



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académica Profesional de Enfermería

**Efectividad de la intervención educativa de enfermería
en el nivel de conocimientos de la familia sobre los
cuidados para la rehabilitación del paciente quemado.
Hospital Arzobispo Loayza 2010**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Milagritos Lucía GARCÍA RODRÍGUEZ

ASESORES

Mg. Edna RAMIREZ MIRANDA

Edith Noemí CALIXTO DE MALLCA

Lima, Perú

2012



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

García M. Efectividad de la intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de la familia sobre los cuidados para la rehabilitación del paciente quemado. Hospital Arzobispo Loayza 2010 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académica Profesional de Enfermería; 2012.

A Dios, por fortalecer mi espíritu que me impulsa y me enseña a seguir adelante a pesar de la adversidad ofreciéndome cada día un nuevo amanecer...

A mi mamita, que me enseñó a ser feliz mediante su inmenso amor, desvelos sacrificio que siempre me demostró, por enseñarme a luchar y darme todo lo que tengo...

A mi Padre y a mi hermanita gracias por ser Incondicionales en mi vida, su paciencia y ayudarme a conseguir mis sueños...

Mis más sincero agradecimiento a la Mg. Edna Ramírez Miranda, Docente de la UNMSM por brindarme su

*orientación y apoyo para la realización
de este trabajo, por amor a la profesión
de enfermería, y a la investigación docente...*

*A la Lic. Edith Calixto De Mallca,
Docente de la UNMSM, Por su valioso
aporte y orientación en la elaboración de
la tesis...*

*Agradezco a la Lic. Jovita Paredes,
Jefa del servicio de quemados del
hospital Arzobispo Loayza y a la
institución por las facilidades y
colaboración en el presente estudio.*

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	ix
SUMMARY	xi
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
A. Planteamiento de Problema	3
B. Formulación del Problema	6
C. Justificación	6
D. Objetivos	7
E. Propósito	8
F. Marco Teórico	9
1. Antecedentes	9
2. Base Teórica	12
G. Hipótesis	46
H. Definición Operacional de términos	46
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO	
A. Tipo, Nivel y Método de Estudio	48
B. Descripción del Área de Estudio	48
C. Población	50
D. Técnica e instrumento de recolección de datos	51
E. Recolección, Procedimiento y presentación de datos	54

F. Análisis e Interpretación de Datos	55
G. Consideraciones Éticas	55

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

A. Datos Generales	56
B. Datos Específicos	57

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones	66
B. Limitaciones	67
C. Recomendaciones	68

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INDICE DE GRÁFICOS

N °	Pág.
N°1 EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA VALORADO ANTES Y DESPUÉS DE LA EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN “AYUDANDO AL PACIENTE QUEMADO” DEL SERVICIO DE QUEMADOS HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.	73
N°2 EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA VALORADO ANTES Y DESPUÉS DE LA EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN “AYUDANDO A CUIDAR PACIENTE QUEMADO” EN RELACIÓN AL PROCESO DE REHABILITACIÓN FÍSICA. SERVICIO DE QUEMADOS HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.	
N° 3. EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA VALORADO ANTES Y DESPUÉS DE LA EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN “AYUDANDO A CUIDAR PACIENTE QUEMADO” EN RELACIÓN AL PROCESO DE REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA. SERVICIO DE QUEMADOS HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.	

Nº 4. EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA VALORADO ANTES Y DESPUÉS DE LA EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN “AYUDANDO A CUIDAR PACIENTE QUEMADO” EN RELACIÓN AL PROCESO DE REHABILITACIÓN SOCIAL. SERVICIO DE QUEMADOS HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. 80

RESUMEN

El proceso de rehabilitación del paciente quemado abarca no solo el aspecto físico sino también el aspecto psicológico y social, debido a las secuelas que deja en cada uno de estos aspectos. Por eso un equipo multidisciplinario de salud monitorea al paciente durante y después del internamiento hospitalario. La familia en este proceso cumple un rol importante como agente influyente protegiendo al paciente de las presiones exteriores y controlando el flujo de información hacia éste.

A l respecto, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de diseñar estrategias, no solo para el cuidado directo al paciente, sino a nivel educativo para brindar conocimientos básicos de las familias que tienen poca experiencia sobre el cuidado a su familiar en el proceso de rehabilitación .De tal forma que él reciba la atención adecuada, para que pueda reintegrarse al ambiente familiar y sobretodo laboral.

Todo lo expuesto hizo necesario realizar el presente estudio aplicativo, tipo cuantitativo; cuasi experimental cuyo título es Efectividad de la intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos que tiene la familia sobre los cuidados para la rehabilitación del paciente quemado; que empleó como técnica la entrevista aplicada a una muestra de la población conformada por 25 familiares de pacientes quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Los resultados en el pre test mostraron que un 60%(15) de familiares tiene un nivel de conocimiento medio, un 20%(5) nivel alto, en igual número y porcentaje presentaron un nivel bajo. Después de la Intervención Educativa el 56% (14) obtuvo un nivel de conocimientos alto y 44%(11) un nivel de

conocimiento medio, existiendo variación en el nivel de conocimiento de los familiares.

Este hallazgo permitió concluir que 'La intervención educativa de Enfermería' desarrollado tiene una eficacia significativa en el incremento de conocimientos sobre los cuidados en el hogar de la familia al paciente quemado durante su rehabilitación.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa, eficacia, familiares del paciente quemado, nivel de conocimientos.

SUMMARY

The process of rehabilitation of burn patients includes not only physical but also the psychological and social consequences due to leaves on each of these aspects. Therefore a multidisciplinary health team monitors a patient during and after hospital admission. The family in this process plays an important role as an influential agent protecting the patient from external pressures and controlling the flow of information to it.

In this regard, the nurse is responsible for designing strategies, not only in the welfare field, but well established educational strategies to provide basic knowledge to families who have little experience in the care of burn patients in the rehabilitation process. Contributing to the burn patient receives the necessary attention by the family who will help you cope with it and can return to the home environment and above all the work.

All the above was necessary to conduct this study application, quantitative, quasi-experimental titled Effectiveness of nursing educational intervention at the level of knowledge of the family on care for the rehabilitation of burn patients, that technique was used as the interview and the instrument was the Z test In a population that consisted of 25 relatives of burned patients Archbishop Loayza National Hospital.

The results in the pretest showed that 60% of family has a level of knowledge, 20% of the families have a high knowledge level of 20%, also the 20% of families have low knowledge. After application of the test showed that 56% of families have a high knowledge level and 44% have a level of knowledge, so the percentage of the level of knowledge increased.

This finding led to the conclusion that 'The educational intervention of Nursing "developed has significant efficacy in increasing knowledge about home care of the patient's family burned.

KEY WORDS: Educational intervention, effectiveness, patient's family burned, level of knowledge.

PRESENTACION

En la actualidad mundial las quemaduras es un problema mundial que reviste trascendental importancia ya que afecta fundamentalmente a niños y adultos en edad productiva .Constituyéndose uno de los accidentes que no en pocas veces provocan la muerte y en los casos más graves dejan otras lesiones que requieren de tratamientos prolongados y costosos, con secuelas que afectan el ámbito social , personal y psicológico. El impacto ocasionado por el accidente afecta de sobremanera el entorno familiar ocasionándole diversos sentimientos de angustia, tristeza, miedo, culpabilidad, asociado generalmente a desconocimientos sobre su participación en el proceso de rehabilitación.

La rehabilitación de los pacientes quemados se inicia el día de la lesión y puede continuar varios años, poniendo al máximo esfuerzo por mantener el nivel de equilibrio físico y psicológico. Es en el cuidado post hospitalario que debe disminuirse las secuelas del grave impacto ocasionado por él, el riesgo de una mala cicatrización que dan origen a hipertrofias o queloides en la piel, retracciones, estrías, adherencias, etc. Y una gamma de alteraciones psicoemocionales, de allí que sea necesario que los familiares y el paciente identifiquen las principales causas de las secuelas graves, tanto físicas como psicológicas para obtener un enfoque y manejo adecuado en relación a este proceso, de lo que en él se debe brindar ya que éste proceso no solo es médico, sino también psicosocial, por ello es necesario proveer de conocimientos para obtenerse un mejor resultado.

Es en este escenario donde la función del profesional de enfermería debe orientarse a la familia, de tal modo que garantice su participación en el proceso de rehabilitación a través de una atención integrada basada en la innovación de estrategias de carácter preventivo – promocional, sin embargo en la actualidad el cuidado dentro del hospital está más focalizada en el paciente, generando inseguridad en la familia y complicaciones posteriores al alta, con consecuencias graves en el paciente.

Por tal motivo se ha visto necesario realizar el presente estudio que lleva como título: “Efectividad del Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimientos de la familia sobre los cuidados para la rehabilitación del paciente quemado, en el hospital Arzobispo Loayza 2010”.

El presente estudio está estructurado en capítulos I El planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, marco teórico, hipótesis y definición operacional de términos. El Capítulo II referido a Material y Método, describe el tipo y método, el área de estudio, la población, el procedimiento de recolección de datos. El Capítulo III. Contienen los datos generales y específicos. En el capítulo IV corresponde a la conclusiones, limitaciones y recomendaciones que se les da a los investigadores para situaciones futuras, posteriormente, se mencionan las referencias bibliográficas que se utilizó y al final los anexos que contribuyeron a su mejor comprensión.

CAPÍTULO I

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

Los accidentes por quemaduras, son uno de los problemas de Salud Pública muy preocupantes, debido a que muchas veces son causantes de muerte, de efecto devastador, porque se asocia con incapacidad biológica que afecta el ámbito social, personal y psicológico. Las quemaduras no sólo se caracterizan por el dolor y las secuelas que dejan en el paciente, sino también por las repercusiones que tienen en su familia. El impacto ocasionado por el accidente afecta sobremanera el entorno familiar, dado que ella no es solamente una agrupación de personas, sino sus miembros se complementan mutuamente, brindándose apoyo, interdependencia y confianza; de allí que, frente a la afectación de uno de ellos, se afecta también a los demás componentes **(1)**.

El estudio epidemiológico refiere que los agentes etiológicos más frecuentes son los líquidos calientes, el fuego, los sólidos calientes o metal fundido, electricidad y agentes químicos.

Las zonas más comprometidas la cabeza, cuello y extremidades superiores. De ellos el fuego produce más del 54% de las quemaduras en adultos, a diferencia de los niños, quienes se queman en más del 50% por líquidos calientes (escaldaduras). Predomina el sexo masculino por sobre el femenino. **(2)**.

Todos los días somos testigos por las noticias en los diferentes medios de comunicación que a nivel nacional así como internacional sobre estos tipos de sucesos se deben a accidentes ocasionados como consecuencia del descuido por parte de las víctimas y factores del entorno. En Lima, Callao e Ica, el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGVP) reportó este año más de seis mil casos de incendios, más de 66 mil emergencias médicas y casi cinco mil accidentes automovilísticos, donde las personas más afectadas son jóvenes y adultos con quemaduras de gravedad.

Los pacientes quemados tienen características que hacen particularmente complejo su tratamiento **(4)**. Una persona que ha sufrido quemaduras, aunque se encuentre aislado u hospitalizado, nunca está solo, están siempre con él sus sentimientos, emociones, sus vivencias anteriores, su personalidad, su forma de enfrentar las cosas y su red de contactos e interacciones sociales, y en especial, su familia. Este tipo de accidentes representan una grave amenaza en la dinámica familiar ya que la presencia de un paciente quemado, el proceso de hospitalización y diversos tratamientos que recibe son factores que desestabiliza el equilibrio emocional de la familia, ocasionándole diversos sentimientos de angustia, tristeza, miedo, culpabilidad, todo ello asociado a desconocimiento sobre su participación en el proceso de rehabilitación **(5)**.

Durante las prácticas clínicas realizadas en el servicio de quemados he podido percibir la angustia que experimenta los

miembros de la familia ante el paciente con quemaduras, con sus complicaciones propias del trauma, y por las continuas intervenciones que se le realizan.

En el servicio de quemados del hospital nacional Arzobispo Loayza se atiende aproximadamente 15 pacientes según disposición de camas, entre ellos la mayoría son varones, de diferentes edades entre 17 a 75 años que tienen un tiempo de hospitalización largo es que está en relación al tipo de quemadura, lugar donde ésta se presentan de diferentes tipos en extensión y en profundidad de la misma. Muchos de los familiares se encuentran en la sala de espera en estado de “alerta” aguardando la próxima prescripción médica, en muchas oportunidades preguntan al médico, a la enfermera como está su paciente, sintiéndose inútiles e impotentes al no poderlo en la situación, algunos familiares lloran al escuchan por los pasillos gritar de dolor a un paciente, creándose un ambiente de desolación, desamparo desesperación, es desgarrador, Observándose diversas respuestas emocionales frente al problema. Así mismo se puede observar a pacientes que en compañía de sus familiares acuden a consulta después de algún tiempo, con cicatrices deformes, impidiendo la capacidad funcional del miembro afectado.

Todo ello suele traer sentimientos de culpa, expresado, así como ira entre ellos. A veces estos se comunican verbalmente interfiriendo en la asistencia del paciente por miedo a no complicarlo en su recuperación. En otros casos, estas mismas situaciones estresantes inducen a la familia a comportarse agresivamente con el personal de salud de la unidad de quemados, especialmente con el personal de enfermería.

Así mismo se pudo apreciar que la atención de enfermería, algunas veces no es integral. Las enfermeras muestran su

preocupación por el aspecto físico, dejando de lado el aspecto emocional y la educación para la continuidad del proceso de rehabilitación mediante el cuidado domiciliario del paciente cuando sale de alta. Del otro lado los miembros de la familia, pasan por un período de adaptación forzosa, irreversible e incapacitante debido al desconocimiento del cuidado. Ello conlleva a modificaciones en el estilo y hábito de vida, debido al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar. Lo expuesto genera en mí sentimientos de frustración en un primer momento ante el hecho de, el no poder disminuir la carga emocional y el temor, luego entendí una arma fundamental para ellos es el desarrollar conocimientos, del porque y como cuidar a su familiar formulando la interrogante que intentará responder acerca de la efectividad de la participación de la enfermera para educar al paciente y familia en función de una buena rehabilitación e inserción social.

B.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En consideración a lo referido previamente se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es la efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimientos de la familia sobre cuidados para la rehabilitación del paciente quemado en el hospital Arzobispo Loayza 2010?

C.-JUSTIFICACIÓN

Las quemaduras producen descompensaciones físicas y emocionales en los pacientes que han sufrido este trauma en cualquier parte de su organismo. Se sabe que como resultado de esta injuria

ellos se verán afectados en la funcionabilidad y muchas veces tienen temor de regresar reincorporarse en su ámbito social.

Según Sandra Reves (2000) : “Las quemaduras alteran los estilos de vida, los roles de la persona que la sufre, involucrándose definitivamente a su familia que también se ven afectados por la responsabilidad que supone cuidar de ellos en el hogar , ya que el proceso de cicatrización y rehabilitación es largo y tedioso”. Las consecuencias para el entorno familiar muchas veces son de gran magnitud pues el no saber cuidarlos y ayudarlos les produce alteraciones psicológicas entrando al mismo círculo vicioso del paciente.

Es de responsabilidad del profesional de enfermería que antes que el paciente sea dado de alta, los familiares reciban una capacitación adecuada incluyendo al paciente a fin de que no sufran las consecuencias que se producen durante este proceso. Razón que fundamentalmente la intervención Educativa sea dirigida exclusivamente a este grupo de personas en forma permanente en el servicio para unificar criterios para el cuidado físico, emocional del paciente en su domicilio.

D.-OBJETIVOS:

1.-GENERAL

- ✓ Determinar la efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimientos de la familia sobre cuidados para la rehabilitación del paciente quemado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.-ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el nivel de conocimientos que tiene la familia de los pacientes afectados por quemaduras antes de la intervención educativa de enfermería.
- ✓ Elaborar el programa para la intervención educativa de enfermería a los familiares de los pacientes quemados.
- ✓ Identificar el nivel de conocimientos que tiene la familia después de la intervención educativa de enfermería.

E.-PROPÓSITO:

El presente estudio brindará información para que el profesional de enfermería tome conciencia acerca de la importancia de educar y mejorar las estrategias metodológicas para implementar de conocimientos al paciente y familia para su cuidado en el hogar, considerando que la rehabilitación en todas las quemaduras es un proceso largo y tedioso.

Además motivar la preocupación de las instituciones de salud por mejorar las actividades en el hogar luego del alta hospitalaria, involucrando al paciente y familia brindándoles soporte emocional, educativo con mayor efectividad a través del equipo multidisciplinario de profesionales dispuesto a garantizar un cuidado integral y sostenido del ser humano en su proceso de rehabilitación por quemadura.

F.-MARCO TEÓRICO

1.-ANTECEDENTES:

Al revisar la literatura nacional e internacional no se encontró estudios que guarden relación con el presente pero sí algunos cuya metodología es afín con el estudio realizado.

En el ámbito nacional:

HIDALGO CUSI, Lupita; Perú (2007) realizó el estudio: **“Eficacia de un programa psicoeducativo en la disminución de la ansiedad en padres de niños quemados Instituto Nacional De Salud Del Niño”**, el cual tuvo como objetivo disminuir la ansiedad de los padres para que se encuentren en mejores condiciones de involucrarse como agentes del autocuidado del niño quemado. Estudio de nivel aplicativo, que siguió el método cuasi experimental de un solo diseño. La población estuvo conformada por 53 padres de familia de niños quemados hospitalizados en el servicio. La técnica fue la entrevista y el instrumento de medición fue el inventario de ansiedad Rasgo –Estado (idare) de Spielberger, los hallazgos permitieron concluir:

...“El programa psicoeducativo desarrollado, tiene una eficacia significativa en la disminución de la ansiedad en los padres de familia de niños quemados participantes en el estudio.”(6)

MELGAREJO SOLÍS, Giannina Lissette, Lima-Perú (2006). Desarrolló el estudio: **“Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional De Salud Del Niño”**. Que tuvo como objetivo 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 quemadura. El método que utilizó fue el descriptivo correlacional; la población estuvo conformada por 20 padres, la técnica que utilizó fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario y una escala de lickert, concluyéndose:

...“La relación entre los conocimientos y las actitudes de los padres sobre su participación en la atención del niño hospitalizado por quemaduras no es significativa estadísticamente, los padres presentan una fuerte carga emocional debido al estrés repentino que experimentan en las primeras 72 horas por ser un periodo crítico inmediato y mediato para el niño, siendo factores limitantes para la adquisición y aplicación de los conocimientos.”(7)

GONZÁLES DE LA CRUZ, Jannet Verónica, Perú (2008) estudió: **“Nivel de autoconcepto en el escolar con quemaduras en el servicio de quemados Instituto Nacional De Salud Del Niño”**. Con el propósito de valorar el autoconcepto y facilitar una mejor identificación de las respuestas humanas emocionales de los escolares. El estudio fue cuantitativo, descriptivo –transversal, la muestra estuvo constituida por 17 niños hospitalizados de ambos sexos, comprendido entre los 6 y 12 años con quemaduras de I y II grado usando como instrumentos el cuestionario de Pier Harris, la conclusión determinó:

...“Los niños se encuentran en un tránsito de aceptación de su nueva realidad y que poseen momentos de depresión y rechazo.”(8)

- **En el ámbito Internacional:**

GÓMEZ MAQUEO, Emilia, México (2006) Desarrolló la investigación: **“Influencia de un Programa Psicoeducativo para Padres en la Identificación de Problemas Emocionales en Adolescentes”**, que tuvo como propósito el diseño e implementación de un programa psicoeducativo para padres de adolescentes en la identificación de señales de problemas emocionales en sus hijos. Se trató de un estudio transversal, con un diseño antes y después de un solo grupo. Participaron de manera intencional 67 padres y/o familiares de estudiantes adolescentes en una escuela secundaria de una zona marginada del Distrito Federal,. Como instrumento utilizó una Escala de Creencias para Padres sobre Salud Emocional en los Adolescentes tipo Likert. Asimismo usó un Cuestionario para Padres de Evaluación del Programa con la inclusión de preguntas abiertas. Un programa de 12 horas desarrolladas en 6 sesiones de 2 horas cada una. Lo dividió en tres Fases: 1ª. Pre-Test o de Diagnóstico; 2ª. Intervención; y 3ª. Post- Test o Post Evaluación. Tanto al inicio como al final del programa psicoeducativo se aplicó a los padres una Escala de Creencias de Problemas de Salud Emocional en la adolescencia, a fin de contar con un parámetro para evaluar la influencia del programa en ellos Concluyó.

...“El programa psicoeducativo tuvo una influencia en la mayoría de los participantes, ya que cambiaron algunas de sus creencias y la información con respecto a los problemas emocionales durante la adolescencia, particularmente respecto a la depresión.”(9)

CARMINELLY GÓMEZ, Venezuela (2004).Realizó: **“Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia en el Sector salud, instalaciones del Sanatorio De Residencias San Marcos de Nirgua, Estado de Yaracuy”**. Cuyo objetivo fue proponer un programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia de permiso en el hogar del Sanatorio Mental. La investigación descriptiva, realizó un muestreo aleatorio no probalístico y estuvo representada por treinta (30) familiares que visitan a enfermos con esquizofrenia de permanencia de dos (2) a tres (3) años. Para obtener la información diseñó un cuestionario de opinión, estuvo estructurado en una sola parte que consta de 20 preguntas tipo dicotómicas cerradas en escala de respuestas Si y No. Llegándose a la conclusión:

... “Los familiares de los enfermos con esquizofrenia de permiso en el Sanatorio Mental, requerían de orientación general en cuanto a la esquizofrenia y los cuidados que deben prestarles a estos en el hogar.”(10)

2.-Base teórica:

2.1 Aspectos Conceptuales sobre el cuidado de pacientes con quemaduras.

2.1.1 Conocimiento:

El conocimiento es un producto mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre con carácter social unido a la actividad práctica. **(12)**.

También se define como proceso de comprensión, entendimiento la cual implica una relación de dualidad del sujeto que conoce (sujeto

cognoscente) y el objeto conocido, en este proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido. Definimos entonces el conocimiento como “acción de conocer y ello implica tener idea o la noción de una persona o cosa”. **(11)**.

Tomando algunas definiciones desde diferentes perspectivas; en la perspectiva individual considera que el individuo es el principal protagonista de la construcción de teorías **(12)**. Armando Rodrigo (1999).”Se reconoce que el individuo construye el conocimiento a partir de su interacción con el entorno físico y social. Y compartido culturalmente con grandes grupos con la finalidad de proporcionar sus ideas del mundo que le rodea Sin embargo, el producto elaborado dependerá sobre todo del desarrollo de sus capacidades cognitivas”. **(12)**.

Desde la perspectiva filosófica según Mario Bunge el conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros y precisos, ordenados, vago e inexacto **(13)** .Según Salazar Bondy el conocimiento es un acto de aprehensión de una cosa, objeto, etc. a través de un proceso mental y no físico, son acumuladas y transmitidas de unas personas a otras **(14)**.

Por su parte, la perspectiva cultural considera que el conocimiento tiene un origen sociocultural y es compartido por grandes grupos, con la finalidad de proporcionar a sus miembros ideas, palabras y percepciones sobre el mundo que les rodea .Esta transmisión de conocimientos se realiza en el transcurso de aquellas actividades cotidianas, culturalmente significativas y esta mediatizada por símbolos convencionales de naturaleza lingüística **(15)**.

De lo expuesto anteriormente se puede decir que el conocimiento es el conjunto de ideas y conceptos los cuales dependerán del desarrollo

cognoscitivo de las personas, con origen sociocultural compartido por grandes grupos, mediatizados por símbolos de naturaleza lingüística.

2.1.2 Evaluación del conocimiento:

Consiste en analizar si los objetivos dirigidos a la formación recibida han sido alcanzados. Esta verificación se realiza a través de la aplicación técnica de la prueba del conocimiento.

2.2 Definición del cuidado:

Algunos estudiosos derivan cuidado del latín cura. Esta palabra “es un sinónimo erudito de cuidado, usada en la traducción de Ser e Tempo de Martín Heidegger. En su forma más antigua, cura en latín se escribía coera y era usada en un contexto de relación de amor y de amistad. Expresaba actitud de cuidado, de desvelo, de preocupación y de inquietud por la persona amada o por el objeto de estimación” (3).

En tal sentido, entendiendo el cuidado como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, “la palabra cuidado incluye dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: La primera la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. La segunda, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro” (3).

Para que exista un cuidado debe haber dos elementos primarios; un cuidador y un cuidado, los cuales comparten necesidades, experiencias, emociones y deseos. Es decir el cuidado es en sí un estado relacional entre dos individuos. Es una relación de entrega fundamental frente a otro ser humano y por lo cual necesita de otro para ser desarrollado, esto una consideración importante ya que para realizar un cuidado adecuado se deben desarrollar las artes de la

comunicación y además desarrollar un sentido altamente intuitivo orientado a comprender la dimensión humana del ser que al que se cuida (10).

Cuidado promueve la Salud y el Crecimiento de la persona y de su grupo familiar. El cuidado es un elemento desarrollador del ser humano y de su entorno, puesto que suple las necesidades y establece condiciones favorables de los seres humanos para su desarrollo. Es por esto que al cuidar uno evita situaciones de enfermedad o ayuda a la recuperación y rehabilitación de ésta. Al permanecer un individuo sin padecimientos (tanto psíquicos, emocionales o corpóreos) se facilita el desarrollo propio y de su entorno.

2.2.1 Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson 1988

Ésta teórica de enfermería establece una filosofía del cuidado basado en la teoría de las relaciones interpersonales. Y tiene las siguientes implicancias para la profesión. Su trabajo surge de Valores, Creencias y Percepciones sobre la Personalidad, Vida, Salud y Curación. Al trabajar con los fenómenos de la vida y la muerte, y en cierta medida manipularlos, Watson propone un fuerte desarrollo personal, en el cual se debe trabajar a conciencia para ofrecer un cuidado humano.

Watson asume los siguientes postulados:

- ✓ Cuidado y amor comprenden energía física primaria y Universal
- ✓ Cuidado y amor son piedras angulares de lo Humano, nutrientes básicos de las necesidades humanas.
- ✓ Capacidad de mantener el Cuidado Humano determina la contribución de la Enfermería a la sociedad
- ✓ Las contribuciones de la Enfermería a la Sociedad yacen en los compromisos hacia los ideales del cuidado Humano en la teoría, la práctica y en la investigación

- ✓ Por último se debe tener en cuenta que:
- ✓ El cuidado es el elemento central y unificador de la práctica de enfermería.
- ✓ La profesión enfermera se basa fuertemente en el cuidado, es su corazón, su cerebro, sus manos y su alma. Solo mediante relaciones persona a persona, el cuidado se puede demostrar y practicar de manera eficaz.
- ✓ Debido a la naturaleza interpersonal del cuidado, solo puede existir en el contexto de una relación entre dos individuos. Donde choque y se pongan en conflicto intereses, valores, emociones, ideas, conocimientos e historias de vida tanto del cuidador como del paciente y de este choque extraer los productos que definan un desarrollo superior de ambos participantes.
- ✓ El Cuidado de Uno Mismo es un pre - requisito para el cuidado de los demás .A pesar de que el cuidado tiene una base interpersonal, se debe estar saludable para ejercerlo y parte desde una relación egocéntrica centrada en un YO. Donde se autosatisfacen todas las necesidades. Si no se está saludable no se podrá ejercer. una persona medianamente sana puede cuidar a alguien muy enfermo, una persona sana puede cuidar a todos los pacientes y una persona desarrollada podrá desarrollar a quienes lo rodean.

2.2.2 Teoría del Autocuidado Dorothea Orem 1993

Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los

demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

✓ Concepto de persona :

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente

2.2.3 El cuidador.

Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo en el transcurso de su rehabilitación, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. ¹⁴ .Es la persona que brinda servicio de apoyo al paciente dependiente principalmente en el hogar, tiene como objetivo primordial, favorecer la autonomía y lograr la permanencia en el medio social en el mayor tiempo posible y conveniente (25).

2.2.3 La capacitación continua del cuidador:

La capacitación continua de los cuidadores es importante para que se actualicen, profundice el bagaje de sus conocimientos en la atención del paciente principalmente cuando sale de alta y regresa al hogar.

Antes de asumir las responsabilidades de atención, el cuidador principal deberá tener en cuenta los siguientes elementos por lo que el enfermero/a debe orientarlo acerca de:

- a) La información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- b) Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad de su familiar.
- c) Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia.

d) Mantener, si es posible, sus actividades habituales.

e) Saber organizarse y cuidarse (25).

2.3.-Quemadura.-

Es todo trauma térmico producido por acción de agentes físicos, químicos y biológicos que provocan alteraciones en la piel como la desnaturalización de las proteínas dando como resultado desde un enrojecimiento hasta la destrucción de las estructuras vitales. Una lesión térmica por calor involucra el calentamiento de los tejidos sobre un nivel donde ocurre daño irreversible de éstos. La lesión tisular es proporcional al contenido de calor del agente quemante, tiempo de exposición y conductividad de calor de los tejidos involucrados. La piel, posee una alta conductividad específica al calor, con una baja irradiación térmica, por lo tanto, la piel se sobrecalienta rápidamente y se enfría lentamente. Como resultado, el daño térmico persiste luego de que el agente se haya extinguido o haya sido removido. Una quemadura grave puede poner en peligro la vida y requiere atención médica inmediata. La gravedad de la quemadura depende de la temperatura del medio que la causó y la duración de exposición a ésta por parte de la víctima. (5) Cuando la fuente de calor es menor de 45°C, los daños tisulares son raros; de 45°C a 50°C, se presentan daños celulares, pero con carácter de reversibilidad, por encima de 50°C, los daños celulares son irreversibles, resultando en desnaturalización de las proteínas tisulares, si es de 60 grados centígrados produce coagulación de las proteínas; ambas significan muerte celular.

2.3.1 Clasificación según el agente causal:

a) Térmico (Calor o frío):

Sólidos, líquidos, vapores y fuego directo: También llamada quemadura por escaldadura, es la quemadura producida por cualquier tipo de líquido caliente; agua, vapor de agua, aceites, brea, etc. La severidad de la lesión depende de la temperatura del líquido y del tiempo de exposición, además del espesor de la piel en determinado lugar del cuerpo.

b) Quemaduras provocadas por sustancias químicas

Causadas por la ingestión de productos tales como limpiadores de cañerías o pilas de relojes; o por la salpicadura de sustancias químicas, como blanqueador, sobre la piel).

c) Eléctricos

Electricidad doméstica, atmosférica o industrial: Producidas por el resultado de la generación de calor, que incluso puede alcanzar los 5000°C. Debido a que la mayor parte de la resistencia a la corriente eléctrica se localiza en el punto donde el conductor está en contacto con la piel, las quemaduras eléctricas suelen afectar a ésta y a los tejidos subyacentes. Pueden ser de cualquier tamaño y profundidad. Según su etiología, las quemaduras eléctricas han sido organizadas por su empleo y mecanismo de acción de la corriente eléctrica. Por su empleo se pueden clasificar como:

- ✓ Accidentes domésticos:- cuando ocurren intradomiciliariamente por electrodomésticos de bajo voltaje (110-120 v).
- ✓ Accidentes industriales:- con voltajes promedio entre 500 y 5,000 voltios.

- ✓ Accidentes profesionales:- tales como electricistas y empleados de compañías eléctricas que manejan tensiones de 5,000 a 50,000 voltios.

Después de que una corriente eléctrica ha penetrado por la piel, se difunde rápidamente por todo el cuerpo siguiendo las líneas de menor resistencia, esto es, por los líquidos tisulares y por los vasos sanguíneos causando degeneración de las paredes de los vasos y formación de trombos. Las lesiones suelen ocurrir a cierta distancia del sitio de penetración y explica el carácter progresivo de la lesión. Cuanto mayor sea la resistencia de la piel, mas intensa será la quemadura, y cuanto menor sea la resistencia, mayor el efecto general de la corriente.

d) Radiantes

Sol, energía atómica, Rayos X.

2.3.2 Fisiología de las quemaduras:

Desde el punto de vista fisiopatológico las quemaduras térmicas tienen 3 características: daño microvascular, presencia de tejido muerto adherido sobre la quemadura y una gran área destruida ofreciendo una puerta abierta a la infección.

2.3.3.-Tipos de quemadura:

a) Por extensión

-Regla de la Palma

Esta regla se basa en que la palma cerrada de la mano del paciente, tanto adulto como niño, corresponde al 1% de su superficie corporal y puede ser instrumento rápido de estimación del porcentaje de

superficie corporal quemada en la escena del accidente o en quemaduras pequeñas.

-Regla de los Nueve

Esta regla se utiliza para quemaduras extensas. La superficie corporal quemada se calcula en áreas de 9% cada una, la cual incluye: la cabeza y el cuello, el tórax, abdomen, espalda superior, espalda inferior, glúteos, cada muslo, cada pierna y cada extremidad superior. El periné completa el 1% restante de la superficie corporal total.

b) Por profundidad:

-Epidérmicas, Superficiales o de 1er. Grado

En esta quemadura, solamente está lesionada la capa más superficial de la piel; la epidermis. No hay pérdida de continuidad de la piel, por lo tanto no se ha roto la capacidad protectora antimicrobiana de ésta. Las lesiones se presentan como un área eritematoso y dolorosa. El dolor se debe a la presencia de prostaglandinas en la zona de hiperemia que irrita terminaciones sensitivas cutáneas. Evolucionan hacia la curación espontánea en tres a cinco días y no producen secuelas. Este tipo de quemaduras se produce de forma característica por exposición prolongada al sol; Rayos Ultravioletas A (UVA) o tipo B (UVB) o por exposición brevísima de una llama; Flash. Puede estar acompañada de algún tipo de deshidratación sistémica o de Choque térmico.

-Dérmicas, grosor parcial o de segundo grado

Estas quemaduras abarcan toda la epidermis y la dermis. En ellas, se conservan elementos viables que sirven de base para la regeneración del epitelio. En este tipo de quemaduras la regeneración es posible a partir del epitelio glandular.

Las quemaduras de 2 ° grado se subdividen a su vez en:

-2do.Grado superficial o de espesor parcial superficial:

Este tipo de quemadura sólo afecta la epidermis y el nivel más superficial de la dermis. Estas quemaduras son comúnmente producidas por líquidos calientes o por exposición breve a flamas. Característicamente, se observan ampollas o flictenas, las cuales constituyen el factor diagnóstico más influyente. Así mismo producen como secuela, despigmentación de la piel. Gran parte de este fenómeno de despigmentación regresará a más o menos su aspecto normal en meses o incluso años. (11) Las quemaduras de 2do grado superficial, si evolucionan de forma natural, no dejarán cicatrización en términos patológicos, como serían cicatrices hipertróficas.

-2do. grado profundo o de espesor parcial profundo:

Las quemaduras profundas de 2° grado abarcan las capas profundas de la dermis. Estas, comúnmente se asocian a inmersión en líquido caliente o contacto con llamas. De manera característica son de color rojo brillante o amarillo blancuzco, de superficie ligeramente húmeda, puede haber o no flictenas y el dolor podría estar aumentado o disminuido dependiendo de la masa nerviosa sensitiva quemada. El fenómeno de retorno capilar por presión en el área está disminuido en el tiempo. Estas lesiones curan de forma espontánea pero muy lentamente, hasta meses, rebasando el tiempo aceptable de tres semanas.

-Quemaduras de 3° Grado o de grosor total

Comúnmente son producidas por exposición prolongada a líquidos muy calientes, llama, electricidad y a casi todos los agentes químicos fuertes. Su aspecto es blanco, carbonizado, con textura

correosa o apergaminada. No hay dolor, debido a la necrosis de todas las terminaciones sensitivas del área. La quemadura de tercer grado, llega a afectar la grasa y la fascia subcutáneas, músculos, tendones periostio y/o hueso. (12) Este tipo de quemadura no regenera y se comporta como un tejido necrótico desvitalizado en su totalidad. Las mayores secuelas pos-quemaduras de tercer grado incluyen: cosméticas funcionales, amputaciones y pérdidas de órganos.

-Quemaduras de 4to. Grado

Las quemaduras de 4° Grado se refieren a situaciones donde el daño se extiende a estructuras profundas como músculos, tendones y hueso, etc. El tratamiento puede requerir desbridamiento profundo o quizás amputaciones. A menudo se ven con quemaduras eléctricas.

2.3.4 Secuelas de las quemaduras:

Tras sufrir quemaduras, la piel en proceso de regeneración es extremadamente frágil. En los quemados, el riesgo de una mala cicatrización es constante. Las complicaciones son casi inevitables, y la letanía es interminable: hipertrofias o queloides, retracciones, estrías, adherencias., etc.

El movimiento del tejido cicatricial es muy delicado y doloroso. A menudo, no es posible realizar las maniobras manualmente, debido a las adherencias que se crean en la piel quemada. Sin la aplicación de un tratamiento precoz de kinesioterapia plástica, combinado con otros tratamientos, Multitud de elementos que, según su naturaleza, repercuten a nivel funcional y estético (13).

2.3.-Rehabilitación en los pacientes con quemaduras:

La rehabilitación comienza desde el primer momento que el paciente ingresa al hospital. Sin embargo, el período de rehabilitación. Propiamente dicho, constituye el tercer estadio del tratamiento y se inicia cuando las lesiones del paciente se han reducido menos del 20% de su superficie corporal y el enfermo es capaz de asumir un cierto grado de actividad en sus cuidados.

Durante la fase de rehabilitación el paciente y familia están aprendiendo a como cuidar la curación de las heridas. Dado que el paciente puede volver a su hogar con algunas heridas abiertas todavía no curadas, no debe dejar de recalcar lo importante que son los ejercicios y la fisioterapia desde la aplicación de la hidroterapia hasta ejercicios pasivos, movimientos activos y estiramiento, deambulacion y finalmente la restauración de la función de un proceso largo y doloroso que durará años.

La rehabilitación de pacientes quemados se inicia el día de la lesión y puede continuar varios años. La rehabilitación se da en el momento en que las heridas ocasionadas por la quemadura están cubiertas por piel o curadas y el paciente es capaz de reiniciar su autocuidado, eso puede ocurrir, dependiendo el caso de la afección desde temprano, a las 2 semanas, hasta, las 2 o 3 meses después de la quemadura.(14)

Cuando el cierre definitivo de las heridas esta cerca y próxima el alta hospitalaria hay que reforzar las actividades dirigidas a las necesidades básicas del diario vivir, desplazamientos, alimentación, aseo, estudio o trabajo, etc., con ejercicios isométricos, incremento de los pasivos y fortalecimiento de los activos.

Es importante tener en cuenta que la rehabilitación no finaliza cuando se da de alta al paciente, sino que por el contrario, puede prolongarse de 2 a 5 años más hasta que haya logrado el máximo nivel de equilibrio físico y psicológico.

2.3.1.-Rehabilitación física:

La rehabilitación física en quemados tiene el objetivo de ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y a mejorar su calidad de vida general en el aspecto físico.(15) Los cuidados rehabilitatorios deben comenzar de inmediato y las metas serían Limitar o prevenir pérdida de movimiento, prevenir o minimizar deformaciones anatómicas, prevenir pérdida de masa muscular y retornar al paciente a sus actividades de trabajo o social tan pronto como sea posible. Debe considerarse un programa de rehabilitación para el paciente quemado y familia para que estimule y fomente el autocuidado de sus necesidades particulares. Aplicando un programa planificado de actividades diarias y cuidados de rehabilitación, no solo dentro de los hospitales sino cuando se le da el alta y se encuentre en el hogar readaptado cada vez que las necesidades del paciente vayan cambiando.

Carlos Haya (2007) Refiere: “El proceso de rehabilitación física tiene muchos aspectos a considerar en como es el procedimiento consecutivo de la limpieza en la curación de heridas manteniendo el control de las infecciones para no retrasar el proceso de cicatrización, prevención del crecimiento de cicatrices hipertróficas provocada por una mala cicatrización o sobreproducción de tejido, recuperación del movimiento de las zonas afectadas. Siendo una necesidad importante mantener el arco de movimiento activo para evitar pérdida de masa

muscular y deformidad anatómica para que el paciente pueda valerse por sí mismo y efectuar una transición sin problemas al ambiente familiar y laboral”.

Respecto la preparación para el alta, el paciente y familia deben recibir la información necesaria sobre el cuidado de la herida y la prevención de la formación de las cicatrices hipertróficas mediante el ejercicio , colocación de férulas, la aplicación de vendajes compresivos , la aplicación de masaje digito presión , la utilización de prendas de licra y deben orientarse a la atención tanto de las zonas con injertos cicatrizados como a las regiones no injertadas, también se le debe orientar al paciente y familia , el reconocimiento de signos y síntomas de las complicaciones.

a) El proceso de cicatrización

La Cicatrización es un proceso de reparo ó regeneración de un tejido alterado, dando cómo resultado final la formación de un tejido cicatrizal ó un tejido igual al existente previo a la injuria (regeneración).

La piel es el ejemplo de un tejido que sufre reparación.

La reparación cutánea se puede categorizar en tres formas:

- ✓ Primaria: cierre primario
- ✓ Secundaria: por segunda intención
- ✓ Terciaria: cierre primario tardío

La piel es el órgano más grande del cuerpo. Cuando se sufren lesiones por quemaduras, la severidad de las quemaduras depende de qué capas de la piel han sido dañadas o destruidas. La capa exterior de la piel se llama epidermis. Es de 1mm de grosor, se reproduce una nueva capa cada 30 días y compone una capa protectora. Es seguida por la dermis, capa media, que contiene una red de tejidos y vasos

sanguíneos, como también folículos capilares, la conclusión de nervios y glándulas sebáceas y sudoríficas. Provee a la piel de sensación, fuerza y elasticidad. Cuando una quemadura destruye la dermis, las conclusiones de los nervios que proveen sensaciones de dolor, temperatura y táctil, son también destruidas. Esta capa de piel no se regenera por sí misma. La capa más interior de la piel contiene el tejido subcutáneo y una capa de grasa. Se la conoce como la hipodermis y funciona como protección de huesos, músculos, tendones y otros tejidos.

Las heridas demandan energía y síntesis proteica por las necesidades locales de la injuria. La herida produce un estado de hiper metabolismo sistémico y catabolismo. Cualquiera que sea la vía de cicatrización, existen las mismas fases, y cada una requiere de la anterior, además de energía, proteínas y estímulo anabólico.(16) Existen tres tipos de cicatrices causadas por quemaduras:

-Cicatrices Queloides:

Son resultado del sobrecrecimiento de tejido en la cicatriz y puede crecer más allá del sitio de la herida. Estas cicatrices, dependiendo de la etnia, son generalmente rojas o de color rosado y con el tiempo toman un color de bronceado oscuro. Dependiendo cuan extensa sea la quemadura, las cicatrices queloides pueden traer limitación en la movilidad.

-Cicatrices hipertróficas:

Estas son rojizas, tienen grosor y se elevan sobre la superficie de la piel. Difieren de las cicatrices queloidal en que se limitan al lugar de la herida y pueden mejorar con el tiempo.

-Cicatrices con contracturas:

Este tipo de cicatrices son causadas por el reemplazo de tejido conectivo elástico normal por tejido fibroso inelástico. Esto resulta en una piel resistente al estiramiento y movilidad normal, y una tensión permanente del área. También afecta músculos y tendones subyacentes.

En un paciente quemado el proceso de cicatrización comienza a aparecer después de la 9ª semana de la epitelización el tejido conectivo cicatrizal de una herida puede en cualquier momento , degenerar en una cicatriz hipertrófica a no ser que la piel esté adherida a la estructura subyacente .Estas cicatrices hipertróficas son resultado de un excesivo crecimiento y sobreproducción de tejido y movimiento como las manos , las piernas y el pecho. Tejido espeso y rígido resultante puede generar contracturas, sobre todo a nivel articular.

-Técnicas para prevenir las cicatrices hipertróficas

Debe iniciarse de manera precoz al aparecer el eritema con masaje de la cicatriz. La compresión sobre la herida permite que las fibras colágenas desorganizadas se ordenen en forma paralela, similar a la de posición normal de colágeno, evitando así hipertrofias groseras. Como estas fibras comienzan a aparecer temprano en la evolución de la herida, es importante aplicar vendajes elásticos sobre los apósitos.

- Masaje cicatrizal:

El masaje de las cicatrices estables, bien cicatrizadas, ayuda a ablandarlas. El masaje se efectúa con movimiento circular firme perpendicular a la línea de tracción o banda cicatrizal. La superficie de

la cicatriz se frota suave pero firmemente con una loción hidratante. (12) Hay que prestar particular atención a zonas potencialmente problemáticas, como cara, las manos, las líneas de fuerza y los pliegues de flexión. El masaje debe ser frecuente para que tenga efecto, pero hay controversia sobre su eficacia. No debe efectuarse como único método de control de la cicatriz, sino como parte de un enfoque global del tratamiento. El masaje puede ser realizado por el mismo paciente, según la localización, o por los familiares, cada día.

- Lubricación de la piel

Con el estiramiento adicional del tejido cicatrizal que se produce en la fase de rehabilitación, el paciente debe tener en cuenta que es necesario humedecer y lubricar ese tejido unas 4 ó 6 veces al día. La lubricación es necesaria para facilitar el movimiento y ablandar el tejido. Asimismo, retrasa el secado y la descamación del tejido cicatrizado, que en caso contrario podría ocasionar fisuras y desgarros con el ejercicio.(16).

Para el lavado de la piel se puede utilizar una manopla para eliminar piel muerta enjuagarla bien y secarla por completo, pero nunca aplicar la lubricación en áreas abiertas.

- Aplicación de la venda elástica y uso de prendas compresivas

Los vendajes elásticos, deben aplicarse a todas las áreas lesionadas para minimizar la formación de cicatrices hipertróficas. La compresión sobre la herida permite que las fibras colágenas desorganizadas se ordenen en forma paralela, similar a la de posición normal de colágeno, evitando así hipertrofias groseras. Como estas fibras comienzan a aparecer temprano en la evolución de la herida, es importante aplicar vendajes elásticos sobre los apósitos.

La compresión de la cicatriz es otro de los elementos importantes en su control clínico. Al igual que otras modalidades terapéuticas requiere ser aplicada a largo plazo; no es raro que se prolongue hasta 12 – 18 meses desde que se produjo la quemadura. Las prendas compresivas se mantienen principalmente con prendas elásticas con gradientes de presión. La prenda se diseña a medida para satisfacer las necesidades de un determinado paciente y se pide al fabricante que recibe, se comprueba si su ajuste es correcto y si es necesario se le puede efectuar las modificaciones necesarias con ayuda de su terapeuta. Si la prenda se ajusta bien, se pide otra igual para que el paciente disponga de una mientras se lava la otra(17). El paciente debe llevar la prenda en todo momento salvo que se esté bañando o se esté aplicando las cremas para cuidados de la piel. Sin embargo las prendas faciales o los guantes deben quitarse para comer, con el fin de no ensuciarlos. Las prendas deben lavarse a mano con jabón o detergentes suaves y agua tibia y deben dejarse secar a la sombra sin escurrir. La compresión se continúa hasta que las cicatrices estén maduras, lo que puede suceder entre seis meses o tres años después de la quemadura.

- Adaptadores

Es posible que se necesiten adaptadores especiales por debajo de las prendas compresivas para aplicar más presión a áreas como la superficie lateral de la nariz, los labios, los pliegues interdigitales de flexión, y palmas de las manos en los que la prenda no puede comprimir lo suficiente por sí sola.(18).

- Exposición A la luz solar

La protección contra la luz solar sobre todo durante los meses de verano, es importante hasta que la cicatriz esté madura. Cuando el

paciente esté fuera de casa y dependiendo de la parte quemada, debe usar sombrero, prendas de manga larga y bronceadores para impedir la formación de ampollas y la hiper pigmentación de la cicatriz.

b) Cuidado de la herida por quemaduras

Uno de los principales hechos a considerar es que el paciente ha perdido su capacidad de resistencia a la infección en las zonas de piel dañadas o destruidas. Los fines que se persiguen con el tratamiento desde el inicio de las heridas provocadas por quemaduras son los siguientes:

- Limpiar bien las heridas para eliminar o disminuir la cantidad de tejido necrosado y detritus, que podría resultar un buen medio de cultivo para todo tipo de gérmenes.
- Evitar una mayor destrucción de tejido cutáneo sano.
- Proporcionar alivio al paciente.

Una vez que el paciente haya quedado estabilizado se procede a limpiar bien las heridas y todo su cuerpo para eliminar la suciedad, los detritus y tejidos necrosados de las zonas afectadas. Los preparados a base de detergentes o antisépticos, como la yodo povidona, resultan muy eficaces. (12). Las ampollas intactas y de consistencia firme se dejan como están ya que actúan protegiendo la herida a modo de apósito natural no doloroso. El mantenimiento de la temperatura del cuerpo es esencial que hay que controlar mientras se limpian las heridas porque los sujetos que han sufrido quemaduras extensas han perdido la capacidad de termorregulación. Por eso, es necesario mantener la temperatura ambiental a un nivel más cálido de lo normal hay que evitar la pérdida de calor para evitar la evaporación, y la exposición prolongada a las corrientes de aire.

-Durante el baño.

Se recomienda al paciente el baño diario con jabones suaves y neutros y la práctica de una buena higiene personal.

-Control del prurito.

Las quemaduras cicatrizadas pican durante 9 a 12 meses después de producirse. El masaje de la zona con crema o loción puede reducir el prurito. Algunos pacientes notan que las prendas compresivas lo alivian o prefieren llevarlas puestas continuamente. A los pacientes se le indica que no deben rascarse la piel recién cicatrizada porque, pues provocarían lesiones. (18).

c) Funcionamiento de zonas afectadas:

Los planes deben considerar la prevención de contractura muscular y deformidad anatómica. La implementación de tales medidas ha de ser individual. La deambulación temprana es importante y todas las extremidades deben ser estrictamente ejercitadas con mucha frecuencia durante todo el día. La postura adecuada en cama es esencial para la prevención de la contractura. (15) Posiciones de confort para el paciente no deben ser permitidas ya que esta posición de confort para el paciente es la posición de contractura. La incidencia de contracturas en el pasado ha sido reducida hoy en día de forma significativa, a través del uso frecuente de ejercicios apropiados de movimientos activos y pasivos, y posicionamiento adecuado durante el reposo. Al paciente y a sus familiares debe concientizarlos y entrenarlos sobre la importancia de los ejercicios activos tempranos y posicionamiento adecuado durante el descanso y el sueño.

-Movimientos de articulaciones

Los arcos de movimiento deben ser aconsejados, permitiendo al paciente que cumpla todas las actividades del diario vivir por sí mismo. Peinarse el pelo o cepillarse los dientes, alimentarse, deambular al baño o a la sala de hidroterapia e incluso ayudar en sus propias curas, pueden facilitar los arcos de movimientos activos de manos, piernas, brazos, y le otorgará al paciente algunas medidas, tales como de control sobre el medio ambiente.

Cualquier tipo de aparato necesario para facilitar los movimientos debe permitirse tales como platos, libros, cubiertos, etc. El uso de estos dispositivos, llenaría al paciente de sentimientos de autorrealización, mejoría de su autoestima y ulteriormente alienta su participación, reduciendo su dependencia de otros.

-Ejercicios activos y pasivos

Cuando el cierre definitivo de las heridas esta cerca y próxima el alta hospitalaria hay que reforzar las actividades dirigidas a las necesidades básicas del diario vivir, desplazamientos, alimentación, aseo, estudio o trabajo, etc., con ejercicios isométricos, incremento de los pasivos y fortalecimiento de los activos. Cuando el movimiento activo temprano es insuficiente o imposible se indican ejercicios pasivos. (14) El ejercicio activo del paciente debe comenzar temprano en el día, debiendo implementarse un horario de actividades planificadas con ejercicios frecuentes y de corta duración (3-5 minutos) cada hora. Si el paciente es capaz de tolerar cada sección sin fatiga por 2 ó 3 días, los períodos pueden ser incrementados lentamente en duración y reducidos en frecuencia. Ejercicios prolongados aumentarán el tono y previenen la pérdida de masa muscular.

-Ferulizaciones

Tradicionalmente, las férulas se retiraban para las comidas, los cambios de vendaje y el ejercicio. En la actualidad, durante los cuidados agudos son generalmente de diseño estático y se emplean por la noche o durante periodos breves. Las férulas están indicadas para evitar daños ulteriores a estructuras expuestas, nervios, tendones, áreas edematosas y para la inmovilización de fracturas menores. Las férulas son fabricadas de una serie de materiales, probablemente, los más comunes son los materiales termoplásticos de baja temperatura. Estos pueden ser hechos a la medida y moldeados directamente sobre el paciente para obtener ajuste máximo. Las férulas se colocan sobre los apósitos y se aseguran con vendajes elásticos.

-Deambulaci3n:

La deambulaci3n debe instituirse tan pronto como sea posible. Tales ejercicios pueden reducir la p3rdida de masa muscular y ayudar a estimular el apetito. La deambulaci3n temprana, tambi3n reducir3 los riesgos de 3lcera cut3nea por presi3n. (14) Las articulaciones de todas las extremidades deben moverse a trav3s de las 24 horas del d3a a menos que no exista contraindicaci3n. Los pacientes con heridas abiertas por escarotom3as o fasciotom3as, pueden usualmente, mover estas partes activamente, en especial si la terapia se realiza tempranamente en la evoluci3n.

-Posicionamiento

El posicionamiento adecuado en cama se convierte en una necesidad importante, mientras que mantener el arco de movimiento activo es el factor m3s importante de perdida de movimientos, masa muscular y deformidad anatómica, se necesitan otras medidas de ayuda. El posicionamiento adecuado es cr3tico para mantener los movimientos

articulares, los beneficios logrados por las secciones de ejercicios se pierden en tan sólo 8 horas de sueño en posición "confortable". Durante el sueño, los pacientes generalmente asumen posiciones indeseables de sus articulaciones. En personas sanas esto no es un problema, ya que cambian frecuentemente de posición durante el sueño. Sin embargo, las molestias asociadas con la recuperación de quemaduras usualmente evitarán que estos pacientes se muevan, asumiendo por esta razón, inmovilidad articular. Puede ser difícil para el paciente mantener la posición adecuada de forma voluntaria, por lo tanto se necesitará el uso de férulas.

d) Manejo del dolor:

El dolor de una quemadura grave, se complica más por los procedimientos invasores. La cicatrización de quemaduras incluye varios contactos directos físicamente dolorosos: Cuando se lava la superficie lesionada, al mover al paciente, tanto en la cama como al transportado a hidroterapia, por los ejercicios en el límite de la movilidad, el daño a más áreas de piel del quemado al tomar injertos (19). A continuación, el paciente debe afrontar por meses un prurito intenso después de madurar las heridas, más fisioterapia y posiblemente más cirugías reconstructivas. Además del dolor obvio, hay una molestia concurrente por las vestimentas de presión y las férulas, que quizá tengan que utilizarse 24 horas al día por un año.

2.4.2.-Rehabilitación psicológica

a) La psicología del paciente quemado.

Atraviesa una gamma de alteraciones psicoemocionales, frente a una situación crítica, entonces se debe tener en cuenta que brindar apoyo emocional, minimizar las reacciones y apoyar en la rehabilitación son parte de las acciones de enfermería. Durante y después de la etapa

post hospitalaria en donde se prepara al paciente para el regreso a casa y como es obvio, estará lleno de ansiedad, pues existen inquietudes en relación a la reacción de sus familiares, amigos y a la sociedad frente a la desfiguración o mutilación de algún miembro del paciente. En esta fase se requiere restaurar la confianza para brindar ayuda y seguridad al paciente con la finalidad de disminuir ideas erróneas, necesidades y tratamientos del paciente. El paciente puede tener sentimientos de culpa, negándose a su propia realidad, eso se conoce como neurosis postraumática.

Los trastornos emocionales se presentan debido a la falta de apoyo emocional durante el proceso de hospitalización, el dolor y la desfiguración generan reacciones emocionales negativas que repercuten en su recuperación.

b) Reacciones emocionales específicas del paciente quemado

Luego de pasar la gravedad del quemado, en la que predominan las reacciones del shock se va a observar durante el tratamiento y el tiempo de rehabilitación, una serie de conductas que los pacientes van a adoptar debido al trauma sufrido.

Según C. Roy, (1964): “El hombre debe adaptarse a 4 aspectos de la vida como son la fisiología, la autoimagen, la del dominio del rol, la de interdependencia; la cual esta última afirma: “La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno”.

Las reacciones emocionales ante la experiencia traumática que experimentan, se van a dar como rasgos indicativos propios de las

personas que han sufrido quemaduras. Estos rasgos indicativos que sufren las personas son las siguientes:

-Imagen corporal

Dentro de los efectos fisiológicos y psicológicos del trauma térmico, el estrés postraumático cobra gran importancia en el 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 las personas quemadas, 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 sino con la capacidad de respuesta emocional de cada persona.

-Autoestima

Sufrir una quemadura altera la biografía de la persona, se ven afectadas su capacidad de adaptación biológica y su equilibrio psicológico. Con frecuencia hay desfiguración que lleva a una alteración de la imagen corporal y de la autoestima. Las heridas y su tratamiento llevan consigo dolor y sufrimiento y la experiencia es vivida de modo traumático.

Surge el concepto de “estrés traumático mantenido” que se refiere no sólo a la experiencia de la quemadura, sino a la experiencia constante del dolor, al difícil periodo de hospitalización y tratamiento y el miedo al encuentro con su medio una vez recibido el alta. La persona, al tener conciencia de su situación y creer que no son autosuficientes como antes, pueden sentirse amenazados, vivir con miedo. Es normal que aparezcan nuevos síntomas emocionales al momento del alta o en el periodo de vuelta a casa, por el esfuerzo de adaptación que se

necesita, el enfrentamiento del quemado con las otras personas, muchas de ellas movidas por la curiosidad ante su desfiguración.

-Aislamiento y sentimiento de minusvalía

Debido a la conducta retraída, temerosa, huyendo de sus contactos interpersonales por temor a no ser aceptado .Esto es utilizado como mecanismo defensivo frente a la angustia y temor producido por las quemaduras y la percepción minusválida que tiene de si mismo .

El aislamiento se presenta por la insuficiencia frente a si mismo y a los demás, por la presencia de las quemaduras, con la idea fija de no poder realizar sus tareas en el futuro, todo esto acompañado de inseguridad desaliento.

-Agresividad

Responde a una conducta hostil , con necesidades de gratificación e irritabilidad, además escasa tolerancia a la frustración y al dolor con repercusión frente a si mismo y a los demás , tanto al medico como al personal que integra al equipo de la unidad.

-La inadaptación

Está asociada a la hostilidad en sus relaciones interpersonales inadecuadas traducidas por sus lamentos, temores, angustias, por las sensaciones de incapacidad.

-La angustia

Es propia de estos pacientes, con temor al desastre con sensación de peligro, estas emergen de la tensión, soledad y tristeza que experimentan.

-La dependencia

Implica la necesidad de apoyo y gratificación con tendencia a apoyarse en otra persona con actitudes de desamparo o pasividad propias de la inmadurez de las que son presas, de regresión con dificultades para tomar decisiones y dar a conocer sus puntos de vista. A veces los pacientes tienen tendencias a depender de los fármacos como los analgésicos, dado que no toleran el dolor. El paciente quemado muchas veces adopta conductas infantiles para obtener gratificación buscando apoyo y en algunos casos son ganancias secundarias, igualmente llaman la atención con actitudes hostiles.

Todos estos síntomas los va a llevar, en su mayoría de veces al a un cuadro depresivo a una reacción de angustia situacional preocupándose en excesos de sus problemas personales, somáticos y familiares.

2.4.3.-Rehabilitación Social – Participación de la familia:

a) La reintegración

El último objetivo de todo el cuidado de la quemadura es la reintegración. El cuidado de la quemadura no termina con el cierre de la herida. El paciente debe volver a su familia y comunidad como si la lesión nunca hubiera ocurrido.

A medida que aumente el límite de movilidad activa de las manos y extremidades superiores, debe iniciarse un programa de simulación de trabajo o de endurecimiento para el trabajo. A través de actividades funcionales y labores de trabajo simuladas que puedan graduarse según el límite de movilidad, la fuerza y destreza del paciente, es ponerle a valorar, desarrollar y aumentar la capacidad

para regresar al trabajo. El aspecto físico y aceptación por los compañeros son tan importante para el paciente .Contar con personas que comprenden estos problemas facilitara la tarea. El Grupo de Autoayuda está compuesto por completo de antiguos pacientes que han trabajado durante la Psicoterapia de grupo intrahospitalaria, se encuentran en posición de ofrecer su comprensión y su ayuda al recién venido, así como las fuentes de identificación y sentimientos de grupo que pueden significar un gran progreso hacia la restauración de su propia autoimagen o estima aliviando de esta manera las presiones internas.

b) El entorno familiar:

La familia funciona como un sistema. Como tal, establece canales de comunicación entre sus miembros, los protege de las presiones exteriores y controla el flujo de información con el exterior, siendo la meta conservar la unidad entre los miembros y la estabilidad del sistema (20).

La familia frente al proceso de rehabilitación del paciente se enfrenta a todo un reto en el que se pone a prueba su unidad, cohesión y sus sólidos valores sobre el cual está cimentada, permitiendo además que ella genere, un proceso de maduración familiar colectiva, por cuanto a las diversas tareas que le toca superar y enfrentar, la preparan para una eventualidad mayor. En suma. La familia cumple el importante rol de apoyo, es la fuente que genera energías al paciente para superar las adversidades que demanda el proceso de su rehabilitación, para finalmente convertirse en un ser útil la misma y sobre todo porque constituye el centro de bio-psico y de fortalecimiento espiritual.

La nueva condición física causada por el accidente de quemadura pone a prueba el funcionamiento del sistema familiar. Las circunstancias en que se produjo el accidente provocan reacciones en todos los familiares y estas influyen favorable o desfavorablemente en el proceso de rehabilitación.

Además de los procesos psicológicos derivados del accidente, surgen una serie de tareas y exigencias a cumplir que antes no existían.

- La familia deberán enfrentar una nueva dificultad. Este integrante del grupo familiar físicamente dañado afecta a todo el sistema familiar provocando distintas reacciones y actitudes en cada uno de ellos.
- Surgen las necesidades propias del proceso de recuperación y de rehabilitación. El paciente demandará mayor tiempo de dedicación exclusiva para él.
- Si los jefes de familia trabajan deberán proveerse del recurso humano necesario para la atención del paciente en el hogar. Por otra parte, necesitan mantener su fuente laboral, obtener facilidades para asistir a las atenciones periódicas en el Centro de Rehabilitación, atender los gastos inesperados propios de las prestaciones de salud desde la urgencia hasta el término de la rehabilitación.
- El presupuesto familiar deberá soportar una carga económica adicional que no estaba planificada. Las circunstancias que han permitido este accidente marca, con frecuencia, la respuesta de la familia hacia el tratamiento. A veces se desliga absolutamente de la responsabilidad que le corresponde y no coopera con el tratamiento, en otras, el familiar que tenía a su cargo el paciente, en el momento que se accidentó, deberá responder llevándolo a las atenciones en el centro de atenciones de salud.

2.6.-Intervención Educativa:

Es un conjunto de acciones de modelo educativo tradicionales integradas frente a una realidad, orientadas a promover comportamientos que propicien estilos de vida saludable entre los miembros de la familia. Se orienta a generar capacidades necesarias en la familia para mejorar su salud, en el paciente y entorno. El programa fomenta una cultura de salud, basada en la solidaridad, respeto, desarrollo de valores y principios.

2.6.1.- Intervención educativa de enfermería sobre los cuidados del paciente quemado en el hogar

Es un conjunto de actividades, información, comunicación y educación a desarrollar en un periodo de tiempo determinado en apoyo al programa de salud. Acerca del cuidado y prevención de las quemaduras para ayudar en el proceso de rehabilitación del paciente a nivel extra hospitalario, estimulando cambios de conducta de las personas y/o comunidad donde está inserto el problema, frente a situaciones específicas que los afectan.

2.6.2 Finalidad de la intervención educativa en enfermería:

- ✓ Promover que el cuidador favorezca su aprendizaje por medio de la mejor orientación y suplementación adecuada de los conocimientos adquiridos.
- ✓ Promover en los cuidadores, el mayor sentimiento de satisfacción, responsabilidad y estabilidad en la atención de las necesidades básicas a través de la seguridad proveniente de una adecuada preparación.
- ✓ Estimular interés de los cuidadores a proporcionar satisfacción de las necesidades básicas del paciente, a través de la comprensión de las características individuales.

- ✓ Promover un medio por el cual los cuidadores puedan mejorar constantemente la calidad de sus cuidados y al mismo tiempo mantenerse al día con el avance de nuevos conocimientos.
- ✓ Promover el cambio de conducta en los familiares relacionado al cuidado del paciente quemado, para que se oriente hacia la participación en la recuperación de la salud y su rehabilitación.
- ✓ Integrar a la familia en el equipo de trabajo de la institución como agente promotor de auto cuidado.

2.6.3 Características de la intervención educativa en Enfermería.

- ✓ En enfermería su función docente se fundamenta en la educación continua que implica educar y enseñar en forma íntegra , es decir valorar Las cualidades físicas , intelectuales y morales del individuo a fin de desarrollar sus potencialidades como ser humano perfeccionando sus sentimientos y comportamientos para hacerlo capaz de desenvolverse en la sociedad utilizando técnicas que le permitan un aprendizaje eficaz. Y efectivo.(9)
- ✓ Es un proceso ordenado , lógico e integral porque se basa en principios y leyes de aprendizaje , tiene su origen en necesidades individuales y colectivas del contexto de salud integral.
- ✓ Incorpora criterios educativos de planteamiento , desarrollo evaluación y realimentación del proceso , proporciona mayor seguridad a quien participa en ella porque parte de una experiencia previa y capacita para un desempeño específico.

2.6.4 Importancia de la Intervención educativa en enfermería:

Simon Staab (1998): “La enfermera proporciona los conocimientos actualizados de salud para que el receptor (cuidador) pueda asumir los retos de atención a la población con la intención de favorecer óptimamente el proceso de rehabilitación del paciente quemado”.

Las intervenciones de enfermería han demostrado su efectividad en el fortalecimiento del cuidado lo que permite disminuir el riesgo de complicaciones y mejorar el estado general del paciente. El propósito final de la educación para la salud es lograr que el paciente asuma la responsabilidad de su propio cuidado. En el momento que se requiere la ayuda de otros, las acciones específicas varían de acuerdo con el grupo social y cultural al que pertenece el individuo, el cual puede elegir distintas opciones en su conducta de cuidado para superar las deficiencias que se presentan. La intervención de enfermería es esencial, con un apoyo educativo, que propicie cambios de conducta, logre motivar y concientizar a los pacientes para el autocuidado, aumentando el interés hacia su salud.

2.6.5 Ventajas y desventajas de la enseñanza programada:

Como ventajas se señalan la siguiente:

- ✓ Se eleva el nivel de aprendizaje, se incrementan los conocimientos.
- ✓ Se reduce notablemente el tiempo de instrucción.
- ✓ Se obtiene una reacción favorable de parte de los cuidadores.
- ✓ Se logra la participación activa del estudiante al requerir su reacción frecuente ante cada etapa de la información.

G. HIPÓTESIS:

Hp = “El nivel de conocimientos de la familia sobre los cuidados para la rehabilitación del paciente quemado es alto, si la intervención educativa de enfermería es efectiva”.

Ho = “El nivel de conocimientos de la familia sobre los cuidados para la rehabilitación del paciente quemado es bajo, si la intervención educativa de enfermería no es efectiva”.

H.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- Nivel de conocimientos de la familia: Alto, medio o bajo, en relación a la información que posee el familiar del paciente quemado, antes y después de la intervención educativa de enfermería sobre cuidados para la rehabilitación del paciente.
- Cuidados para la rehabilitación: Es el conjunto de procedimientos dirigidos al paciente quemado para ayudarlo a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional y educacional compatible con sus limitaciones fisiológicas o anatómicas y medioambientales.
- Paciente Quemado: Persona con lesiones térmicas que requiere de la atención y cuidados de un equipo multidisciplinario capacitado para iniciar el proceso de supervivencia y rehabilitación intra y extra hospitalario.
- Efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería De variación positiva del nivel de conocimientos de la familia a través de la participación de su familiar en acciones educativas

donde la enfermera imparte información que promueve comportamientos que propician y potencializan las capacidades del paciente y familia necesarias para el proceso de rehabilitación en el hogar para mejorar su salud y estado emocional del paciente quemado.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque se midieron y cuantificaron los resultados utilizando procedimientos estadísticos, es de nivel aplicativo porque propone la mejora de los conocimientos de los familiares sobre la rehabilitación del paciente quemado.

El método utilizado fue cuasi experimental de un solo diseño teniendo como variable independiente la intervención educativa y como variable dependiente el nivel de conocimientos sobre los cuidados en el hogar en la rehabilitación del paciente quemado.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO:

El presente trabajo se desarrolló en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza hospital que es de nivel III, de alta complejidad, y está ubicada en la Av. Alfonso Ugarte en el distrito de Breña.

Brinda atención integral de salud con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, tiene importante participación en la formación de los diferentes profesionales de la salud del nivel , pre y post grado, por ser un hospital docente; así mismo aporta a la investigación científica y desarrollo tecnológico a través del campo clínico.

Dentro de los servicios más importantes con que cuenta, está el Servicio de Quemados, lugar donde se realizó el estudio, que está ubicado en el pabellón VIII. Es un centro de referencia a nivel nacional del MINSA.

La sala de hospitalización del servicio de quemados dispone de una capacidad física instalada de 30 camas distribuidos en dos ambientes uno para la hospitalización de varones y otro par damas separados a los pacientes hospitalizados por sexo. El promedio de pacientes hospitalizados es de 15 varones y 9 mujeres, variando el tiempo de estancia hospitalaria varía en función a la gravedad de la quemadura siendo un mes el tiempo mínimo y el máximo de tres a 5 meses. El ingreso de pacientes al servicio se produce durante las 24 horas del día.

En los ambientes exteriores del pabellón VIII se encuentran dos ambientes de sala de espera: Una para la recepción de los familiares de pacientes hospitalizados y los familiares que acompañan a sus pacientes a consulta externa; el otro ambiente específicamente es para la recepción de un familiar por medidas de preventivas de riesgo a infección, lo cual es exclusiva para recibir la información sobre el estado actual del paciente y prescripción del tratamiento a partir de las 10y30am.

Cuenta con el servicio de consultorio externo y cirugía plástica Donde acuden aproximadamente un promedio de 13 pacientes acompañados de sus respectivos familiares.

Actualmente el servicio cuenta con 6 licenciadas de enfermería, 24 técnicas de enfermería, 1 administrativo 2 médicos cirujanos de la especialidad, 1 fisioterapeuta, 1 asistente social, residentes de medicina, estudiantes de pregrado y docentes especialistas.

C. POBLACIÓN.

La población lo constituyen los familiares de pacientes quemados hospitalizados y los que asisten a consulta externa en el Servicio de Quemados del Hospital Arzobispo Loayza y los que acudieron a consultorio externo en los meses de octubre y noviembre del 2010, de los cuales se tomó una muestra utilizando el método probabilístico por conveniencia siendo un total de 25 personas, teniendo en cuenta criterios de exclusión e inclusión y que tenían la primera intervención Educativa formal ya que el personal de enfermería no realizan charlas educativas solo laboran en los ambientes interiores del servicio brindando atención asistencial.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ✓ Que estén a cargo del cuidado del paciente que no es autovalente.
- ✓ Que no hayan recibido educación formal sobre cuidados de pacientes quemados.
- ✓ Que deseen participar en el estudio, previo consentimiento informado.

- ✓ Familiares que se encuentren en la capacidad de comprender el cuestionario.
- ✓ Que sepan leer y escribir.
- ✓ Que sean familiares adultos jóvenes y adultos maduros que salieron de alta el mes de octubre 2010.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ✓ Familiares de pacientes que no tengan o no se hayan hospitalizado en el servicio.
- ✓ Que no deseen o den consentimiento para participar en el estudio.
- ✓ Familiares que no se encuentren en la capacidad de comprender el cuestionario.
- ✓ Familiares de pacientes que tengan injerto por quemaduras.
- ✓ Familiares que tengan una carrera profesional relacionado al área.
- ✓ Familiares que no viven con el paciente.
- ✓ Que estén al cuidado de un paciente quemado autovalente.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario para medir la variable nivel de conocimientos que describe lo siguiente:

1.-Un cuestionario pre evaluativo (prueba objetiva) elaborada para medir el nivel de conocimientos sobre el proceso de rehabilitación del paciente quemado a los familiares antes de la ejecución de la Intervención educativa, además de los aspectos generales. El formulario consta de 20 preguntas que evalúan el nivel de conocimiento y tienen puntaje acumulativo (cada pregunta vale 1 punto y la pregunta

mal respondida equivale a cero puntos). Teniendo finalmente un puntaje mínimo de cero hasta un máximo de 20 puntos (ver anexo A).

Para clasificar la variable nivel de conocimientos de los familiares sobre los cuidados para la rehabilitación de los pacientes afectados por quemaduras se realizó en 3 categorías: alto, medio y bajo; a su vez se subdividió y se estableció el rango de puntuación de acuerdo al número de preguntas totales de cada dimensión asignándoles de la siguiente manera para un mejor entendimiento.

a) Para el proceso de rehabilitación en general

0-7puntos = Conocimiento Bajo

8-14 puntos =Conocimiento Medio

15-20 puntos=Conocimiento Alto.

b) Para el proceso de rehabilitación en su dimensión Física:

0-3=Conocimiento bajo

4-6=Conocimiento medio

7-10=Conocimiento alto

c) Para el proceso de rehabilitación en su dimensión Psicológica:

0-2=Conocimiento bajo

2-3=Conocimiento medio

4-6=Conocimiento Alto

d) Para el proceso de rehabilitación en su dimensión Social:

0-2=Conocimiento bajo.

2-3=Conocimiento medio.

4-5=Conocimiento alto.

Después de la ejecución de La intervención, se aplicó una segunda evaluación empleando el mismo cuestionario para identificar si se lograron cumplir con los objetivos del programa educativo.

2.-La Intervención Educativa de Enfermería se realizó en 3 sesiones cada sesión consistió en dos etapas; la primera etapa consistió en sensibilizar a las familiares y captar su atención hacia el tema, mediante la explicación sobre ejes temáticos sobre la prevención de quemaduras y como actuar ante el suceso, tuvo una duración de 10 minutos. La siguiente etapa fue de carácter informativo- explicativo - participativo mediante el uso de rotafolios y folletos con imágenes claras y concretas. Tuvo una duración de 20 minutos. La sesiones se realizaron en charlas siendo la última informativa, participativa siendo la última fue informativa y demostrativa de la misma manera para todos hasta completar el período estimado.

- Validez y confiabilidad:

El instrumento se sometió a juicio de expertos, fue visto por 03 enfermeras del servicio de quemados, 01 psicóloga ,01 terapeuta ocupacional, 03 docentes especialistas en investigación de la EAP de enfermería de la UNMSM, luego de sus observaciones y recomendaciones tomadas se realizaron los respectivos ajustes. Luego estos puntajes fueron sometidos a la prueba binomial significativa según acuerdo de cada juez.

E. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Previo a la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos pertinentes en la Unidad de Docencia e Investigación del hospital Nacional Arzobispo Loayza con la finalidad de obtener la autorización correspondiente.

La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de noviembre, para la primera fecha 12 de noviembre se les informó a los familiares sobre el proyecto de investigación y la importancia de su participación solicitando el consentimiento informado. Se entregó un pre test seguidamente, se procedió consecutivamente al desarrollo de la Intervención educativa y posteriormente su evaluación pos test, según cronograma de actividades, previamente establecido; el horario que se manejó para cada actividad fue de 11:30 a 12:45 am.

Solo los familiares que participaron en todas las sesiones nuevamente respondieron a la post evaluación en la segunda y la tercera fecha 19 y 26 de noviembre respectivamente, con una duración de 20-30 minutos. y posteriormente se elaboró una hoja de patrón de respuestas y una tabla matriz en la cual se procesaron los datos.

F. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Concluida la recolección de datos y contando con una matriz de códigos sujetos versus Ítems, se vaciaron los resultados. Seguidamente se transformaron los códigos a puntajes. Una vez obtenida la información, los datos fueron procesados mediante Microsoft Excel. Se utilizó de la estadística descriptiva para la determinación de la frecuencia y proporción de las variables, las medidas de tendencia central, promedio y moda.

Se utilizará la prueba Z para datos pareados, para determinar la efectividad de la Intervención educativa en el nivel de conocimientos de la familia, con un nivel de significancia del 95 %.finalmente se elaboraron las tablas y gráficas estadísticas.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante el proceso del estudio, se respetó la autonomía de los participantes. Antes del trabajo de campo, se les explicó a los familiares los objetivos de la investigación; fueron conscientemente informados asegurándoles que la información se manejará de manera anónima. Y será de uso sólo para el objetivo que conocen.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Terminado el procesamiento de los datos se procedió al análisis e interpretación, que a continuación se presentan:

1.-DATOS GENERALES:

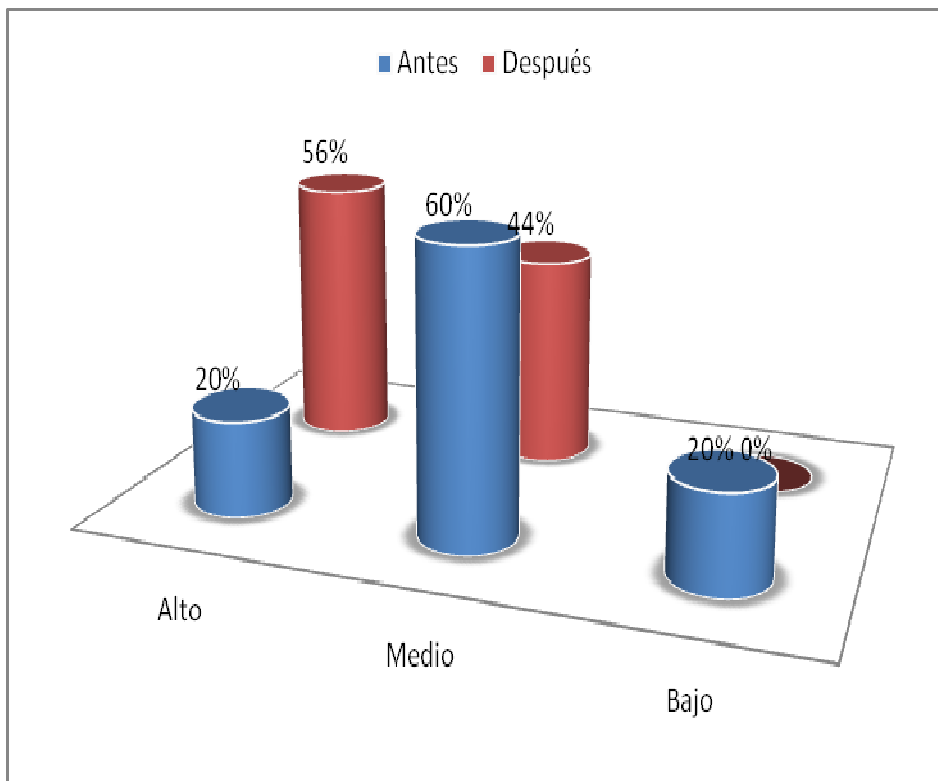
En relación a las características generales de la muestra obtenida para el presente estudio se encontró que el mayor porcentaje fluctúan entre 25 y 44 años representando el 48% (12) (ANEXO P). Le siguen los de 45-65 y muy pocos de 18 a 24 años. Quienes afrontan la responsabilidad en su mayoría son mujeres 68% (17) .Y del grado de instrucción, se obtuvo esencialmente que el 48% (12), habían completado los estudios secundarios y el 24% (7) tenían estudios superiores. (ANEXO Q).

El estado civil representativo en 76% (19) (ANEXO O) es el de casados; el 12%(3) son solteros. En cuanto a la procedencia principalmente un 72% (18) son de la costa y un 24% (6) de la sierra (ANEXO R).

En este grupo de estudio se aprecia que el el adulto joven asume principalmente la representatividad en el cuidado de un miembro familiar y dentro de ellos es la mujer la que con mayor frecuencia lo hace, cuentan con educación secundaria y superior que les permite captar y aplicar conocimientos con mayor facilidad.

2.- DATOS ESPECÍFICOS:

GRAFICO N° 1
Efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimiento de la familia valorado antes y después de la ejecución de la Intervención “Ayudando al paciente quemado”
Servicio de Quemados – Hospital N. Arzobispo Loayza
Noviembre - 2010



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora

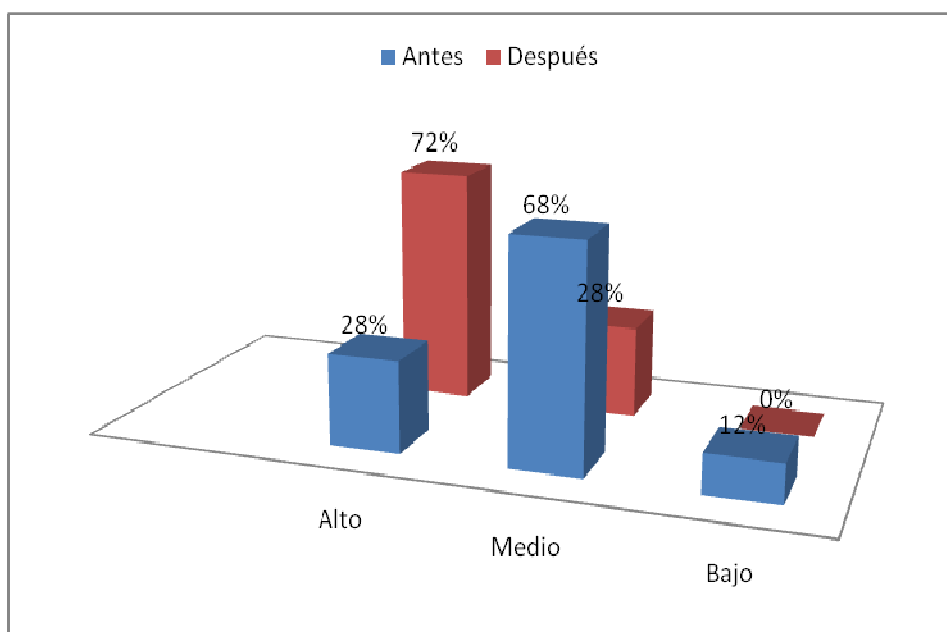
El gráfico N°1 presenta el antes y después de la aplicación de la Intervención educativa y encontramos que de un total 100% (25) familiares antes de aplicar la intervención, un 60%(15) tienen un nivel de conocimiento medio, seguido de un 20%(5) conocimiento alto, así mismo en igual número y porcentaje el tienen conocimiento bajo. Mientras que después de la intervención 56% (14) de familiares tienen un nivel de conocimiento alto y 44%(11) tienen nivel de conocimiento medio, apreciándose que ningún familiar tuvo un nivel bajo de conocimientos después de la Intervención. (ANEXO K).

Una de las conclusiones del estudio realizado por Armando Rodrigo (1999) refiere: “El individuo es el principal protagonista de la construcción de teorías porque tiene un conocimiento a partir de su interacción con el entorno físico y social y compartido culturalmente con grandes grupos con la finalidad de proporcionar sus ideas del mundo que le rodea”. (12). Por consiguiente, si bien es cierto que los familiares sometidos al estudio no han tenido anteriormente educación formal, ha obtenido de alguna manera la información sobre los cuidados que se debe brindar a este tipo de pacientes y ello se refuerza con su propia experiencia, interactuando con personas que tuvieron las mismas experiencias, consultando a profesionales de la salud, siendo los familiares y pacientes la demanda activa para adquirir conocimientos por parte de la enfermera durante la estancia hospitalaria y principalmente cuando el paciente recibe el alta hospitalaria lo que confirma simon staab(1998): “La enfermera proporciona los conocimientos actualizados de salud para que el receptor (cuidador) pueda asumir los retos de atención a la población con la intención de favorecer óptimamente el proceso de rehabilitación del paciente quemado”. Sin embargo fue preocupante que exista un nivel de conocimiento bajo antes de la intervención por los riesgos para los familiares y el paciente en una etapa post hospitalaria. En ese

sentido es necesario reforzar el compromiso multidisciplinario del personal de salud como agentes educadores y grupos de apoyo, que debe implementarse entre la familia y paciente.

GRAFICO N0 2

Efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimiento de la familia valorado antes y después de la ejecución de la Intervención “Aprendiendo a cuidar al paciente quemado” en relación al proceso de rehabilitación Física. Servicio de Quemados Hospital N. Arzobispo Loayza Noviembre - 2010



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora

En el gráfico N°2 se presenta el antes y después de la Intervención Educativa de enfermería sobre los cuidados en el hogar en el proceso de rehabilitación física, se aprecia que del total 100%(25) familiares antes de la aplicación un 68%(15) tienen nivel de conocimiento medio, seguido de 28%(7) alto, 12%(3) bajo. Mientras

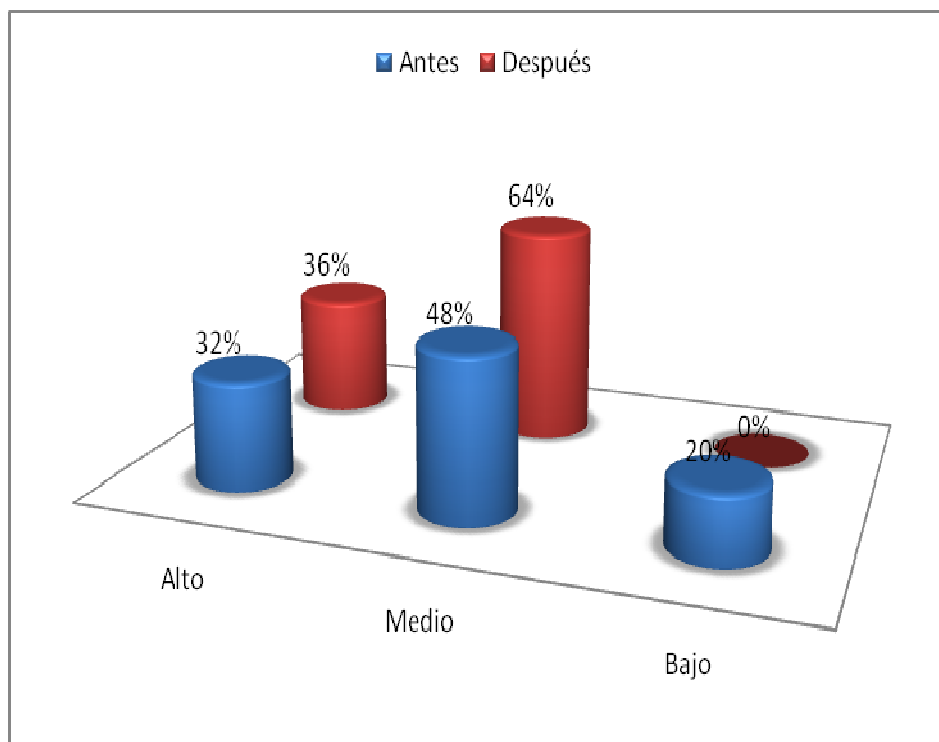
que en el post test un 72%(18) de familiares tiene conocimiento alto y 28%(7) tiene nivel medio (ANEXO L).

Carlos Haya (2007) Refiere: “El proceso de rehabilitación física tiene muchos aspectos a considerar tal como el procedimiento consecutivo de la limpieza en la curación de heridas manteniendo el control de las infecciones para no retrasar el proceso de cicatrización, la prevención del crecimiento de cicatrices hipertróficas provocada por una mala cicatrización o sobreproducción de tejido, la recuperación del movimiento de las zonas afectadas. Siendo una necesidad importante mantener el arco de movimiento activo para evitar pérdida de masa muscular y deformidad anatómica para que el paciente pueda valerse por sí mismo y efectuar una transición sin problemas al ambiente familiar y laboral” .Lo cual confirma lo mencionado por KIRSBAUM S. (2004) : “La rehabilitación física en quemados tiene el objetivo de ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y a mejorar su calidad de vida general en el aspecto físico”.

El resultado obtenido puede atribuirse al interés significativo del paciente y familia por favorecer un adecuado cuidado del aspecto más resaltante afectado visiblemente en el paciente quemado como es el cuidado de la piel, de las heridas ,proceso de cicatrización de la quemadura y recuperar la movilidad de las zonas afectadas, como consecuencia el grupo de familiares asimilan la responsabilidad de estimular al paciente para poder integrarse a sus actividades diarias mediante la continuidad y programación de técnicas y ejercicios, pero también debido a que la familia admite la participación de los profesionales para la continuidad del proceso de rehabilitación debido a ello ese interés la intervención mejora los porcentajes y va de un nivel medio y alto.

GRAFICO N0 3

Efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimiento de la familia valorado antes y después de la ejecución de la Intervención “Aprendiendo a cuidar al paciente quemado” en relación al proceso de rehabilitación Psicológica. Servicio de Quemados Hospital N. Arzobispo Loayza
Noviembre - 2010



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora

El gráfico N° 3 se presenta el antes y después de la ejecución de la Intervención Educativa por enfermería en el aspecto psicológico donde se aprecia que de un total de 100%(25) familiares antes de aplicar el Intervención, un 48%(12) tiene nivel de conocimientos medio,

seguido de un 32% (8) alto, así mismo un 20% (5) tienen nivel de conocimientos bajo. Mientras que en el post test un 64% (16) de los familiares tiene nivel medio, el 36% (9) tiene un nivel alto. (ANEXO M).

Carlos Haya (2007) Refiere: "Cuando el paciente se le prepara de regreso a casa la psicología del paciente quemado atraviesa una gama de alteraciones psico emocionales en relación a la reacción de sus familiares, amigos y a la sociedad frente a la desfiguración o mutilación de algún miembro del paciente. En esta fase se requiere restaurar la confianza para brindar ayuda y seguridad con la finalidad de disminuir ideas erróneas, necesidades y tratamientos del paciente. Las reacciones emocionales ante la experiencia traumática del paciente y familia que deben identificar son la baja autoestima por la imagen corporal, la dependencia, la inadaptación, el aislamiento, la angustia etc. Estos trastornos se presentan debido a que los pacientes quemados no solo experimentan dolor sino también ansiedad durante el proceso de hospitalización, el dolor y la desfiguración generan reacciones emocionales negativas como el estado de ansiedad que repercuten en su recuperación posterior alterando la estabilidad familiar". Hallazgo similar lo podemos encontrar en la investigación realizada por Milagros Chumpitaz en el año 2004 que los padres de niños hospitalizados por quemaduras manifiestan estado de ansiedad, lo cual amerita necesariamente una intervención."

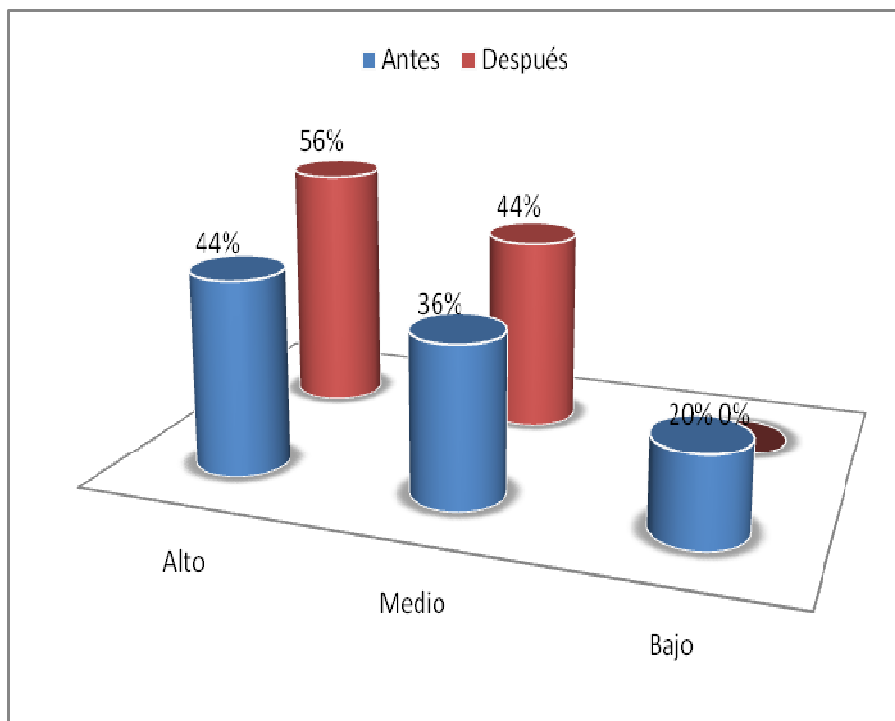
Los resultados obtenidos que se muestran en el gráfico hablan de un nivel medio a alto y en muy escaso porcentaje bajo antes de la intervención educativa, ello nos habla de la importancia que representa para la familia el aspecto psicológico, son pocos los que no lo hacen desarrollar, esto se fortalece con la información formal dada por el profesional de enfermería que enfatizó la enseñanza a los familiares y pacientes que después de recibir el alta la rehabilitación

psicológica es un proceso continuo e importante y se centra en la verbalización de sentimientos y distracción que contribuirá a disminuir el riesgo a posteriores alteraciones emocionales severas.

GRAFICO N0 4

Efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en el nivel de conocimiento de la familia valorado antes y después de la ejecución de la Intervención “Aprendiendo a cuidar al paciente quemado” en relación al proceso de rehabilitación Social. Servicio de Quemados Hospital N. Arzobispo Loayza

Noviembre - 2010



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora

En este último gráfico podemos observar el antes y después de la aplicación de la Intervención Educativa de enfermería, que de un total de 100%(25) familiares, antes de aplicar la Intervención un 44%(11) tiene nivel de conocimiento alto, un 36%(9) tiene nivel medio y un 20%(5) bajo, mientras que en el post test un 56% (14) tiene nivel de

conocimiento alto, y un 44%(11) tiene un nivel de conocimiento medio(ANEXO N).

La bibliografía hace referencia que el último objetivo de todo el cuidado de la quemadura es la reintegración. Si bien el aspecto físico y aceptación por los compañeros son tan importantes para el paciente. También lo es contar con personas que comprenden estos problemas ya que ello facilitará la tarea según el límite de movilidad, la fuerza y destreza del paciente, el enseñarle a valorar, desarrollar y aumentar la capacidad para regresar al trabajo. El hombre, según C. Roy, debe adaptarse a 4 aspectos de la vida como son la fisiología, la autoimagen, la del dominio del rol, la de interdependencia: “La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno”. La familia cumple el importante rol de apoyo, es la fuente que genera energías al paciente quemado para superar las adversidades que demanda el proceso de su rehabilitación, para finalmente convertirse en un ser útil, y ello se da porque constituye el centro de bio-psico y de fortalecimiento espiritual. Jean Watson establece una filosofía del cuidado basado en la teoría de las relaciones interpersonales: “El Cuidado de Uno Mismo es un pre - requisito para el cuidado de los demás a pesar de que el cuidado tiene una base interpersonal, se debe estar saludable para ejercerlo .Si no se está saludable no se podrá ejercer. Una persona medianamente sana puede cuidar a alguien muy enfermo, una persona sana puede cuidar a todos los pacientes y una persona desarrollada podrá desarrollar a quienes lo rodean” .En ese sentido según lo observado en el gráfico se puede concluir que el aspecto social reviste importancia para las familias del paciente quemado en el proceso de rehabilitación debido a que la nueva condición física causada por el accidente

térmico de quemadura pone a prueba el funcionamiento del sistema familiar. Las circunstancias en que se produjo el accidente provocan reacciones en todos los familiares y estas influyen favorable o desfavorablemente en el proceso de recuperación. Surgen las necesidades propias del proceso de recuperación y de rehabilitación. Por otra parte, necesitan mantener su fuente laboral, obtener facilidades para asistir a las atenciones periódicas en el Centro de Rehabilitación, etc. Por lo tanto debe el paciente adaptarse a esos cambios y tener la capacidad de reintegración con el apoyo familiar, amigos y/o compañeros laborales para sentirse útil dentro del rol que ejerce en la sociedad. Es pues este aspecto tan trascendental considerada en la intervención de enfermería que consolida y el nivel de conocimientos que poseen los familiares lo cual aprenderá a la inserción social de paciente.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES:

Al finalizar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- En relación a la efectividad de la Intervención Educativa de enfermería “Aprendiendo a cuidar al paciente quemado” en el nivel de conocimientos de la familia sobre los cuidados en la rehabilitación del paciente quemado en el hospital Arzobispo Loayza, al aplicar la prueba Z, se acepta la hipótesis de estudio, es decir los familiares incrementaron el nivel de conocimientos sobre los cuidados del paciente quemado en los aspectos físico, psicológico y social. Debiendo precisar que tienen un conocimiento previo cuyo nivel es de medio a alto y en muy pequeño porcentaje bajo.

- Acerca del nivel de conocimientos antes de la Intervención “Aprendiendo a cuidar al paciente quemado”, en su mayoría es medio seguido de un considerable porcentaje bajo, relacionado a que desconocen aspectos muy importantes en el proceso de rehabilitación como es el factor psicológico y físico evidenciándose la necesidad de las familias de adquirir y complementar conocimientos para optimizar el cuidado integral y asegurar su continuidad de los pacientes con quemaduras que sale de alta y se incorpora a sus actividades de la vida diaria, para mejorar la interrelación entre el paciente y la familia.
- El nivel de conocimientos de los familiares después de la aplicación de la Intervención Educativa de enfermería “Aprendiendo a cuidar al paciente quemado”, incrementó significativamente el nivel de conocimiento siendo en su gran mayoría alto, ya que conocen los aspectos importantes a tener en cuenta durante el proceso de rehabilitación, comprendiendo la familia que ello no termina con el alta hospitalaria, que es un factor determinante y constante promoviendo en ellos el mayor sentimiento de satisfacción, responsabilidad y estabilidad en la atención al paciente quemado a través de la seguridad proveniente de una adecuada información.

B. LIMITACIONES:

- Las limitaciones están dadas porque los resultados del presente estudio no pueden generalizarse a otras poblaciones.

C. RECOMENDACIONES:

- Promover la acción de enfermería hacia el campo no sólo asistencial, sino educativo en las diferentes especialidades, estableciendo estrategias para que contengan programas educativos con intervenciones educativas formales continuas en especial en los hospitales estatales, donde las familias no tienen accesibilidad a la educación sanitaria básica para poder brindar cuidados al paciente que sufre quemaduras, como prevenir las quemaduras y que hacer durante y después de su hospitalización.

- Que el profesional de enfermería constate la efectividad de las intervenciones educativas evaluando el nivel de conocimientos en el momento de haber concluido con las actividades educativas brindadas a manera de retroalimentación, así mismo se le de folletos para reforzar la educación.

- Realizar estudios comparativos en otras instituciones que tengan el mismo servicio u otros servicios en especial que presenten enfermedades crónicas y necesiten de rehabilitación a fin de poder determinar cuales son los factores de la falta de información a las que los familiares y pacientes en ambas instituciones se puedan acceder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) KAPLAN, Harold. Sinopsis de la Psiquiatría. Ansias de la Conducta. 7va ed. Argentina. ED. Panamericana .2001Pág.286.
- (2) BENDLIN, Armando, Linares Hugo y Benaim Fortinato. Tratado de Quemaduras. Ed. Interamericana. Mc Graw – Hill Pp368 – 381.México 200.
- (3) PALMA Ernesto. Epidemiología del paciente Quemado [Fecha de acceso 13 de julio 2009]. Disponible en: <http://www.ellatinoonline.com/cannel.php?cha=53>
- (4) SAUCEDO García, Juan Manuel Maldonado Duran. “La Familia: Su dinámica y Tratamiento”. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana Pp.3-15.México 2002.
- (5) ENFERMERÍA MÉDICO NAVAL. Medida de Rehabilitación Indicadores y Factores Condicionantes. 200-2001 Lima – Perú.
- (6) HIDALGO Cusi, Lupita. Eficacia de un Programa Psicoducativo en la disminución de la ansiedad en padres de niños quemados INSN, [Tesis para obtener el título profesional de Enfermería] Lima –Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
- (7) MELGAREJO Solís, Gianinna Lissette. Nivel de Conocimientos y su Relación con las Actitudes de los padres de familia respecto a su

participación de la Atención del niño Hospitalizado en el Servicio de I.R.S.N [Tesis para obtener el título profesional de Enfermería] Lima – Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.

(8) GONZALES De la Cruz, Jannet Verónica. Nivel de Autoconcepto en el escolar con Quemaduras en el Servicio de Quemados INSN [Tesis para obtener el título profesional de Enfermería] Lima –Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.

(9)GOMEZ Maqueo, Emilia. Influencia de un Programa Psicoeducativo para Padres en la Identificación de Problemas Emocionales en Adolescentes México (2006).

(10)CARMINELLY GÓMEZ. Programa educativo dirigido a orientar a la familia en el cuidado del enfermo con esquizofrenia .Venezuela (2004).

(11) ROSSENTAL – Ludín. Diccionario Filosófico .Lima – Perú.1987, pág 161.

(12) RODRIGO, María Armando Rodríguez y JAVIER Merrero. Teorías Implícitas. Una aproximación al Conocimiento Cotidiano. España. Barcelona – España. 1993, pág82.

(13) BUNGE, Mario. La Ciencia y su Método y Filosofía”, Madrid – España, 1988.pág.308.

(14) SALAZAR Bondy, Augusto .El Punto de vista Filosófico”, Lima – Perú.pág.308

(15) KIRSBAUM S. Tratamiento Integral de las Quemaduras 4º. Ed. Barcelona, Salvat;2004.

(16)LONG Phipps, Cassamayer. Enfermería Médico Quirúrgica.3RA.Ed.Harcout Brace. Volumen I. España .Pág 13- 16.

(17) MARVIN J. Control del dolor. En : Bendin A, Linares H, Benaim E Tratado de Quemaduras. México, Ed. Interamericana, 1993, 202-207

(18) DE LOS SANTOS Gonzáles E. Guía Básica del paciente Quemado.[Fecha de Acceso 10.06.09].Pág.1 Disponible en: <http://www.Indexer.net/quemados.Libros electrónicos.net>.

(19) CAPÍTULO CATORCE. Rehabilitación deambulación y arcos en movimiento.[Fecha de acceso 13 de julio del 2029].Pág.1 Disponible en: <http://www.indexer.net/quemados/page59.html>

(20) HAYA Ponce, Carlos. Tratamiento en las Quemaduras. Hospital Regional Universitario Servicio de Consejería en salud. Andaluz 2007.Pag.42

(21)PHYLLIS G. Wright. Fisioterapia de las Quemaduras.2da.Ed.Clin.Symp.MEW York.2000.Pág 184

(22)REVES, Sandra. Terapia Ocupacional en el Tratamiento de las Quemaduras 2da.Ed.Clin,Symp. NEW york.2000 pág 204

(23)VARGAS Tizón, Julio Antonio. Manual de Procedimientos en la Unidad de Quemados. Primera Edición 2005 Arequipa- Perú Pág.38

(24)CALDERON Echevarría, Rocío Del Pilar. Familia y Trabajo Social en el Proceso de Rehabilitación de la Persona con Discapacidad. Pág 16.

BIBLIOGRAFÍA

1. BRUNNER Y Sudarth. Enfermería Médico Quirúrgica.7ma Ed. México Ed. Interamericana Mc. Graw Hill Vol I 2004.
2. BUNGE Mario. “La Ciencia, su método y su Filosofía” .Buenos Aires .Ed. Siglo XX ,1971.
3. CANALES, F. “Metodología de la Investigación”.2da ed. Washington Ed.OPS, 2000.
4. DUGAS B. “Tratado de Enfermería Práctica” México 2000. P.24.
5. FERRARI, A. “La Formación en Educación para la Salud.” Trabajo Social Y Salud N°3 Vol. 35 Pág. 193-204.
6. HAYA Ponce, Carlos. Tratamiento en las Quemaduras. Hospital Regional Universitario Servicio de Consejería en Salud .Andaluz 2007.Pág.42.
7. LONG Phipps, Cassamayer. Enfermería Médico Quirúrgica” 3ra Ed. Horcurt Brace. Volumen I. España Pág. 13 – 16.
8. MELGAREJO Solis, Gianinna Lissette. Nivel de Conocimientos y su Relación con las Actitudes de los padres de familia respecto

a su participación de la Atención del niño Hospitalizado en el Servicio de I.R.S.N [Tesis para obtener el título profesional de Enfermería] Lima –Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2006.

9. PATIÑO JF. Quemaduras. LECCIONES DE Cirugía. Editorial Médica Panamericana. Buenos AIRES, 2001.
- 10.PETIT Jornet JM, Magrans A, Texidó Vidal X, Cuixart Llopis S. Prevención y Tratamiento de la Cicatriz Patológica. Rev. Rol Enfermería 2004; 24(1):7-12.
- 11.PHILLYS G. Wright. Fisioterapia de las quemaduras.2da.Ed Clin. Symp. NEW York.200.Pág 184.
- 12.QUISPE Arones Vilma. Efectividad de un Programa Educativo Impartido al cuidador Sobre la Atención Básico del Adulto Mayor Dependiente en los Servicios de Medicina del H.N.D.A.C [Tesis para obtener el título profesional de Lic. enfermería] Lima – Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
- 13.REVES U. Sandra. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las quemaduras 2da Ed. Clin. Symp. New York.2000.pág 204.

14. TRICKET Shirley. Ciencias de la Salud – Terapia Ocupacional.
España Ed. Panamericana. 1999. pág. 76.