescolares, la influencia biomédica y la frecuente convivencia con el dolor, la constante subestimación de referencia del dolor en niños, y la tendencia a la mecanización del trabajo, hechos que se van adquiriendo y reforzando conforme los años de experiencia y ejercicio laboral crecen. Es común que el aprendizaje teórico se vea relegado mínimamente por el aprendizaje práctico modificando progresivamente las actitudes, de allí que algunos investigadores relacionen directamente la experiencia con la actitud desfavorable.

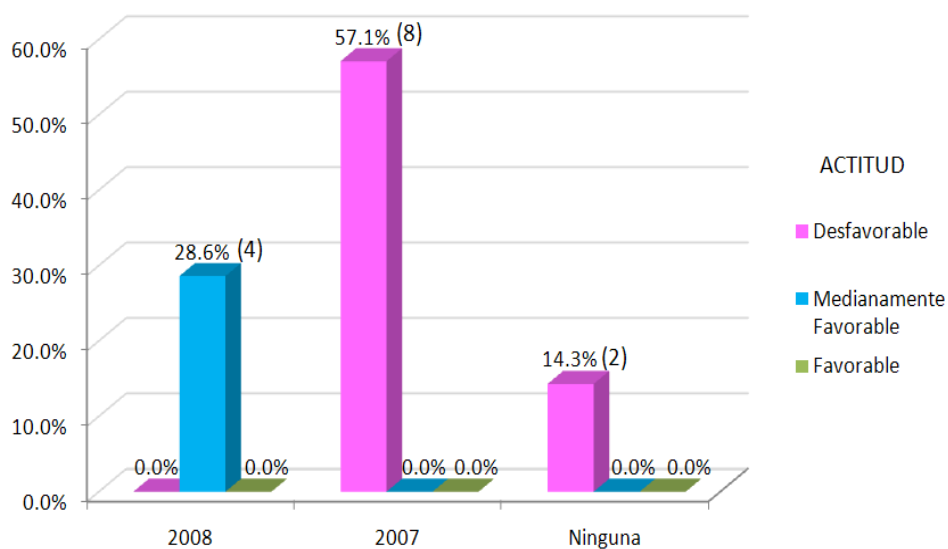
En este estudio se encontró que las enfermeras que muestran actitud desfavorable frente al dolor de los niños con quemaduras, en su mayoría (35.8%) tienen de 6 a 10 años de experiencia, seguidas de las enfermeras

que tienen de 1 a 5 y de 11 a 25 años de experiencia, llamando la atención que un porcentaje de 21.40%, casi la cuarta parte de enfermeras estudiadas, presentan actitud medianamente favorable y tienen entre 1 a 5 años de experiencia, resultados que coinciden con investigaciones similares en donde señalan que a medida que se adquiere experiencia, también se aprenden ciertas actitudes negativas frente al dolor. También se puede apreciar que, en todos los rangos de años de experiencia considerados para este estudio, la actitud desfavorable esta presente y la actitud medianamente favorable tiende a decrecer. Así, a mayor experiencia se espera una menor actitud favorable frente al dolor y una menor sensibilidad ante el sufrimiento del niño quemado, lo cual perjudica el área emocional primordialmente ya que el niño preescolar percibe el dolor como un “castigo”. La instrucción, las estrategias aprendidas y recomendadas a lo largo de su experiencia laboral, así como las acciones tomadas rutinariamente – en muchos casos – frente al dolor, son algunos de los factores que incluye la experiencia laboral y contribuye a la actitud desfavorable; lo que limitará el adecuado tratamiento del dolor que se debe brindar al niño para su recuperación y la relación de cuidado que establezca con el niño y familia, lo cual pudiera disminuir la confiabilidad de atención de la enfermera y contribuir al desprestigio personal y profesional, apoyando a la opinión de la mecanización del profesional y deshumanización de la salud. No obstante, esto puede rectificarse con la debida atención al personal de enfermería para que tenga la actualización constante y permanente respecto al tratamiento del dolor en niños quemados, a enseñarles la práctica de hábitos saludables para eliminar las tensiones diarias, el estrés, sino también que el Servicio de Quemados les proporcione periodos de descanso y sesiones de motivación con la consiguiente atención personalizada por los especialistas psicoterapeutas para la adopción y fortalecimiento de actitudes positivas frente al dolor del niño quemado, evaluando constantemente el desempeño de la enfermera y motivando al equipo de salud en general, en la eficacia, compromiso y garantía de los cuidados al servicio de lo que significa un niño quemado revalorando la experiencia profesional positiva, tal como lo afirma Carmen

Collao, quien refiere que la experiencia es un arma útil si se sabe aprovechar a beneficio personal, laboral y social; que no favorezca el estancamiento de conocimientos, de motivación personal y profesional, de percepciones y opiniones, sino que ayude a la discusión, análisis, creación y perfeccionamiento del conocimiento sobre el dolor para beneficio del paciente y familia. De esta forma, se garantizará una atención de calidad sin dolor ni sufrimiento innecesario, un pronto proceso de recuperación y disminución de complicaciones.

GRÁFICO Nº 3

ACTITUD DE LA ENFERMERA SEGÚN CAPACITACIÓN HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – 2009
LIMA – PERÚ



Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Quemados INSN – Octubre 2008

El Cuadro Nº 3 “Actitud de la Enfermera según Capacitación Hacia el Dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009”, se observa que del total de 14 enfermeras

(100%), 4 enfermeras (28.60%) que presentan una actitud medianamente favorable, recibieron su última capacitación en el año 2008, 10 enfermeras (71.40%) que presentan una actitud desfavorable, la mayoría de ellas recibieron capacitación en el año 2007, y otras no recibieron ninguna capacitación en los últimos 5 años.

La actualización de conocimientos es una de las responsabilidades fundamentales del profesional de salud, ya que día a día avanza la innovación farmacéutica y la tecnología de tratamiento a favor del paciente. La capacitación secundaria recibida por el profesional durante su etapa laboral, favorece el desarrollo de actitudes positivas, ello porque todo mito, tradición y/o estereotipo sobre dolor en niños se ve relegado por el conocimiento actualizado del tema; y es que la capacitación constante origina que las actitudes cambien favorablemente, siendo el pensar, actuar y sentir expresados en forma positiva en cada acción realizada, donde la edad y experiencia no tienen mayor determinación.

En cambio, la permanencia del conocimiento primario, el poco compromiso profesional y el conformismo con la capacitación primaria recibida, favorece la subsistencia de actitudes desfavorables las cuales solo limitarían el brindar un cuidado integral al niño quemado con dolor, toda vez que no se realizaría un adecuado manejo, el cual debe incluir una valoración objetiva e integral del dolor, registro, aplicación de acciones y evaluación de las mismas. Si dichas condiciones se cumplieren, el alivio del dolor obedecería las 4 condiciones básicas de tratamiento: continuado, completo, combinado y preventivo, disminuyendo así el sufrimiento innecesario del niño quemado, la preocupación familiar, las secuelas sociales y psicológicas del dolor, entre otras que se observan día a día. Es así que frente a esta alerta de insuficiente alivio del dolor y la falta de actualización, podría esperarse una perennidad de conceptos y conductas erróneas que perjudican la recuperación del niño, la presencia de complicaciones psicológicas y el alto costo social y económico que incluye la hospitalización, además de indicar una baja calidad asistencial de salud a

nivel de servicio e Institución. Sin embargo, es importante recalcar que cuando se trata de conocimientos acerca del manejo del dolor, no existe diferencia lo suficientemente significativa ni por edad ni por experiencia laboral, solo prevalece la motivación y actitud para percibir, comprender y actuar ante el dolor.

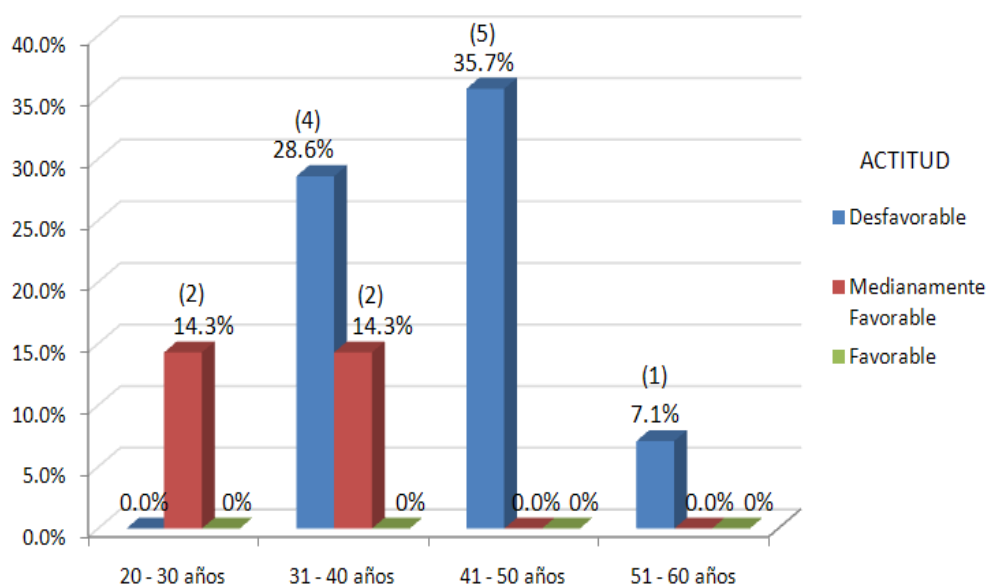
Twycross manifiesta que si bien la educación recibida en las capacitaciones secundarias (durante la vida laboral) es de relevancia y adecuada, de poco valor será si esta no es actualizada con frecuencia. En el caso del dolor en niños, estos continuarán sufriendo innecesariamente durante la hospitalización ya que la enfermera no prioriza lo suficiente el manejo del dolor tanto como otras actividades de su rol. Zalantera y Zavala refieren que la relación entre capacitación secundaria recibida y actitud desfavorable es inversamente proporcional, toda vez que las actitudes favorables se evidencian en quienes han recibido capacitación en servicio constantemente, ello originará que la evolución del niño sea positiva y que su estadía hospitalaria disminuya, solo depende del manejo que el personal haga de su dolor, concluye.

Siendo importante resaltar que este estudio muestra que las enfermeras con actitud desfavorable ante el dolor del niño quemado en su mayoría (57.1%) han recibido su última capacitación hace 3 años a más, mientras que aquellas enfermeras con actitud medianamente favorable en minoría (28.6%) han recibido su última capacitación hace menos de 2 años, lo que sugiere que las enfermeras que se capacitan constantemente muestran una actitud más favorable frente al dolor que experimentan los niños con quemaduras ya que actualizan sus conocimientos lo que a su vez les permite mantener su sensibilidad frente al dolor; por lo tanto, el Servicio de Quemados debe encaminar sus prioridades por brindar capacitación permanente al personal de Enfermería y supervisar directamente el comportamiento y actitud de la enfermera ante el tratamiento integral que brinda al niño con quemaduras con énfasis en el manejo del dolor, para

apoyarlas decididamente en la adquisición y fortalecimiento de actitudes positivas, contrarrestando aquellos factores que interfieran en la calidad del cuidado del niño que experimenta dolor por quemaduras.

GRÁFICO N° 4

ACTITUD DE LA ENFERMERA SEGÚN EDAD HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS NIÑOS CON QUEMADURAS EN EL SERVICIO DE QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – 2009
LIMA – PERÚ



Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Quemados INSN – Octubre 2008

Y en el Cuadro N° 4 “Actitud de la Enfermera según Edad Hacia el Dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009” se tiene que del total de 14 enfermeras (100%), 10 enfermeras (71.40%) que presentan actitud desfavorable, en su mayoría 35.7% tiene entre 41 a 50 años de edad, seguidas de las que tienen entre 31 a 40 años y de 51 a 60 años, notándose que las enfermeras que tienen

actitud favorable son la minoría (14.3%) y sus edades oscilan entre 20 y 30 y 31 a 49 años de edad respectivamente.

Se conoce que la actitud es definida como una estructura estable de creencias las cuales predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante un referente u objeto. Dicha actitud se ve influenciada por diferentes factores, entre las cuales destaca la edad. La edad, como uno de los elementos más importantes que se relaciona directamente con la actitud asumida, es uno de los factores más completos y determinantes debido a que engloba una serie de sub factores que influyen en la actitud, tales como la experiencia laboral, imitación de modos específicos de conducta, cambios psico – fisiológicos característicos de cada etapa de vida, la tendencia a la mecanización del trabajo, convivencia diaria con el dolor, influencia biomédica, etc., según lo señala Kellinger.

Respecto a ello es que diversos investigadores coinciden en que a mayor edad, mayor probabilidad de mostrar actitudes negativas. Explican que la carga familiar, el estado marital, responsabilidad de los hijos, los problemas domésticos, entre otros, influyen en la actividad laboral del profesional en forma directa. De allí que el personal de salud adulto maduro tenga mayor tendencia de actitud negativa que el personal de salud joven.

Los resultados de otros estudios, entre ellos el de Carmen Collao, también muestran que las personas adultas maduras tienen mayor tendencia a mostrar actitudes negativas debidas probablemente a la sobrecarga personal, familiar y laboral.

Es así que en este estudio se ha encontrado que la actitud de las enfermeras según la edad es desfavorable en las enfermeras que tienen en su mayoría entre 41 a 50 , seguidas de las que tienen 31 a 40 años de edad respectivamente, lo que corresponde a las personas adultas maduras quienes tienen mayor tendencia a mostrar actitudes negativas, por lo que la permanencia de dichas actitudes negativas relacionadas con la edad se convierte entonces en una seria limitación para establecer una satisfactoria relación terapéutica con el niño quemado y familia lo que también va a

afectar la atención inmediata del dolor que experimenta el niño quemado afectando su recuperación oportuna y prolongando innecesariamente la experiencia dolorosa.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados anteriormente presentados y discutidos, se puede concluir que:

- La actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, es en un 71.4% desfavorable lo cual podría influir negativamente en el tratamiento integral del niño quemado con dolor, por lo tanto, en su proceso de recuperación y en la calidad de la atención que se le brinda.
- La actitud de la enfermera según años de experiencia hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras, es desfavorable en un 35.8% cuando tienen entre 6 a 10 años de experiencia; y es medianamente favorable en un 21.4% de enfermeras que tienen entre 1 a 5 años de experiencia.

- La actitud de la enfermera según capacitación recibida hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras, es en un 57.1% desfavorable prevaleciendo en quienes no recibieron capacitación hace 3 años a más, y es favorable en un 28.6% de enfermeras que recibieron capacitación hace menos de 2 años.
- Y la actitud de la enfermera según edad hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras, también en un 35.7% es desfavorable entre los 41 a 50 años de edad, siendo medianamente favorable en un porcentaje de 14.3% entre los 20 a 30 años y de 31 a 40 años de edad.

B. LIMITACIONES

- Los resultados alcanzados en el presente estudio sólo son válidos para la población y sede estudiada no pudiéndose generalizar a poblaciones similares.

C. RECOMENDACIONES

- Estudiar los factores que influyen en la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras.
- Realizar estudios de investigación sobre métodos de evaluación del dolor en niños quemados.
- Estudiar sobre los resultados de la aplicación del tratamiento farmacológico y no farmacológico que aplica la enfermera en el tratamiento del dolor de niños quemados.
- Realizar estudios que evalúen como afronta el personal de salud el manejo del dolor de niños con quemaduras.

- Promover el desarrollo de actitudes positivas en el personal de Enfermería ante el dolor del niño quemado, a través de la capacitación, programas de atención al personal, apoyo por especialistas y práctica de hábitos saludables y de afronte a las experiencias de estrés y sufrimiento.
- Elaborar un protocolo de atención para manejo del dolor en los niños quemados con dolor, a nivel multidisciplinario, con el apoyo de todo el equipo de salud del Servicio de Quemados de la Institución, a fin de brindar una adecuada evaluación y tratamiento del dolor en el niño quemado y disminuir la prevalencia del sufrimiento innecesario que marca la personalidad del niño que se encuentra en pleno crecimiento y desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1)(3) DUGAS/ BEVERLY. "Tratado de Enfermería". 4º edición. México: Mc.Graw Hill Interamericana. 2000. Pág. 115

(2) AGUIRRE RAYA, Dalila. "Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma". En Revista Cubana de Salud Pública 2004. Pág. 1 (http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_3.4_04/spu/0404)

(4)(5) ROSETTE A. POLETTI. "Teorías de Enfermería". Barcelona: Ediciones Rol. 1982. Pág. 58.

(6) (7) WHITAKER, James. "Psicología". México: 1989. Pág. 570

(8) KREEH y R. CRETCHFIELD. "Investigación del comportamiento". México: 1999. Pág. 346

(9)(10) MILLER/ KEANE. "Diccionario de Enfermería". 5º edición. Argentina: Ed. Interamericano. 1992. Pág. 2

(11) WESLEY. R.L."Teorías y Modelos de Enfermería". 2da edición. México: Ed. Interamericana S.A. 1997. Pág. 45

(12) NOVEL MARTI. "Perfil de la enfermera especialista en Salud Mental y de la auxiliar de enfermería psiquiátrica". En Revista Cubana de Salud Pública 2004. Pág. 32; 304 (http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_3.4_04/spu/0404)

(13)(14)(15)(16)(17) VARGAS YEPIS. "Enfermería Psicológica". Tomo X. 1985

BIBLIOGRAFIA

- ANAND KJ, PHIL D, Y CARR DB." Neuroanatomía, Neurofisiología y Neuroquímica del Dolor, el Estrés y la Analgesia en Recién Nacidos y Niños". Clín. Ped. NA. 1993: 861-891.
- BEHRMAN, R NELSON. "Tratado de Enfermería Pediátrica". México: Ed. Mc GrawHill Interamericana.. 1995
- BENDLIN, Arnaldo. "Tratado de Quemaduras". México: Ed. Interamericana SA. 1993
- BENJAMIN BLOOM. "Niveles de conocimiento: Taxonomía de objetivos educacionales". 2006
- BEYER JE, WELLS V." Valoración y medición del dolor en niños". Pediatric Clin North Am 1989; 4:909-27.
- B. LONG-W. PHIPPS. "Enfermería Medico Quirúrgica". Vol I. 1992
- BUNGE, Mario. "La ciencia, su método y su filosofía". Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.1998
- BRUNNER Y SUDDARTH. "Enfermería Médico Quirúrgica". Vol. I-II. Ed. Mc Grill Hall. 2004.
- CANALES F. "Metodología de la investigación". 2da edición. Ed. Washington OPS. 1996
- "CODEÍNA PARA EL DOLOR DEL NIÑO". Revue Prescribe. Marzo 1999. 193: 177-179.

- DUGAS/ BEVERLY. Tratado de Enfermería. 4º edición. México : Mc.Graw Hill Interamericana. 2000.
- FERRADA R. “Manejo del paciente quemado grave. ““Cuidado Intensivo y Trauma”. Ed. C Ordoñez , R Ferrada, R Buitrago. Bogotá, 2002.
- FERRADA R.” Infección en Quemaduras. Revista Científica de Colombia”. Cirugía 1996; 11:2-8.
- “GUÍA PROFESIONAL DE MEDICAMENTOS. MANUAL DE CONSULTA PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y FARMACÉUTICOS”. Editorial El Manual Moderno, 1995.
- HOFSTADT ROMÁN CJ, QUILES SEBASTIÁN MJ. “Dolor crónico: Intervención terapéutica desde la psicología”. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 503-10.
- IESN. “Estadísticas”. MINSA Perú - 2005. <http://www.isn.gob.pe/sep0.asp>
- JARAMILLO SANCHEZ, Alejandro. “Tratado de Cirugía Pediátrica”. CONCYTEC. Lima- Perú. 2006
- KOZIER, BARBARA. “Fundamentos de Enfermería”. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 5º edición. 1991
- MARTÍNEZ MA. “Dolor en el niño: Se necesitan tratamientos más eficaces”. Rol Enfermería. 1997; 226: 13-9.
- NICHOLS DG Y COL: “Manual de Urgencias en Pediatría”. Golden Hour Johns Hopkins Hospital. 1992. Capítulo 10: Control del dolor y sedación.

- OMS Y ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR: "Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer Infantil". Ginebra 1999.
- PATIÑO JF. Quemaduras: "Lecciones de Cirugía". Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana. 2001.
- QUILES MJ, PEDROCHE S. "Evaluación y psicológica en la hospitalización infantil". En: Preparación Psicológica a la Hospitalización Infantil. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999. p. 68-74.
- RAMÍREZ C, RIVERA J, CABEZAS M. "Manejo de Quemados. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia". Proyecto ISS-ASCOFAME. 1998.
- REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA V.23- n2. Ciudad de La Habana abril-junio 2007. Universidad Antofagasta de Chile.
- ROSETTE A. POLETTI. Teorías de Enfermería. Barcelona : Ediciones Rol. 1982.
- TUTAYA ALBERTO. Asociación de Médicos Residentes del Instituto Nacional de Salud del Niño. "Dolor en Pediatría". Vol N° 4, N° 2. Oct. 2001- Marzo 2002. Pag. 27-40.
- UNMSM. FACULTAD DE MEDICINA. DAE. "Modelo de Atención de Enfermería al niño con quemaduras".2000-2001
- VARGAS YEPIS. "Enfermería Psicológica". Tomo X. 1985
- WHALEY WONG. "Enfermería Pediátrica". España: Ed. Rollens. 4º edición.1995.
- WONG, D. "Enfermería Pediátrica". Ed. Mosby Doyma libros. España.1995

- WICKS-NELSON R, ISRAEL AC.” Psicopatología del niño y del adolescente”. Madrid: Prentice Hall, 1997.

ANEXOS

	cognoscitivo".		para aliviar el dolor, monitoreo y evaluación de los efectos terapéuticos, prevención de experiencias dolorosas, acercamiento al niño y familiares.	desfavorable.	
	Actitud de la enfermera según edad.	Actitud de la enfermera según años de experiencia en el cuidado de niños con dolor por quemaduras.	20 - 30 años 31 - 40 años 41 - 50 años 51 - 60 años 61 - más años		
	Actitud de la enfermera según capacitación.	Menos de 1 año 1 - 5 años 6 - 10 años 11 - 15 años 16 - 20 años 21 - 25 años 26 - 30 años 31 - más años	Año de la última capacitación en atención del dolor en los niños quemados.		

ANEXO “B”

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE

Valor final de la Variable	Criterio para asignar el valor	Técnica e Instrumento	Procedimiento para la medición	Escala de medición
Favorable	<p>Para realizar la medición de la variable actitud se procedió de la siguiente forma:</p> <p>Promedio $(\bar{x}) = 77.8$</p> <p>Desviación estándar $(s) = 5.8080404$ (varianza = 33.73)</p> <p>Luego se procedió a la aplicación de la Escala de Estaciones, donde:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> $a = \bar{x} - (0.75)(s)$ $b = \bar{x} + (0.75)(s)$ </div> <p>Por lo tanto: $a = 77.8 - (0.75)(5.80) = 73.44 = 73$ aproximadamente</p> <p>$b = 77.8 + (0.75)(5.80) = 82.15 = 82$ aproximadamente</p> <p>Siendo de esta manera la escala de puntuación para la variable actitud, la siguiente:</p> <p>Favorable: > 82 puntos Medianamente favorable: 73 – 82 puntos Desfavorable: < 73 puntos</p>	<p>Técnica: - Encuesta</p> <p>Instrumento: - Formato tipo escala de Likert</p>	<p>El instrumento consta de 20 ítems con 5 opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo).</p> <p>Se aplicará en una oportunidad a cada enfermera de la población de estudio, con su consentimiento informado, en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Previamente se solicitará la autorización correspondiente al Director del INSN y se coordinará con la enfermera jefe del servicio para establecer los horarios de aplicación del instrumento.</p>	<p>O R D I N A L</p>



ANEXO "C"
INSTRUMENTO
ESCALA LICKERT MODIFICADA



PRESENTACIÓN:

Buenos días, mi nombre es Raquel Ramírez Argumé, soy alumna del 5to año de la EAP de Enfermería de la UNMSM; en esta oportunidad le presento una encuesta como parte de un proyecto de investigación con el objetivo de determinar la actitud de la enfermera frente al dolor que experimentan los preescolares con quemaduras, para lo cual solicito su colaboración respondiendo esta encuesta, agradeciéndole de antemano y garantizándole que la información brindada será utilizada con fines exclusivamente del estudio, manteniéndola en forma confidencial y anónima.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con una cruz (+) o con una equis (x) la respuesta que usted considere adecuada o correcta. Por cada ítem encontrará 5 posibilidades de respuesta, pudiendo elegir sólo una:

Totalmente de acuerdo	TA
De acuerdo	A
Indeciso	I
En desacuerdo	DA
Totalmente en desacuerdo	TD

Asimismo, sírvase completar los siguientes datos generales que se le solicita.

I. DATOS GENERALES:

- Edad: _____
- Número de años/meses en este servicio: _____
- Año de la última capacitación recibida relacionada a dolor en preescolares o quemaduras pediátricas: _____

II. ITEMS

Nº	ITEMS / ENUNCIADOS	T A	A	I	D A	T D
1	Considero inadecuado el no realizar el tratamiento psicológico al preescolar quemado con dolor por la gran cantidad de pacientes.					
2	Me conmuevo demasiado ante el dolor de un preescolar quemado.					
3	No siempre es del todo fidedigna la referencia de dolor de los preescolares con quemaduras.					
4	Pienso que se requiere de mucha experiencia y cercanía a los preescolares para calmar su dolor a través de estrategias cognoscitivas.					
5	Concibo al dolor en preescolares como una experiencia subjetiva, individual, aprendida con manifestaciones claras en la conducta.					
6	Pienso en mi hijo o un sobrino cuando estoy atendiendo a un preescolar con dolor por quemaduras.					
7	Considero que el dolor característico en preescolares quemados de IIº y IIIº es de tipo sordo, agudo, continuo y bien localizado.					
8	El contacto frecuente con el dolor de los preescolares quemados me hace verlo como algo rutinario.					
9	Pienso que el estado hipercatabólico, el aumento de catecolaminas y retraso en la curación de heridas son a causa del dolor.					
10	Me es difícil solidarizarme frente a un preescolar con dolor por quemaduras.					
11	Mi primera acción ante el dolor del preescolar quemado es el tratamiento farmacológico antes que el tratamiento psicológico.					
12	Considero que los preescolares quemados de II y IIIº grado sienten menos dolor debido a su sistema nervioso inmaduro.					
13	No puedo evitar ponerme nerviosa ante el llanto sostenido de un preescolar con dolor por quemaduras.					
14	Pienso que la percepción del dolor en preescolares está influenciada por factores ambientales, psicológicos, cultural y conductual de sus padres.					
15	Me es complicado y tedioso entablar una relación empática con un preescolar con dolor por quemaduras.					
16	Considero que las escalas para la evaluación del dolor son difíciles de aplicar, insuficientes y tediosas en preescolares con quemaduras.					
17	Pienso que un protocolo de atención al preescolar quemado con dolor "mecanizaría" mi trabajo.					
18	Me siento preocupada y ansiosa ante la no disminución del dolor en el preescolar quemado.					
19	Considero que los preescolares reaccionan con intensa perturbación emocional y conductual ante el dolor por quemaduras.					
20	Lo mejor es administrar diclofenaco (o ketorolaco) antes que un tramadol (o morfina) a un preescolar con dolor por quemaduras.					

Muchas gracias

ANEXO “D”

PRUEBA DE VALIDEZ INTERNA DEL INSTRUMENTO

Prueba de Validez Interna de Actitudes (r Pearson):

Utilizando la siguiente fórmula para validar internamente cada ítem:

$$r = \frac{\sum XY - \frac{\sum X \sum Y}{N}}{\sqrt{(\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N})(\sum Y^2 - \frac{(\sum Y)^2}{N})}}$$

Donde:

- r: coeficiente de correlación de Pearson
- x: puntaje obtenido, una persona en un ítem
- x²: puntaje obtenido, una persona en un ítem al cuadrado
- y: puntaje obtenido, una persona en todo el instrumento
- y²: puntaje obtenido, una persona en todo el instrumento al cuadrado.
- N: número de personas

Considere $|r| : -1 < r < 1$

Si $|r| > 0.2$ hay una buena validez por pregunta o ítem

Como se puede apreciar, para cada ítem el coeficiente de Pearson es mayor a 0.2, por lo tanto hay una buena validez por pregunta (matriz tripartita).

ANEXO "E"

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Prueba de Confiabilidad de Actitudes (α - Cronbach)

Para lograr la confiabilidad del instrumento, se utilizó la fórmula de α -Cronbach:

$$\alpha = \frac{I}{I - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

- α : confiabilidad calculada
- k: número total de preguntas
- s_i^2 : varianza de cada punto individual
- s_t^2 : varianza de los puntos totales

Además que el valor que debe asumir $\alpha > 0.5$, pero se acepta una mayor confiabilidad del instrumento con $\alpha > 0.6$.

Así, utilizando los datos de la prueba piloto:

$$\alpha = \left(\frac{20}{10} \right) \left[1 - \frac{12.8444}{33.7333} \right]$$
$$\alpha = 0.6518$$

Se demuestra que el instrumento realizado es confiable.

ANEXO “F”
TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Ítems	Número de Juez									Nº errores	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0.02
2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.02
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.02
4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	0.02
5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.02
6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	0.02
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.00

P < 0.05: Concordancia significativa

De acuerdo =1 (SI)

Desacuerdo =2 (NO)

Por lo tanto se demuestra que, según la evaluación del Juicio de Expertos, todos los ítems tiene una concordancia significativa (p = 0.02) comprobándose la validez del instrumento.

ANEXO “G”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el servicio de quemados del INSN, 2009”

Investigador: Raquel Ramirez Argumé.

La Srta. Ramírez, es una estudiante del último año de estudios de enfermería de la EAPE de la UNMSM, que estudia las actitudes de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños preescolares con quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN (**propósito de la investigación**). A pesar de que el estudio no les beneficiará directamente a ustedes, si ofrecerá información que puede permitir a las autoridades de enfermería identificar las necesidades de capacitación para ayudarlas a mejorar el cuidado de los niños con dolor. (**Beneficios potenciales**).

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas responsables de la Universidad y del Instituto de Salud del Niño (**autorización oficial**). El procedimiento de estudio implica que no habrá daños previsibles o daño para usted (**riesgos potenciales**). El procedimiento incluye: 1) completar datos generales, y 2) responder al cuestionario sobre la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras, (**explicación del procedimiento**). La participación en el estudio va a ocuparles aproximadamente 15 a 20 minutos (**compromiso temporal**). Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste a la señorita Ramírez, que le está aplicando el instrumento (**posibilidad de contestar cualquier duda**).

Su participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar (**consentimiento informado**). Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera y la relación con el personal de la

universidad no se verá en absoluto afectados (**posibilidad de abandonar el estudio**).

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado porque es de carácter anónima. Toda la información del estudio será recopilada por la señorita Ramírez, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso (**garantía de anonimato y confidencialidad**).

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar, habiendo sido informada previamente del propósito de la misma así como de los objetivos y teniendo la plena confianza de que la información que se vierta del instrumento será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además, confío en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

.....

Enfermera participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada Lic. Enfermería:

La investigadora del proyecto para el que Usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados con fines de la investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente:

.....

Raquel Lucía Ramírez Argumé

Autora del proyecto de investigación

ANEXO “H”
CODIFICACION DE DATOS ESPECIFICOS

Nº	ITEMS / ENUNCIADOS	T A	A	I	D A	T D
1	Considero inadecuado el no realizar el tratamiento psicológico al preescolar quemado con dolor por la gran cantidad de pacientes.	5	4	1	3	2
2	Me conmuevo demasiado ante el dolor de un preescolar quemado.	2	3	1	5	4
3	No siempre es del todo fidedigna la referencia de dolor de los preescolares con quemaduras.	2	3	1	4	5
4	Pienso que se requiere de mucha experiencia y cercanía a los preescolares para calmar su dolor a través de estrategias cognoscitivas.	5	4	1	3	2
5	Concibo al dolor en preescolares como una experiencia subjetiva, individual, aprendida con manifestaciones claras en la conducta.	5	4	1	3	2
6	Pienso en mi hijo o un sobrino cuando estoy atendiendo a un preescolar con dolor por quemaduras.	5	4	1	3	2
7	Considero que el dolor característico en preescolares quemados de IIº y IIIº es de tipo sordo, agudo, continuo y bien localizado.	5	4	1	3	2
8	El contacto frecuente con el dolor de los preescolares quemados me hace verlo como algo rutinario.	1	2	3	4	5
9	Pienso que el estado hipercatabólico, el aumento de catecolaminas y retraso en la curación de heridas son a causa del dolor.	5	4	1	3	2
10	Me es difícil solidarizarme frente a un preescolar con dolor por quemaduras.	1	2	3	4	5
11	Mi primera acción ante el dolor del preescolar quemado es el tratamiento farmacológico antes que el tratamiento psicológico.	2	3	1	4	5
12	Considero que los preescolares quemados de II y IIIº grado sienten menos dolor debido a su sistema nervioso inmaduro.	2	3	1	4	5
13	No puedo evitar ponerme nerviosa ante el llanto sostenido de un preescolar con dolor por quemaduras.	2	3	1	4	5
14	Pienso que la percepción del dolor en preescolares esta influenciada por factores ambientales, psicológicos, cultural y conductal de sus padres.	5	4	1	3	2
15	Me es complicado y tedioso entablar una relación empática con un preescolar con dolor por quemaduras.	2	3	1	4	5
16	Considero que las escalas para la evaluación del dolor son difíciles de aplicar, insuficientes y tediosas en preescolares con quemaduras.	2	3	1	4	5
17	Pienso que un protocolo de atención al preescolar quemado con dolor “mecanizaría” mi trabajo.	2	3	1	4	5
18	Me siento preocupada y ansiosa ante la no disminución del dolor en el preescolar quemado.	2	3	1	4	5
19	Considero que los preescolares reaccionan con intensa perturbación emocional y conductual ante el dolor por quemaduras.	5	4	1	3	2
20	Lo mejor es administrar diclofenaco (o ketorolaco) antes que un tramadol (o morfina) a un preescolar con dolor por quemaduras.	2	3	1	5	4

ANEXO "I"
MATRIZ DE DATOS GENERAL

(PUNTAJE TOTAL DE CADA ENFERMERA ENCUESTADA
RELACIONADO CON SU EDAD, AÑOS DE EXPERIENCIA
Y AÑO DE ÚLTIMA CAPACITACIÓN)

	Enfermeras Encuestadas													
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄
Puntaje Total	72	61	76	74	71	63	69	78	72	66	67	69	66	73
Edad (años)	35	51	35	30	39	43	40	35	39	46	44	43	44	30
Años de Experiencia	4	1	6	3	10	10	8	5	8	11	20	10	21	2
Año de la Última capacitación	B	B	A	A	B	B	B	A	B	C	B	B	C	A

Donde: X_n representa cada una de las enfermeras encuestadas.

"A" representa capacitación recibida en el año 2008

"B" representa capacitación recibida en el año 2007

"C" representa ninguna capacitación recibida en los últimos 5 años.

ANEXO "J"

EDAD DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE QUEMADOS
DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – 2009
LIMA - PERÚ

Edades	Enfermeras	
	Nº	%
20 – 30 años	2	14.30
31 – 40 años	6	42.80
41 – 50 años	5	35.70
51 – 60 años	1	7.20
TOTAL	14	100.00

Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Quemados INSN – Octubre 2008

ANEXO “K”

AÑOS DE EXPERIENCIA DE SERVICIO ASISTENCIAL A NIÑOS
CON DOLOR DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE
QUEMADOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO – 2009
LIMA – PERÚ

Años de Experiencia	Enfermeras	
	Nº	%
1 – 5 años	4	28.50
6 – 10 años	6	42.80
11 – 15 años	1	7.20
16 – 20 años	1	7.20
21 – 25 años	2	14.30
TOTAL	14	100.00

Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Quemados INSN – Octubre 2008

ANEXO “L”

AÑO Y MES DE CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN DEL DOLOR DE
LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE QUEMADOS DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – 2009
LIMA - PERÚ

Año Ultima capacitación	Enfermeras	
	Nº	%
Agosto – Septiembre 2008	4	28.50
Abril – Julio 2007	8	57.10
Ninguna	2	14.30
TOTAL	14	100.00

Fuente: Instrumento aplicado a Enfermeras del Servicio de Quemados INSN – Octubre 2008