



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA



TESIS

**PLAN DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL PACIENTE PEDIATRICO
 CON QUEMADURAS**

Que como parte de los requisitos para obtener grado de
 Licenciatura en Enfermería

Presenta:

ROSALINDA MENDOZA PADILLA

Dirigido por:

LIC. ENF. ROSA MARIA BRAVO CAMACHO

Lic. Enf. Rosa María Bravo Camacho

Presidente

_____ Firma

Dra .Ma Alejandra Hernández Castañón

Secretaria

_____ Firma

Lic. Enf. Lisbeth Araceli Plaza Pedraza

Vocal

_____ Firma

Dra. Aurora Zamora Mendoza

suplente

_____ Firma

MCE. Verónica Margarita Hernández Rodríguez

suplente

_____ Firma

Santiago de Querétaro, Qro., Noviembre 2013

RESUMEN

Las quemaduras representan un problema de Salud Pública, principalmente en edad pediátrica. (Espinoza *et al*; 2003), debido a su alta prevalencia de importantes daños para el niño, su familia y entorno, por el largo período de tratamiento, recuperación y rehabilitación. El proceso de enfermería es un método sistematizado y organizado para brindar cuidados a través de la valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación, utilizando el método científico como sustento de las acciones, lo cual permite abordar un plan de cuidados y efectuarlo con calidad. Se requiere en la actualidad, la práctica profesional permite afirmar que muchas veces el estar enfermo implica enfrentar esta etapa junto con la presencia de algún familiar, el cual, por necesidad, se vuelve un cuidador, este puede ser formal e informal, experimenta conductas de desgaste tanto físicas como emocionales, relacionado con la sobrecarga de actividades que lleva a cabo. El objetivo de este trabajo fue diseñar un plan de cuidados de enfermería para el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras. Metodología: Es un estudio cuantitativo/transversal/descriptivo, que tuvo como muestra la conformaron cuidadores de pacientes pediátricos con quemaduras del Hospital General de Especialidades del Niño y la Mujer, se aplicó un instrumento elaborado exprofeso para ésta investigación titulado "Cuidando al Cuidador" el cual estuvo conformado por cuatro secciones: datos sociodemográficos, valoración del cuidador; física, social y emocional, se procesaron los datos haciendo uso del programa de Estadística SPSS 17.0 (StatiscalPackage Fort he Social Science). Resultados: se presentan figuras donde se realiza un cuadro de priorización, en el cual se da conocer que el parentesco del paciente con el cuidador principal es la madre, predominando la edad entre 18 y 47 años de edad; recibiendo un ingreso económico de 1100 a 1400 pesos semanal, refiriendo no trabajar y tener entre dos y tres hijos. Todos los cuidadores manifiestan la necesidad de ayuda por parte de sus familiares para el cuidado del paciente. Conclusiones: con esta finalidad se diseñó un plan de cuidados para el paciente pediátrico con quemaduras, para conocer el proceso de enfermedad y los cuidados a realizar al paciente y hacia él mismo.

PALABRAS CLAVE: (Cuidador principal, paciente pediátrico, quemaduras, PLACE).

DEDICATORIAS.

A mis padres: Porque la superación de mis ideales, me han permitido comprender cada día más la difícil posición de ser padres, y mis conceptos, valores y superación se las debo a ustedes; esto será la mejor de las herencias y se los agradeceré eternamente. De ahora en adelante pondré en práctica los conocimientos, y el lugar que ocuparon los libros, ahora será de ustedes, esto por todo el tiempo que les robé pensando en mí.

A mis amigas: por ser más que una compañera, les agradezco porque durante toda la convivencia han contribuido de múltiples maneras a concretar en realidad muchos de mis sueños, pero sobre todo por creer en mí.

Gracias por todo su amor, apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS:

A la Lic. En Enfermería Rosa María Bravo Camacho y la Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón, responsables de la dirección de la tesis, por su apoyo, sus aportaciones a este tema, consejos y su confianza, sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible, gracias por su paciencia y su cariño.

A la familia por el apoyo tanto emocional como económico a lo largo de la carrera, que sin ella no sería nada en este momento, por solo creer en mí.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3 OBJETIVOS.....	10
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	11
2.3 CUIDADOR.....	13
2.4 PACIENTE PEDIÀTRICO.....	16
2.5 QUEMADURAS	17
2.6 SÍNDROME DEL CUIDADOR	18
2.7 ESTUDIOS RELACIONADOS.....	18
III. METODOLOGÍA	21
3.1 TIPO DE ESTUDIO	21
3.2.1 Universo.....	21
3.2.2 Muestra.	21
3.2.3 Criterios.....	21
3.3 MATERIAL Y MÉTODO.....	22
4.2 DISCUSIÓN.....	24
IV.RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
4.1 RESULTADOS	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS.....	65
INSTRUMENTO	70

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Riesgo de cansancio del rol del cuidador	-----25
Cuadro 2: Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	-----32
Cuadro 3: Déficit del autocuidado	-----36
Cuadro 4: De privación del sueño	-----40
Cuadro 5: Temor	-----45
Cuadro 6: Estrés por sobre carga	-----49
Cuadro 7: conocimientos deficientes	-----53

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la práctica profesional permite afirmar que muchas veces el estar enfermo implica enfrentar esta etapa junto con la presencia de algún familiar, el cual, por necesidad, se vuelve un cuidador. A pesar de no tener una formación especializada, ellos son los encargados de satisfacer sus necesidades, abarcando las cuatro esferas: biológica, psicológica, espiritual y social. De acuerdo con Sepúlveda (2007) al hablar de enfermedad, ésta ya no sólo se centra en personas enfermas, como es el pensar común, sino que también se debe pensar en quienes dedican gran, o quizás todo su tiempo, a cuidar esas personas.

Hoy en día, la familia representa el primer lugar en cuidadores informales de pacientes, éstos son toda persona que tiene un vínculo familiar, parentesco o cierto afecto a un ser querido; en pediatría los principales que representan a estas personas son los padres, el perfil del cuidador principal es de conyugue o madres (López, *et al.*, 2009; Rodríguez *et al.*, 2009; Herrero *et al.*, 2009). La realización de las tareas del cuidador supone un gasto de tiempo, dinero, desgaste físico, psicológico y social. El rol de un cuidador implica un cambio dinámico en su círculo laboral, social y familiar, en cuestión de tener nuevas metas, las cuales son inesperadas, afectando principalmente en la satisfacción personal y problemas económicos, generando así un conflicto de bienestar que impide el poder ser feliz (Burgos, 2008).

Según Melo de Souza, *et al.* (2007), la familia además de ser la unidad del cuidado, también debe ser considerada como unidad a ser cuidada. En esta medida el personal que se encuentra laborando y tiene a cargo el paciente también debe observar cómo se siente el cuidador para así aliviar el desgaste que éste presente, procurando que aprenda a sentirse bien.

Es primordial que la persona que cuida mantenga un bienestar personal, adquiriendo una actitud positiva para enfrentar las dificultades que se le presenten, aceptando ayuda de su entorno y siendo realista de su situación, de ésta manera

podrá proporcionar mejores cuidados a su ser querido generando un ambiente más favorable para ambos en el tiempo que se encuentren en ese ámbito hospitalario, dado que en ocasiones es un periodo muy extenso para ambas personas.

La misión de las enfermeras gira alrededor de los cuidados, por ello se puede afirmar que Enfermería es la ciencia del arte de cuidar la salud y el bienestar de las personas” (Contreras, *et al.* 2001), éstos cuidados están basados en las necesidades y respuestas humanas del individuo o paciente, abarcando también al familiar quién representa un punto fundamental para llevar a cabo un plan de cuidados hacia el enfermo y a la persona que se cuida. “Entendemos por plan de cuidados la determinación de las actuaciones específicas que la enfermera debe llevar a cabo para resolver los problemas identificados expresados en el Diagnóstico de Enfermería” (Abaunza, 2007), el profesional de enfermería no sólo le preocupa indagar las necesidades del paciente sino también de su familiar, el cuidador. “El cuidador se caracteriza por ser también un supervisor, porque proporciona un cuidado activo, apoya, participa en la toma de decisiones, identifica las necesidades del paciente y verifica el desarrollo de acciones” (Archury, *et al.* 2011). El cuidar a un paciente implica experimentar cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo, es evidente que los cuidadores tienen una interrupción en su cuidado, que origina una disfunción en su calidad de vida, que debe evaluarse para lograr su propio bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar.

En este trabajo se diseñó un plan de cuidados dirigido al cuidador del paciente pediátrico con quemaduras para evitarle daños a su salud, proporcionándole información que le sea útil durante su estancia en el hospital, siendo el personal de enfermería quien se lo proporcione.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidador, en su nuevo rol de vida, experimenta conductas de desgaste tanto físicas como emocionales, relacionado con la sobrecarga de actividades que lleva acabo entorno al cuidado de su ser querido. Según Montalvo, *et al.* (2008) "Las implicaciones de la experiencia de cuidado de los cuidadores sobre su calidad de vida, están relacionadas con el estrés permanente al que se ven sometidos, alteraciones de la salud física en general, del patrón del sueño, fatiga, incertidumbre, depresión y ansiedad, aislamiento social, alteración de la ejecución habitual del rol, y la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud". Todo esto puede sumarse a los sentimientos de frustración y estrés del cuidador debido a la situación en la que se encuentra, por la falta de motivación del personal de enfermería. De acuerdo con Venegas, (2006) "se hace necesario conocer si existe una relación o no entre la habilidad del cuidado y el grado de funcionalidad de las personas, ya que en esa medida se identifican las necesidades principales de los cuidadores, y así se pueden implementar acciones que generen atención directa sobre éstas" al identificar las necesidades del paciente, se deja a un lado el plan de cuidados de enfermería dirigido al cuidador.

El proceso de enfermería puede definirse como un método sistemático compuesto de varias etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del paciente; es un sistema de planeación de la ejecución de cuidados de enfermería. Las fases del proceso se han definido de diferentes maneras por diversos autores, pero básicamente está estructurado por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación que permiten recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas enfocadas hacia el paciente y el cuidador quien es una persona que no visualiza su importancia de sí mismo dirigiéndose al enfermo en todo momento y evaluar los resultados de ambas personas (Benítez, *et al.*, 2010; Sánchez *et al.*, 2010).

El cuidador genera estrés durante su estancia en el hospital y un grado más alto en el área pediátrica. Los estresores del cuidador que se consideran, refiere (Muela *et,al.* 2002) “son aquellos que se derivan directamente del enfermo y de sus cuidados del mismo como estresores primarios, mientras que los estresores secundarios serían los derivados de las evaluaciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas (familiares, compañeros de trabajo...)” puesto que los cuidadores directamente son familiares cercanos y al ser el paciente un niño, de acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño, “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad” el cuidador de él, es, en su mayoría de las ocasiones los padres, teniendo como referencia que el paciente pediátrico es aquel individuo que se encuentra en la niñez y adolescencia sin que éste alcance su mayoría de edad, siendo más frágil y vulnerable ante algún agente causal que pone en riesgo su integridad física y mental; cuando éste se ve afectado momentáneamente a largo plazo, dependiendo su patología, es valorado e ingresado al área hospitalaria específica, trasladándose en el área de cirugía pediátrica.

Según Espinosa *et, al* (2003), el “61% requirió cirugía y de ellos el 50% sólo necesitó 1 intervención”, puesto que las quemaduras son muy frecuentes en niños generadas por accidentes. “El lugar del accidente, en el 87% de los afectados fue la casa. El agente etiológico que se consignó con mayor frecuencia (79%) fueron los líquidos calientes y de ellos el 93% correspondió a agua o té caliente”. Los pacientes que son víctimas de algún traumatismo como lo son las quemaduras, su recuperación es tardía, dando como consecuencia que el cuidador permanezca más tiempo en este ambiente perjudicial para ambas personas. Este mismo autor refiere; “Las quemaduras son uno de los tipos de traumatismo más severos, que provoca consecuencias para el propio paciente (daño psíquico, físico y secuelas), su familia (interrupción del modo de vida) y la comunidad, ya que sólo en el grupo que se hospitaliza, se requieren largos períodos de tratamiento, recuperación y rehabilitación.”

Pinto, *et al.* (2005) menciona que en los sistemas de salud el cuidador es desconocido, no se le tienen en cuenta o se considera que no sabe, y no se han generado mecanismos sólidos y colectivos para apoyarlo en su responsabilidad”, la familia es la que asume la mayor carga de cuidar a una persona enferma sin tener los conocimientos adecuados y sintiéndose en la mayor parte de tiempo sola afrontando este proceso con angustia, generando en él agotamiento y otros sentimientos como culpabilidad por no tener la capacidad de llevar a cabo los cuidados adecuados que requiere el paciente pero nunca olvidando que “Dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de sus enfermos” (Espín, 2008). El cuidar lleva consigo paciencia, amor, dedicación, del familiar con el paciente, (Casanova *et al.* 2009). “La relación entre cuidador y paciente fue en relación de consanguinidad en primer grado o cónyuge/esposa, situándose en un 93,8% y encontrándose un 6,3% de cuidadores que la relación que les unía era política (suegros/nueras)”. El cuidador tiene ciertas características socioculturales y biológicas, como el ser mujer (esposa, hija, hermana o nuera), ya sea por vínculos afectivos o por una estrecha relación con el enfermo, desde los cuales ayudan al cuidado de personas con algunos grados de dependencia o discapacidad, por lo que esta labor no se hace tan visible ni se reconoce socialmente; sin embargo, es evidente la reorganización de la vida familiar para adaptarse a la nueva situación.

Cazenave (2005), “señala que otra de las necesidades percibidas por los cuidadores está relacionada con la ayuda financiera para cubrir los costos de la enfermedad”. Los sectores de salud deben tener en cuenta que en la actualidad es más complicado que los familiares puedan asumir el rol de cuidador, dado a las dificultades económicas, por eso es importante la vinculación que se dé entre el equipo de salud con el cuidador, tomando en cuenta lo que él siente, realizando para su mejoría y respaldo un proceso de enfermería enfocado a las necesidades que éste presente (Losada, *et al.*, 2007; Barrera, *et al.*, 2006). Esto representa una valiosa herramienta para el personal de enfermería que a pesar de tener el conocimiento, en algunas ocasiones no reconoce la importancia de dar la preparación adecuada al cuidador, para así brindarle un ambiente de tranquilidad

en base a la función que realiza. Según Castillo, *et al.* (2005) “el equipo de salud debe convertirse en un componente clave de la red de apoyo social de la persona enferma y su familia para afrontar la crisis generada por la enfermedad”.

Con base a lo anterior se fórmula la siguiente pregunta:

¿Cuál es el plan de cuidados de Enfermería para el cuidador de paciente pediátrico con quemaduras?

1.2 JUSTIFICACIÓN

“Las quemaduras son una de las lesiones más severas. Representan un problema de Salud Pública, principalmente en edad pediátrica”, (Espinoza *et al.*; 2003) debido a su alta frecuencia con importantes daños no solo para el niño sino también para su familia y entorno, se requieren largos periodos de tratamiento, recuperación y rehabilitación.

Las personas que desempeñan un papel de cuidador hoy en día carecen de la oportuna información que necesitan para poder afrontar la situación en la que se encuentran, no siempre se les brinda la atención necesaria, ya que, él que necesita los cuidados es quien presenta una patología, dejando a un lado los sentimientos que éstas personas puedan tener en ese momento, olvidando que los cuidadores abandonan sus actividades por dedicarse al cuidado y atención hacia su familiar. “Parte de las necesidades del paciente son cubiertas por los cuidadores informales, que reciben poca información y asesoramiento del personal de enfermería sobre cómo realizarlas” (López, *et al.*, 2009; Rodríguez *et al.*, 2009; Herrero *et al.*, 2009).

Según Pinto, *et al.* (2005)” no es infrecuente que el cuidador se vea sometido a dejar su trabajo porque el cuidado de su ser querido lo exige, o que se generen relaciones diferentes con la persona cuidada que la hace más dependiente”. Este problema ha llevado a pensar en que es necesario implementar nuevas estrategias, “a través de la comprensión de fenómenos que

existen, que están allí, que influyen en las alteraciones del cuidado, para apoyar intervenciones favorables a la vida misma” (Sepulveda, 2007).

En el área hospitalaria los cuidadores presentan alteraciones de estrés, en cirugía pediátrica éste puede ser generado a partir de diversos problemas que enfrentan (trabajo, familia, alimentación, entorno) y cada persona los manifiesta de diferente forma. De acuerdo con Sepulveda, (2007), “señas comunes de estrés, son las siguientes: sentirse triste o temperamental, llorar con más frecuencia de lo que solía hacerlo, tener un nivel de energía bajo, sentir que no tiene nada de tiempo para sí mismo o sí misma, tener dificultad para dormir, dificultad para comer, ver a los amigos o familiares con menos frecuencia, y tener rabia contra la persona que se está cuidando o contra otras personas o situaciones”, por esto es la importancia de educar a las personas que tienen a su cargo a un niño enfermo para evitar que se suscite otro problema del ya existente, y esto ocasione un malestar en el cuidador y consecutivamente en el enfermo; al no estar en estado de alerta no se podrá brindar los cuidados que se requieren en el momento.

Las hospitalizaciones largas pueden producir en el paciente pediátrico sentimientos de alejamiento de sus seres queridos, ya que “el tiempo de experiencia como cuidador es de 0 a 6 meses en un 42.22% de los casos, 7 a 18 meses 33.33%, 19 a 36 meses en el 15.56% y más de 37 meses en un 8.89% de los casos” (Ortiz, *et al.*, 2006), lo cual se traduce en inseguridad y pérdida de confianza mutua entre ellos, la familia son las personas que más realizan éste papel siendo la madre quien desempeña éste rol “ señalan que el 85% de los cuidadores es de sexo femenino y prestan ayuda diaria a su familiar (Montalvo, *et al.*, 2008), aparte de cuidar se dedican a las tareas de ser esposas, madres y son el punto clave para recuperación del niño, “Cuidar afecta negativamente a la salud de quienes cuidan, pero entraña mayores riesgos para las mujeres por la mayor carga de trabajo que deben asumir” (Larrañaga, *et al.*, 2008).

Todo el estrés generado es porque atrás han dejado su hogar, la atención a su familia, sus actividades domésticas a la mitad, preocupándose por si hizo la comida para los otros miembros de la familia, dejando a sus otros hijos en la escuela, y ella dirigiéndose al hospital a cuidar y realizar una rutina que nunca antes la había tenido en ese ámbito pero, “Nadie se fija en ellas, nadie las mira, nadie las tiene en cuenta, pasan desapercibidas para el sistema y la institución sanitaria y, a veces, hasta incomodan. Sin embargo son insustituibles; y realizan una actividad que, en líneas generales, el sistema sanitario es incapaz de satisfacer porque corresponde a los afectos y emociones; y si, en alguna medida, se lo propusiese su coste prácticamente sería inabordable”. (Abreu, 2001).

El personal de enfermería brinda atención y cuidados a los usuarios pero nunca podrá atender al cien por ciento las esferas psicológicas y espirituales que un paciente requiere para complementar su salud por la demanda de trabajo, descuidando eso se sabe que un paciente no está completamente sano y esa función la realiza el familiar (principalmente madre) junto con otras actividades.

Por otra parte la dependencia del equipo sanitario ocasiona en los padres una pérdida de autoridad y control sobre sus hijos; por éstas razones es la implementación del proceso de enfermería dirigido a todas aquellas personas cuidadoras quienes están centradas en la atención del paciente olvidándose de su propia integridad tanto física como emocional, “cuidar de un familiar va más allá de realizar tareas de cuidado” (Cuesta, 2009). Enfocado a esto se realizarán las intervenciones adecuadas que se requieran, basadas en los cinco pasos que se valoran durante el proceso de enfermería para evitar que la persona presente el síndrome del cuidador, que es aquel “que se caracteriza por un cuadro que afecta a todas las esferas de las personas que cuida a un enfermo” (Abreu *et al.*,2001).

Refiere Zambrano, *et al.* (2007) “por ser un síndrome en gran medida situacional que surge luego de que una persona adquiere funciones de cuidar a otra”. La enfermería debe hacer énfasis en delimitar diferentes intervenciones dirigidas específicamente a éstos hechos, entendiendo que cada individuo tiene diversos problemas, distinguidos por características particulares, por tanto a cada

uno se le debe brindar la atención enfocada a la situación y su sintomatología que está presentando para tener un equilibrio. Este mismo autor menciona, “estabilidad psíquica, emocional y física del cuidador como de la persona a su cargo”.

La enfermera se debe concientizar e involucrar para fomentar en el cuidador su propio cuidado para así preservar su salud y vivir una vida más saludable, que le permita cuidar de su prójimo y de sí mismo, reduciendo la carga de trabajo, “Es necesario, priorizar las intervenciones y sus destinatarios, proporcionar respuestas efectivas, medidas de alivio a los cuidadores con mayor sobrecarga sentida, evitando en lo posible, el síndrome del cuidador, mediante investigaciones futuras” (Yonte, *et al.*, 2010), una vez que ésta proporcione la formación adecuada al cuidador para así realizar juntos un equipo y disminuir la estancia de ambas personas dentro del área hospitalaria, proporcionando el personal de enfermería intervenciones dirigidas al enfermo y cuidador.

Todo lo anterior será útil para disminuir el nivel de estrés en las personas que tienen a su cargo un enfermo, desempeñando con mejor calidad las actividades enfocadas a su paciente, cumpliendo con el rol establecido del área hospitalaria, logrando la disminución de estancia de ambas personas en el hospital.

Este plan de cuidados pretende modificar el rol del cuidador desde un ámbito personal y laboral, evitando la carga severa que se genera en sí mismo. Él no la expresa pero se ve reflejado en el estrés, la depresión, el cansancio en sus diferentes aspectos. “El cuidador experimenta cambios importantes en el desempeño de sus roles habituales; el grado de compromiso depende de la demanda de cuidado, así como de las características del cuidador” (Romero, *et al.*, 2010).

El cuidador debe actuar en calidad no en cantidad con el paciente para satisfacer sus necesidades básicas, de esta manera se programa para llevar a cabo las actividades dentro del hospital y fuera en todo su rol. “Las personas

requieren, en el transcurso de su vida y hasta la muerte, de un conjunto de interacciones personales capaces de proporcionarles diversos tipos de ayudas que les permita reproducir su vida dentro de un cierto nivel de calidad. Dichas interacciones generalmente provienen de la red social más próxima y suelen ser de tipo emocional, material e instrumental” (Pérez, 2006).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan de cuidados de enfermería para el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras en el Hospital de Especialidades del Niño y La Mujer del estado de Querétaro.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir las características y necesidades del cuidador del paciente pediátrico.
- Establecer los diagnósticos de enfermería para el cuidador. (NANDA).
- Identificar los resultados deseados para el cuidador (NOC).
- Identificar intervenciones y actividades de enfermería dirigidas a los cuidadores (NIC).

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

2.1.1 Concepto

Una de las herramientas para llevar a cabo los cuidados, es el proceso de enfermería, según Brito, (2009) “proceso enfermero es un proceso de resolución de problemas que se adecua a un método clínico para la praxis enfermera y consta de las siguientes fases: Valoración, diagnóstico, planificación, implementación o ejecución y evaluación”. Describiéndose de la siguiente manera.

2.1.2 Generalidades

Valoración: “es la primera fase del proceso enfermero y consiste en recoger datos sobre el estado de salud de las personas para identificar los problemas de salud y las respuestas humanas que se originan” (Brito, 2007). Al obtener la información de diferentes fuentes como lo son: paciente, expedientes y familia, se pueden observar datos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales en donde el personal de enfermería debe identificar las limitaciones o capacidades de la persona y ayudarlo a alcanzar un nivel óptimo de salud.

Diagnóstico: fase en donde se formulan los diagnósticos reales, aquellos que se refieren a una situación actual o potenciales a una situación que pueda ocasionar dificultad en el futuro del paciente, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Planificación: fase en donde se realiza el plan de cuidados basados en las necesidades detectadas en el paciente, enfocado a disminuir y prevenir los problemas que presenta en el momento que realiza la valoración.

Implementación o ejecución: fase en donde se ejecutan las acciones planeadas para resolver los problemas que presenta el paciente.

Evaluación: “es un proceso sistemático que permite identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia que busquen niveles óptimos de calidad. Evaluar es juzgar, apreciar e identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos, determinar si las acciones de enfermería tienen impacto” (Gaviria, 2009). La evaluación es una actividad organizada e intencionada en donde se toman en cuenta la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente, con el fin de establecer conclusiones, que sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio seleccionadas.

2.2 PLAN DE CUIDADOS

“Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello” (Galindo, *et al.*, 2011). Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto (Galindo, *et al.*, 2011).

“Entendemos por plan de cuidados la determinación de las actuaciones específicas que la enfermera debe llevar a cabo para resolver los problemas identificados expresados en el Diagnóstico de Enfermería” (Abaunza, 2007), por lo tanto la enfermera implementa las intervenciones identificadas en el plan de

cuidados de forma segura y adecuada para la resolución del problema, esto se logra a través de una recolección de datos de la valoración que se le realiza al paciente para posteriormente elaborar un plan de acuerdo a lo que el diagnóstico indique. “La enfermera obtiene los datos de salud del paciente a través de la recolección por entrevista y técnicas de exploración. El proceso de recolección de datos es sistemático y continuo” (Galindo, *et al.*, 2011).

La finalidad de la enfermera al realizar el plan de cuidados (anexo 4) es proporcionar información, cuidados, dar seguimiento a éstos y lo más importante es dar la confianza tanto al familiar como el paciente de que se están realizando adecuadamente en el momento que los necesita. Refiere Murrain (2009), “es el desarrollo de la investigación, la teoría y el conocimiento basado en la práctica lo que impactará en el cuidado de los pacientes”.

Al realizar los cuidados al paciente se debe trabajar con una base de información que fundamente en la práctica lo que brindará al paciente que lo requiere; “el resultado es un plan de cuidados desarrollado según la metodología enfermera y adaptado a las necesidades del paciente” (Sánchez, *et al.*, 2010).

La vinculación de la taxonomía NANDA, NIC y NOC es un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería; lo que permite un soporte científico, disminuye el tiempo, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo de la profesión de enfermería.

2.3 CUIDADOR

2.3.1 Concepto

Persona que realiza actividades hacia un individuo en su beneficio para mantener la vida, salud y bienestar, este puede ser formal e informal. Según Soria, (2009) “el cuidador es la persona, familiar o no, que mantiene contacto humano más estrecho con el paciente incapacitado, y de esta manera, satisfacer a diario sus necesidades básicas, lo mantiene vinculado a la sociedad, y lo provee de afecto”, al momento de ejercer este papel se olvida de sí mismo y según Iwamoto

et al., (2008), “clasifica a los cuidadores como segundo orden de pacientes que requieren atención”.

2.3.2 Clasificación del Cuidador.

2.3.2.1 Cuidador formal: “aquellas personas que son profesionales especializadas”, por lo tanto estos cuidados se llevan a cabo mediante la atención en instituciones públicas o privadas (centros de salud, hospitales, residencias, etc.), en donde son impartidos en su mayoría por mujeres, (Soria, 2009).

2.3.2.2 Cuidador informal: “aquellas personas que no son profesionales especializados. Suele tratarse por tanto, de personas contratadas para realizar tal fin, o del entorno próximo de la persona que se encuentra en situación de dependencia, generalmente un miembro de la familia” (Soria, 2009), quienes proporcionan estos cuidados no se convierten en cuidadores de un día para otro, es un proceso largo en función de diversos factores, es de suma importancia ya que influye en la forma que se proporcionan los cuidados y como se sienten ellos al brindarlos. “La inmensa mayoría de las personas que precisan cuidados para realizar las actividades de la vida diaria, reciben ayuda fundamentalmente a través del cuidado informal” (Torres, *et al.*, 2008).

Refieren Burgos, *et al.* (2008), que “en la actualidad la familia es quien proporciona, en mayor medida, los cuidados que requieren las personas dependientes, y es principalmente el cuidador informal el que ayuda a cubrir las necesidades que el usuario no puede satisfacer por sí mismo, viviendo con frecuencia situaciones a las que se enfrentan como un problema”, se considera que en cada familia sobresale un individuo, que es el que responde ante las situaciones que se presentan, siendo este en su mayoría las mujeres principalmente quienes son madres cuando se habla de un paciente pediátrico, puesto que ellas se consideran más aptas y preparadas para cuidar a su hijos. Según Pinto (2007), “los cuidadores familiares de los niños con enfermedades crónicas, por lo general, son sus padres, y en la mayoría de los casos son las madres quienes los cuidan, sostienen, apoyan y orientan durante toda la vida. Es una labor a la que le dedican una gran parte de su tiempo y esfuerzo”.

2.3.3 Aspectos del cuidador Informal

“Padres de niños con discapacidad experimentan frecuentemente fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción personal”, *et al.* (Seguí, 2008), por eso la importancia de desarrollar a fondo los aspectos que perjudican a la persona que desempeña este papel puesto que son susceptibles a padecer el síndrome del cuidador, según Chamorro, *et al.* (2009), “éste síndrome engloba un conjunto de problemas físicos, psicológicos y socioeconómicos que puede experimentar la familia o el cuidador principal de un paciente discapacitado, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional”.

2.3.3.1 Aspecto Físico

“La evaluación de la carga física en el cuidador, servirá para determinar si el nivel de exigencias físicas impuestas por la atención hacia el paciente y el entorno en el cual se desenvuelve están dentro de los límites fisiológicos y biomecánicos aceptables o, por el contrario, puede llegar a sobrepasar las capacidades físicas de la persona con el consiguiente riesgo para su salud” (Chamorro, *et al.* 2009).

2.3.3.2 Aspecto social

“Cuidar afecta negativamente la salud física y mental del cuidador, así mismo altera sus relaciones sociales y su situación financiera” (Cuesta, 2009). El apoyo social es una de las variables de interrelación entre la persona y los demás individuos que le rodean. Es una variable que tiene efectos como el estrés y la sobrecarga, disminuyendo el impacto a las diversas condiciones de riesgo a enfermedades como la ansiedad, depresión y los trastornos psicosomáticos.

2.3.3.3 Aspecto psicológico

Las responsabilidades de brindar cuidado, sumadas con las presiones rutinarias de manutención de una familia y vida profesional, puede llevar naturalmente al estrés (Venegas, 2006), “también se puede observar que hay otros sentimientos como la soledad, la tristeza, el sentirse abandonado, el nerviosismo, la falta de ocio y descanso, problemas para dormir que van

generando en el cuidador una situación problemática que le impide ser feliz y lograr un mínimo de bienestar” (Sonnenberg, *et al.* 2008).

2.3.3.4 Aspecto espiritual

“Es importante precisar el concepto de la dimensión espiritual de la persona humana, aspecto que frecuentemente se confunde con lo religioso. Lo espiritual se refiere al mundo de los valores a la posición personal ante lo trascendente y sobre el sentido último de las cosas, a la visión global de la vida y de las opciones personales” (Beca, *et al.* 2008).

2.3.3.5 Aspecto emocional

Por lo general, suele considerarse que las emociones corresponden a experiencias corporales naturales que luego se expresan a través del lenguaje, y ese lenguaje, a su vez, suele calificarse como irracional y subjetivo. Es decir, primero siente en el cuerpo lo que más tarde sale por la boca en forma de un discurso que en cierto modo se opone a la razón. De las emociones también se dice que se gestan en el inconsciente y no en la voluntad, que son más espontáneas que artificiales; más “sentidas” que “pensadas”. (Belli.*et al.*, 2008)

“Las emociones dicen, guían cuando se tratan de enfrentar momentos difíciles y tareas demasiado importantes para dejarlas sólo en manos del intelecto: los peligros, las pérdidas dolorosas, la persistencia hacia una meta a pesar de los fracasos, los vínculos con un compañero, la formación de una familia, por lo tanto cada emoción ofrece una disposición definida a actuar” (Goleman, 2008).

2.4 PACIENTE PEDIÀTRICO

La pediatría se puede definir como la parte de la medicina que se ocupa del ser humano durante la etapa de crecimiento y desarrollo, en sus aspectos físico, psíquico y social, con objeto de llevarla a la edad adulta en las mejores condiciones de salud. La pediatría abarca al ser humano desde la concepción, osea desde que el óvulo es fecundado por el espermatozoide, hasta que el organismo alcanza la madurez, situación que se observa entre los 18 y 20 años de edad. Por ello, esta rama de la medicina comprende conocimientos de la genética,

vida prenatal y desarrollo del recién nacido, del lactante (primeros dos años de edad), del preescolar (dos a seis años), del escolar (de seis a doce años) y del adolescente (desde los diez o doce años según el sexo, y hasta los dieciocho o veinte años de vida (Marín, 2008).

De acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño, “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad”, cuando acuden a cualquier nivel de atención de salud se les reconoce como paciente pediátrico, el ambiente hospitalario se divide por áreas en donde hay una específica para los niños. “La Pediatría se ocupa tanto de las enfermedades como de los trastornos del ser humano durante el período comprendido entre el nacimiento y el final de la adolescencia (aproximadamente los primeros 18 años de vida), y cubre sus etapas de mayor crecimiento y desarrollo” (Genta, 2006).

2.5 QUEMADURAS

Las quemaduras son una causa importante de muerte accidental en los niños tan solo superada por las debidas a accidentes de automóviles. Aunque las medidas profilácticas, como los detectores de humo, pueden reducir en un 85% las probabilidades de morir en el incendio de una casa, hay un número significativo de niños que siguen sufriendo quemaduras mortales. Los niños con quemaduras masivas necesitan apoyo psicológico y social apropiado e instituido precozmente y, además de ser reanimados (Ferj, 2009).

“Las quemaduras son lesiones producidas por diferentes agentes físicos o químicos que producen desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados” (Pérez, *et al.* 2006).

2.5.1 Clasificación

2.5.1.1 Quemaduras de primer grado: Afectan sólo la capa exterior de la piel y causan dolor, enrojecimiento e inflamación.

2.5.1.2 Quemaduras de segundo grado (espesor parcial): Afectan tanto la capa externa como la capa subyacente de la piel, produciendo dolor, enrojecimiento, inflamación y ampollas.

2.5.1.3 Quemaduras de tercer grado (espesor completo): Se extienden hasta tejidos más profundos, produciendo una piel de coloración blanquecina, oscura o carbonizada que puede estar entumecida (Pérez, *et al.*, 2006, Romero, *et al.*, 2005).

2.6 SÍNDROME DEL CUIDADOR

Se trata de “una serie de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y la alteración de su capacidad para atender a su asistido a causa de la sobrecarga que implica esta labor”. Es un trastorno común que presenta variados síntomas, se da en aquellas personas encargadas de cuidar y cubrir las necesidades básicas del enfermo (Curepto, 2007).

El síndrome del cuidador suele estar provocado por la dificultad que trae para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver cómo un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y mentales, conforme avanza el curso de la enfermedad.

Síntomas:

Entre las áreas más afectadas están:

- Área física: cansancio, cefaleas y dolores articulares.
- Área psíquica: depresión, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad.
- Área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento.

2.7 ESTUDIOS RELACIONADOS

Pérez en el 2006 identificó los aspectos positivos del proceso de cuidar a un familiar enfermo. Se ha descrito la autoestima aumentada, orgullo, satisfacción y sentimiento más íntimo a hacia los esposos y/o padres. Además encontraron una correlación inversa entre el nivel educativo del cuidador y el impacto positivo en aquellos cuidadores con más bajo niveles de educación, lo cual derivó en una mejor autoestima.

Seguí (2008), realizó un estudio en España, donde encontró que 12.5% de los cuidadores no tienen sobre carga, 15% presentan sobre carga leve y el 72.5% tienen sobrecarga intensa.

Montalvo (2008), obtuvo de un estudio realizado en Colombia, en el cual refiere que de 67 cuidadores, el 94% fue género femenino, mientras que el 6% correspondió al género masculino. Por otro lado el 53% de los participantes tienen 35 años o menos, mientras que el 46% tiene 36 años o más. Aunque la mayoría sabe leer y escribir (97%), es preciso advertir que un 25% cuenta con primaria (completa o incompleta); el 57% tiene bachillerato (completo o incompleto), y el 18% tiene una formación técnica o un nivel superior.

En Colombia, Cuesta (2009), argumenta que el cuidado familiar tiene elementos intangibles y, por lo tanto, susceptibles de ser investigados con métodos cualitativos; entonces, la carga del cuidado se debe considerar un asunto de desigualdad en salud.

Asimismo Venegas (2006), al realizar un análisis de los datos socio-demográficos de los cuidadores y las personas a quienes ellos cuidan este estudio demostró que el 85,25% de la muestra son mujeres que se dedican a la tarea de cuidar, además son esposas, madres, hermanas o hijas, que se encuentran en la edad de 35 a 59 años.

SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN

Un plan de cuidados de enfermería para el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras, es una herramienta útil para enfermería y garantiza una atención integral tanto al paciente como al cuidador.

III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo/ transversal / descriptivo

“Es un estudio, observacional y descriptivo que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto de una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado”, (Zavaleta, 2009). Es útil para evaluar necesidades del cuidado de la salud y para el planeamiento de actividades.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 Universo

- a) Todos los cuidadores primarios de pacientes en el área pediátrica.

3.2.2 Muestra.

- a) Cuidadores de paciente pediátricos con quemaduras.

3.2.3 Criterios.

a) Inclusión.

- Cuidadores de pacientes pediátricos con quemaduras.
 - Desempeño del rol del cuidador principal.
 - Relación afectiva con el paciente.

b) Exclusión.

- Personas que no desempeñan el rol del cuidador principal.

c) Eliminación.

- Cuidadores que deciden retirarse del estudio.
- Instrumentos no contestados al 100%.
- Participantes que no saben leer y escribir.

3.3 MATERIAL Y MÉTODO.

Para la investigación teórica se consultaron más de 30 fuentes bibliográficas entre libros, revistas, páginas de internet, con los cuales se apoyó para la elaboración de un Plan de cuidados de Enfermería hacia el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras.

Para la realización de la investigación se solicitó la autorización al Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería para su aprobación. Se pidió la acreditación a las autoridades del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer (HENM), una vez obtenidas las aprobaciones, se realizó la aplicación de la prueba piloto en el HENM; aplicando el instrumento que se elaboró exprofeso para ésta investigación titulado “Cuidando al Cuidador”, el cual está conformado por cuatro secciones, la primera aborda los datos sociodemográficos en donde se interroga, edad, género, ingreso económico, la segunda se refiere sobre la afectación física y emocional del cuidador, en donde se requiere conocer si el cuidador deja de realizar otras actividades para desempeñar su rol, la siguiente abarca el aspecto físico que incluye: alimentación, higiene y descanso; también se incluye en la sección cuatro del cuidado emocional que busca el sentir del cuidador durante su estancia hospitalaria, la información obtenida fue el referente para el diseño de un Plan de Cuidados de Enfermería para el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras”.

A los participantes se les entregó un consentimiento informado (anexo 3) en donde se les explicará el objetivo del estudio.

Todo lo anterior se efectuará apegado a un cronograma de actividades en las fechas de Agosto 2011 a Junio del 2012

Posteriormente se procesaron los datos por medios electrónicos haciendo uso del programa de Estadística SPSS 17.0 (StatisticalPackage Fort he Social Science), se obtuvieron estadísticas descriptivas tales como frecuencia (f) y porcentajes (%). Los resultados se presentarán mediante cuadros y gráficas, apoyados con el programa Excel. Posteriormente se darán a conocer los resultados obtenidos.

3.4 ÉTICA DEL ESTUDIO

Se basa en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud (2010), considerando el Título segundo de los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos.

○ Capítulo I.

- Artículo 13. respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
- Artículo 16. se protegerá la privacidad del individuo
- Artículo 17. que el sujeto de investigación no sufra algún daño.
- Artículo 20. consentimiento informado.

3.4.1 CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO.

El profesional de enfermería cuenta con conocimientos teóricos -prácticos; que para llevarlos a cabo se guía a través de un código de ética “es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional” (código de ética, 2001). Comprometiéndose a brindar cuidados de calidad.

Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta Honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

4.2 DISCUSIÓN

Al diseñar un plan de cuidados de enfermería para el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras, se inició con la definición de las características y sus necesidades para posteriormente establecer los diagnósticos e intervenciones de enfermería para el cuidador, posteriormente se identificaron los resultados posterior a la intervención y actividades de enfermería dirigidas a los cuidadores principales, como lo refiere Soria, (2009) “el cuidador es la persona, familiar o no, que mantiene contacto humano más estrecho con el paciente incapacitado, y de esta manera, satisfacer a diario sus necesidades básicas, lo mantiene vinculado a la sociedad, y lo provee de afecto”.

La familia representa el primer lugar en cuidadores informales de pacientes, éstos son; toda persona que tiene un vínculo familiar, parentesco o cierto afecto a un ser querido; la figura predominante que aparece con mayor frecuencia como cuidador principal en el estudio fue la mujer, situación que coincide con López, *et al.*,(2009); Rodríguez *et al.*, (2009); Herrero *et al.*, (2009), quienes refieren que “el perfil del cuidador principal es de conyugue o madres”, que finalmente ha demostrado ser a quien se asigna la tarea de cuidar. En pediatría, los principales cuidadores que se representan son los padres, teniendo como referencia que el paciente pediátrico es aquel individuo que se encuentra en la niñez y adolescencia sin que éste alcance su mayoría de edad, siendo más frágil y vulnerable ante algún agente causal que pone en riesgo su integridad física y mental.

Los pacientes pediátricos que son víctimas de algún traumatismo como lo son las quemaduras, tienen una recuperación prolongada, como lo refiere Espinosa *et al.*(2003), ya que “las quemaduras son uno de los tipos de traumatismo más severos, que provoca consecuencias para el propio paciente

(daño psíquico, físico y secuelas), su familia (interrupción del modo de vida) y la comunidad, ya que sólo en el grupo que se hospitaliza, se requieren largos períodos de tratamiento, recuperación y rehabilitación”.

El profesional de enfermería es el encargado de realizar cuidados basados en las necesidades y respuestas humanas del individuo o paciente, abarcando también al familiar quién representa el apoyo para llevar a cabo un plan de cuidados hacia el enfermo y a la persona que cuida, como lo refiere Abaunza, (2007), “entendemos por plan de cuidados la determinación de las actuaciones específicas que la enfermera debe llevar a cabo para resolver los problemas identificados expresados en el Diagnóstico de Enfermería” (el profesional de enfermería no sólo le preocupa indagar las necesidades del paciente sino también de su familiar, el cuidador. Por lo anterior el cuidar a un paciente implica experimentar cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo, es evidente que los cuidadores tienen una interrupción en su cuidado, que origina una disfunción en su calidad de vida, que debe evaluarse para lograr su propio bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar.

Los investigadores del presente estudio elaboraron un instrumento llamado “Cuidando al cuidador”, el cual se elaboró exclusivamente para cuidadores de pacientes pediátricos con quemadura al no existir un instrumento específico en ésta área, éste abarca áreas como: aspectos socio demográficos, aspectos generales del cuidador, así, como cuidado físico y emocional. Dónde se dio a conocer que el parentesco del paciente con el cuidador es la madre, predominando la edad entre 18-47 años, recibiendo un ingreso económico de 1100 a 1400, refiriendo no trabajar y tener entre dos y tres hijos.

Las madres necesitan ayuda siempre para cuidar al niño, al estar en el hospital deja de realizar otras actividades como labores domésticas o deja a un lado a sus amistades enfocada sólo él.

La alimentación del cuidador es un rango que preocupa al no satisfacer adecuadamente las necesidades de los nutrimentos que necesita al día, por ejemplo deja de consumir líquidos, como los son dos litros agua que se deben consumir, además dejando a un lado las verduras y frutas, consumiendo sólo la comida chatarra, pero sobre todo no tener un horario establecido.

El cuidador al pasar varias horas en el hospital se le dificulta el aseo personal como lo es desde el baño, cambio de ropa o el simple aseo bucal, pocas veces lo pueden realizar dependiendo si tiene un sucesor al rol.

Ahora que el niño está hospitalizado, la madre dedica poco espacio para descansar o dormir las ocho horas sin tener alguna interrupción, el sueño no lo logra satisfacer. La situación en la que se encuentra el cuidador hace que se sienta impotente, triste, preocupado con miedo, pero el personal de enfermería es el indicado para proporcionarle información de cómo realizar los cuidados hacia el paciente con el fin de enseñar al cuidador a realizar los cuidados al paciente con quemaduras.

Con esta finalidad se diseñó un plan de cuidados para el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras para conocer sobre el proceso enfermedad, así como los cuidados hacia el paciente y hacia él mismo.

IV.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA_ PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuadro 1 : riesgo de cansancio del rol del cuidador

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de cansancio del rol del cuidador RC/ cantidad de tareas de cuidados, deterioro de la salud del cuidador.

ETIQUETA: Riesgo de cansancio del rol del cuidador. DEFINICIÓN: El cuidador es vulnerable para percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 7 Rol-relaciones	CLASE: 1 Roles del cuidador.	<p>RESULTADO:</p> <p>1. Afrontamiento de los problemas de la familia.</p> <p>DEFINICIÓN: acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.</p> <p>DOMINIO: Salud familiar</p> <p>CLASE: Bienestar Familiar.</p> <p>CLASE: Ejecución del cuidado familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparte responsabilidades en las tareas familiares. • Organiza momentos de descanso. • Afronta los problemas. 	<p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado.</p> <p>4. Frecuentemente demostrado.</p> <p>5. Siempre demostrado.</p>	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>

INTERVENCIÓN: Apoyo al cuidador principal.

CAMPO: 5 Familia **CLASE:** X cuidados de la vida.

DEFINICIÓN: suministro de la necesaria información y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

ACTIVIDADES:

1. Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.

2. Comentar con el paciente los límites del cuidador.

3. Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

4. Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.

1. El cuidador familiar ve afectado con frecuencia su salud física en el patrón del sueño, la tensión, el nivel de energía, el bienestar físico, el nivel de movimiento, la resistencia a la infección, la funcionalidad física, los cambios de peso y funcionamiento gastrointestinal; por eso es preciso considerar como un indicador la percepción de la salud en general del cuidador y el uso de proveedores de salud. Además de promover estilos de vida saludables. *Giraldo, (2006).*

2. Toda acción de cuidar conlleva una interacción entre dos personas, quien cuida y quien recibe el cuidado, significa un intercambio de mensajes entre ellos y esto solo tiene sentido y solo puede ser eficaz dentro de un circuito de intercambios, donde cada cual toma y recibe y al mismo tiempo despierta la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores ya que la estimula y la hace más creadora”. *Giraldo, (2006).*

3. Es importante que el individuo que cuida se cuide para cuidar mejor y las formas para hacerlo enfrentando la realidad. En esta medida el personal de enfermería debe conocer que está pasando con los cuidadores, para que se pueda orientar sus cuidados hacia una vida saludable, que aprenda a sentirse bien y aliviar la tristeza y la depresión. *Venegas, (2006).*

4. Son muchos momentos críticos que debe afrontar el cuidador de un familiar cuando el estrés y el agotamiento lo embargan, cuando la enfermedad del ser querido se complica, cuando encuentra apoyo en los otros miembros de la familia disminuye su estrés. *Pinto, (2005).*

<p>INTERVENCIÓN: Grupo de Apoyo CAMPO: 3 Conductual CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p> <p>DEFINICIÓN: DE LA INTERVENCIÓN: Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>
--	---

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>RESULTADO: 2.-Alteración del estilo de vida del cuidador principal.</p> <p>DEFINICIÓN: gravedad de alteraciones en el estilo de vida de su miembro de la familia debido a su papel de cuidador.</p> <p>DOMINIO: Salud familiar</p> <p>CLASE: Ejecución del cuidador del rol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidades del rol. • Sueño. • Realización del rol. • Relaciones con otros miembros de la familia. • Apoyo social. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>

<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. 2. Fomentar la expresión de ayuda mutua. 3. Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentar los problemas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando el cuidador no tiene capacidad para dar consentimiento al tratamiento médico de su paciente, él trabajador social debe abogar por la protección de sus intereses y derechos, colabora con el personal médico para informar a los familiares basados con su nivel de entendimiento siendo este consiente con las creencias y valores del paciente. <i>Carranza, (2009).</i> 2. La responsabilidad de cuidar no debe recaer exclusivamente sobre una única persona, es importante compartir con otras personas la responsabilidad y tensiones que supone estar inmerso en una situación de estas características. <i>Carranza, (2009).</i> 3. El cuidador no tiene que esperar a sentirse exhausto para preocuparse de su propio bienestar, sino que éste tiene que ser una prioridad, algo que le dará fuerzas para continuar y le ayudará a prevenir sentimientos de soledad y aislamiento. <i>Carranza, (2009).</i>
--	--

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
-----------------	-----------	--------------------	------------------

<p>RESULTADO: 1. Salud emocional del cuidador.</p> <p>DEFINICIÓN: Bienestar emocional de un cuidador familiar, mientras atiende a un miembro de la familia.</p> <p>DOMINIO: VI Salud familiar CLASE: Z Estado de salud de los miembros de la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con la vida. • Relación social percibida. • Autoestima. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>MANTENER A:</p> <p>AUMENTAR A:</p>
---	--	--	---

<p>INTERVENCIÓN: Manejo de la energía.</p> <p>CAMPO: 1 Fisiológico Básico CLASE: A Control de Actividad y ejercicio.</p> <p>DEFINICIÓN: Regulación del uso de energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>
<p>1. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</p>	<p>1. Una adecuada alimentación lleva al organismo a ingerir todas las sustancias necesarias para transformarlas en energía; la cual será utilizada para realizar las diferentes actividades que necesite el individuo. Soria, (2009).</p>

<p>2. Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del cuidador.</p> <p>3. Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.</p>	<p>2. Las horas de sueño determinan el estado de ánimo y salud. Con frecuencia, el cuidador tiene que atender a la persona dependiente durante la noche o bien, como consecuencia del gran número de tareas a realizar, no dispone de tiempo suficiente para dormir. <i>Soria, (2009).</i></p> <p>3. Es importante apoyar al cuidador en su tarea; particularmente con el cuidado cotidiano de la persona enferma. Para ello es necesario ayudarlo a desarrollar habilidades para el cuidado físico y apoyarlo en la búsqueda de estrategias para compartir el cuidado del enfermo con otros miembros de la familia. <i>Castillo, (2005).</i></p>
---	---

Fuente: NIC, Noc, Nada.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Cuadro 2: Riesgo de déficit de volumen de líquidos

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de déficit de volumen de líquidos RC/ alteraciones que afectan el aporte de líquidos.

ETIQUETA: Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICIÓN: riesgo de sufrir una disminución de líquido intravascular, celular o intracelular</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estado Nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión de Líquidos orales. Ingestión alimentaria oral. 	<ul style="list-style-type: none"> Inadecuado Ligeramente adecuado. Moderadamente adecuado. Sustancialmente adecuado. Completamente adecuado. 	
<p>DOMINIO: 2 Nutrición</p>	<p>DOMINIO: Salud Física (II)</p>			
<p>CLASE: 5 Hidratación</p>	<p>CLASE: Nutrición (K)</p>			
<p>FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteraciones que afectan el acceso a los líquidos. Alteraciones que afectan el aporte de líquidos. 	<p>DEFINICIÓN: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.</p>			
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p>				

<p>INTERVENCIÓN: Manejo de líquidos</p> <p>CAMPO: 2 Fisiológico Complejo</p> <p>CLASE: G Control de electrolitos y ácido base</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar líquidos. 2. Favorecer la ingesta de líquidos en 24 horas. 3. Ofrecer tentempiés (bebidas y frutas / zumos de frutos con frecuencia). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La alimentación constituye uno de los pilares básicos de la salud, una dieta equilibrada proporcionará a su organismo todo lo que necesite para reponer energías y funcionar correctamente. Para conseguir una dieta sana se recomienda ingerir líquidos durante el día, dos litros de agua, evitar bebidas excitantes y gaseosas. <i>Soria, (2009).</i> 2. La alimentación constituye uno de los pilares básicos de la salud, una dieta equilibrada proporcionará a su organismo todo lo que necesite para reponer energías y funcionar correctamente. Para conseguir una dieta sana se recomienda: beber dos litros de agua diario, reducir el consumo de café, alcohol, bebidas excitantes y gaseosas. <i>Soria, (2009).</i> 3.-Hay que tener en cuenta que los cuidadores/as que mejor se sienten son los que mantienen unos hábitos de vida que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de sí mismos y de los demás; para ello se recomienda una dieta equilibrada para reponer energías y funcionar correctamente. Tener cuidado con lo que come y cuanto come. Para eso se recomienda: no salte ninguna comida y siéntese a comer; evite comer entre horas, si lo hace elija alientos frescos. <i>Soria, (2009).</i>

RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<ul style="list-style-type: none"> • Control de Riesgo <p>DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV).</p> <p>CLASE: Control de riesgo y seguridad (T).</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce factores de riesgo. 2. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. 3. Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo. 4. Reconoce cambios en el estado de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrado. • Raramente demostrado. • A veces demostrado. • Frecuentemente demostrado. • Siempre demostrado. 	
<p>INTERVENCIÓN: Identificación de Riesgo</p> <p>CAMPO: 4 Seguridad.</p> <p>CLASE: V Control de riesgo.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>	
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>1. Identificar al cuidador que precise cuidados continuos.</p>		<p>1. Se calcula que el cargo de cuidador lo desempeña principalmente una mujer, luego está el conyugue y los hermanos del paciente. Esta persona permanece los siete días de la semana;</p>	

<p>2. Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.</p> <p>3. Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas.</p> <p>4. Utilizar acuerdos con el cuidador.</p>	<p>un promedio de dieciséis horas diarias, lo cual tiene implicaciones económicas, sociales y de salud. El cuidador se aleja de sus actividades previas puesto que el cuidado de su familiar le demanda la mayor parte del tiempo. <i>Zambrano, (2007)</i>.</p> <p>2. El cuidador, con el tiempo gana satisfacciones propias, al verse reflejado todos sus esfuerzos en la mejoría constante de su paciente. <i>Soria, (2009)</i>.</p> <p>3- Muchas personas dedican gran parte de su tiempo a cuidar de una persona que no puede valerse por sí misma. Estas/os cuidadoras/es saben que esta tarea puede resultar difícil, ingrata y muy pocas veces reconocida. Afortunadamente cuidar, también puede significar la oportunidad de descubrir en uno mismo cualidades, aptitudes o talentos que de otro modo hubieran pasado desapercibidos, e igualmente, llevar a que se establezca una relación más próxima con la persona a la que se cuida o con otros familiares y que se descubran en ellos facetas positivas que hasta entonces habían permanecido ocultas. Esto ayudara a alcanzar la principal meta que se tiene en mente, el bienestar del enfermo y su pronta recuperación. <i>Zambrano, (2007)</i>.</p> <p>4.- Las intervenciones en cuidadores de paciente que han sido variadas, por lo que se han determinado diferentes tipos en los que se pueda codificar. Un tipo de intervención psicosocial es: la discusión general donde se incluyen discusiones individuales y de grupo entre el paciente y el cuidador. <i>Zambrano, (2007)</i>.</p>
--	---

Fuente: NIC, NOC, NADA.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
 Cuadro 3: Déficit del autocuidado



DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Déficit del Autocuidado: Baño e Higiene RC/ barreras ambientales MP/ Incapacidad para obtener una fuente de Agua.

ETIQUETA: Déficit del autocuidado: Baño e Higiene.	RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICIÓN: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño e higiene.	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidados: Actividades de la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Come. Se viste. Se baña. Higiene bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido. Sustancialmente comprometido. Ligeramente comprometido. No comprometido. 	
DOMINIO: 4 Actividad / Reposos	CLASE: 5 Autocuidado.	DOMINIO: Salud Funcional. CLASE: Autocuidado (D).		
FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO <ul style="list-style-type: none"> Barreras Ambientales. <ol style="list-style-type: none"> Físicas Lugar inapropiado para realizar el baño. 	DEFINICIÓN: Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda.			

<p>3. No cuenta con un cambio extra de ropa.</p> <p>4. No cuenta con artículos personales para realizarlo como: Jabón, shampoo, una toalla, etc.</p>				
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <p>Incapacidad para obtener una fuente de agua.</p>				
<p>INTERVENCIÓN: Ayuda con los auto cuidados: baño/higiene</p> <p>CAMPO: 1 Biológico Básico.</p> <p>CLASE: F Facilitación de los autocuidados.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>			
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>1. Considerar la cultura del cuidador al fomentar las actividades de autocuidados.</p>	<p>1. El cuidador que es hábil tendrá la posibilidad de encontrar significado en los hallazgos, de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de una forma armónica de tomar decisiones permitentes para determinar el curso de la acción y poder conducir de manera honrosa su actividad. <i>Pinto, (2005).</i></p>			

<p>2. Facilitar que el cuidador se cepille los dientes.</p> <p>3. Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.</p> <p>4. Considerar la edad del cuidador al fomentar las actividades de autocuidados.</p> <p>5. Orientar al cuidador a traer sus objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño, loción, agua, y productos de aromaterapia).</p>	<p>2.- El cuidador/a debe reconocer su situación y poner en práctica un plan de auto cuidado, mantenerse sano y tener la calidad de vida necesaria para cuidar en las mejores condiciones, y una de esas recomendaciones es no olvidar el cepillado de dientes, ya que la mayoría no toma en cuenta esto. <i>Soria, (2009).</i></p> <p>3. Las personas requieren, en el transcurso de su vida y hasta la muerte, de un conjunto de interacciones personales capaces de proporcionarles diversos tipos de ayudas que les permita reproducir su vida dentro de un cierto nivel de calidad. Dichas interacciones generalmente provienen de la red social más próxima y suelen ser de tipo emocional, material e instrumental”. <i>(Pérez, 2006).</i></p> <p>4. El cuidador experimenta cambios importantes en el desempeño de sus roles habituales; el grado de compromiso depende de la demanda de cuidado que el paciente requiere, así como de las características del cuidador. En la forma como el cuidador se adapta a estos cambios influyen factores específicos como sus características personales, la severidad de la enfermedad del paciente, y los ajustes que debe hacer en su estilo de vida y en el rol familiar para satisfacer las demandas de cuidado. <i>Montalvo, (2008).</i></p> <p>5.- El cuidador/a debe reconocer su situación y poner en práctica un plan de autocuidado, que le permitirá mantenerse sano y tener la calidad de vida necesaria para cuidar en las mejores condiciones, y una de esas recomendaciones es no olvidar tener consigo un kit donde pueda tener sus objetos personales a la mano, esto le servirá para mantenerse mas cómodo dentro de su</p>
---	---

	papel. <i>Soria</i> , (2009).
--	-------------------------------

Fuente: NIC, NOC, NADA



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
 Cuadro 4: De privación del sueño.



DIAGNÓSTICO ENFERMERO: De privación del sueño RC/ persistencia de un entorno para el sueño incomodo o desconocido MP/ Fatiga.

ETIQUETA: De privación del sueño.		RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICIÓN: periodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódico, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).		<ul style="list-style-type: none"> Descanso 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo del descanso. Calidad del descanso. Descansado físicamente. Descansado emocionalmente 	<ul style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido. Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Ligeramente comprometido. No comprometido. 	
DOMINIO: 4 Actividad reposo.	CLASE: 1 Sueño / Reposo.	DOMINIO: Salud Funcional (1). CLASE: Mantenimiento de Energía.			
FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO <ul style="list-style-type: none"> Persistencia de un entorno para el sueño incomodo o desconocido. 		DEFINICIÓN: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: <ul style="list-style-type: none"> Fatiga. 					

<p>INTERVENCIÓN: mejorar el sueño</p> <p>CAMPO: 1 Fisiológico básico</p> <p>CLASE: F Facilitación de auto cuidados.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés. 2. Sugerir un ambiente, (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño al cuidador. 3. Enseñar al cuidador a realizar una relajación muscular auto génica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. 	<p>1 El sueño y el descanso son aspectos indispensables para mantener un buen estado de salud, ya que la falta de éste, puede traer como consecuencias, alteraciones en la percepción, somnolencia diurna, reducción de la atención, la concentración, la memoria y la capacidad para organizarse, la torpeza de movimientos y la irritabilidad. <i>Soria, (2009).</i></p> <p>2.- Si existen problemas para dormir y tener un sueño reparador, puede seguir las siguientes recomendaciones: Intente dormir siete horas seguidas y elimine las siestas y las cabezadas diurnas, cuide que el dormitorio esté en silencio y sea tranquilo con una luz tenue, utilice la cama solo para dormir y evite la televisión. <i>Soria, (2009).</i></p> <p>3 .Si persisten problemas para conciliar el sueño se pueden mantener opciones para inducirlo, como son el baño, realización de ejercitación muscular para así provocar un poco de cansancio, un ligero masaje también es una opción viable. <i>Soria, (2009).</i></p>

RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
------------	-----------	--------------------	------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Sueño <p>DOMINIO: Salud Funcional.</p> <p>CLASE: Mantenimiento de la energía.</p> <p>DEFINICIÓN: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño. • Calidad de sueño. • Eficacia del sueño. • Habito de sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido. • Sustancialmente comprometido. • Moderadamente comprometido. • Levemente comprometido. • No comprometido. 	
<p>INTERVENCIÓN: Manejo Ambiental: confort.</p> <p>CAMPO: 1 Fisiológico Básico.</p> <p>CLASE: E Fomento de la comodidad Física.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: Manipulación del entorno del paciente para una comodidad óptima.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>		
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>1. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</p>	<p>1.- El entorno debe resultar agradable y cómodo tanto para la persona como para su cuidador/a), la intimidad (el lugar del aseo debe preservar la intimidad), la iluminación (deber ser suave, permitir la realización del aseo de manera eficaz y evaluar la piel), la ventilación (las ventanas y puertas deben permanecer cerradas para evitar corrientes),la temperatura ambiente (permitirá realizar el aseo de forma cómoda y segura),y, la funcionalidad y la seguridad del entorno (el espacio y el material deberán ser accesibles, favorecerán la independencia y estarán pensados</p>		

<p>2. Proporcionar un ambiente limpio y seguro</p> <p>3. Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.</p> <p>4. Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona.</p> <p>5. Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del cuidador son el silencio y el descanso.</p>	<p>para evitar riesgos y accidentes innecesarios) cuyos aspectos que deben cuidarse para la óptima realización de esta tarea. <i>Soria, (2009).</i></p> <p>2. El entorno debe resultar agradable y cómodo tanto para la persona como para su cuidador/a), el proporcionarle un lugar limpio y seguro, estos son aspectos que deben cuidarse para la óptima realización de esta tarea. <i>Soria, (2009).</i></p> <p>3. El entorno debe resultar agradable y cómodo tanto para la persona como para su cuidador/a), la iluminación (deber ser suave, para evitar que se vuelva molesta al momento de encenderlas, y que está cumpla con las necesidades del paciente. <i>Soria, (2009).</i></p> <p>4. El entorno debe resultar agradable y cómodo tanto para la persona como para su cuidador/a), la ventilación (las ventanas y puertas deben permanecer cerradas para evitar corrientes), la temperatura ambiente (permitirá sentirse más cómodo y seguro), y, la funcionalidad y la seguridad del entorno (el espacio y el material deberán ser accesibles para la persona). <i>Soria, (2009).</i></p> <p>5. Con el paso del tiempo la persona evoluciona y pasa por una serie de cambios que condicionan su desempeño en la vida diaria, en estos casos, el entorno se convierte en un lugar inapropiado y lleno de inconvenientes, por ello es necesaria una orientación para poder lograr una buena adaptación e incrementar su calidad de vida. <i>Soria, (2009)</i></p>
--	---

Fuente: NIC, NOC, NADA



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuadro 5: Temor



DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Temor R/C Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales M/P Disminución de la capacidad para solucionar problemas.

ETIQUETA: Temor		RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICIÓN: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.		<ul style="list-style-type: none"> Afrontamiento del problema DOMINIO: Salud Psicosocial. CLASE: Adaptación Psicosocial. DEFINICIÓN: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.	<ul style="list-style-type: none"> Verbaliza aceptación de la situación. Modifica el estilo de vida para reducir el estrés. Utiliza el sistema de apoyo personal. Obtiene ayuda de un profesional sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> Nunca demostrado. Raramente demostrado. A veces demostrado. Frecuentemente demostrado. Siempre demostrado. 	
DOMINIO: Afrontamiento/tolerancia al estrés.	CLASE: Respuestas de afrontamiento.				
FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO					
<ul style="list-style-type: none"> Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales. 					
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:					
<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la capacidad para resolver problemas. 					

<p>INTERVENCIÓN: Aumentar el afrontamiento.</p> <p>CAMPO: 3 Conductual.</p> <p>CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p>	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. 2. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. 3. Animar la implicación familiar si procede. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- La mayoría de cuidadores familiares en esa adversidad, el cuidar de otros es bien recibido, pero por los múltiples roles que desempeñan, les genera emociones encontradas, en donde es importante saber manejar los sentimientos que en ocasiones se generan de impotencia y frustración. <i>Soria, (2009)</i> 2.- La/el cuidadora/or debe aprender a valorar la importancia que tienen las situaciones de interacción social para la persona a la que cuida. Los momentos de comunicación y relación con otras personas del entorno son esenciales para mantener la integración social. El/la cuidador/a deberá fomentarlos y propiciarlos. <i>Soria, (2009)</i> 3.-La familia y los amigos constituyen un apoyo fundamental que hará más agradable y llevadera la labor como cuidador/a principal, no obstante no hay que esperar que el entorno colabore si no se solicita la ayuda. <i>Soria, (2009)</i>

RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de fatiga <p>CLASE: Mantenimiento de energía.</p> <p>DOMINIO: Salud Funcional</p> <p>DEFINICIÓN: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada obsesionada a descrita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento del estilo de vida. • Calidad del descanso. • Calidad del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido. • Sustancialmente comprometido. • Moderadamente comprometido. • No comprometido. 	
<p>INTERVENCIÓN: Manejo de la energía</p> <p>CAMPO: 1 Fisiológico básico. CLASE: A Control de Actividad y Ejercicio.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: Regulación del uso de la energía para tratar de evitar la fatiga y mejorar las funciones.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>	
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad. 2. Instruir al paciente y/o a los seres queridos sobre el estrés e intervenciones de enfrentamiento para disminuir la fatiga. 		<ol style="list-style-type: none"> 1.-La familia y los amigos constituyen un apoyo fundamental que hará más agradable y llevadera la labor como cuidador/a principal, no obstante no hay que esperar que el entorno colabore si no se solicita la ayuda, por ello, si se necesita hay que pedirla abiertamente. <i>Soria, (2009)</i> 2.-Es importante que el individuo que cuida se cuide para cuidar mejor y las formas para hacerlo no son negándose a la realidad sino enfrentándola, pidiendo ayuda, hablando con otros, tomando circunstancias de manera positiva y viendo los 	

problemas o dificultades como oportunidades. *Blanca, (2006)*

Fuente: NIC, NOC, NADA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuadro 6: Estrés por sobre carga



DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Estrés por sobre carga R/C Recursos inadecuados (conocimientos), M/P Expresar problemas con la toma de decisiones. Pág. 268.

ETIQUETA: Estrés por sobrecarga		RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICIÓN: Excesivo cantidad y tipo de demandas que requieren acción.		<ul style="list-style-type: none"> Toma de decisiones. DOMINIO: Salud Fisiológica. CLASE: Neurocognitiva. DEFINICIÓN: Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.	<ul style="list-style-type: none"> Identifica información relevante. Identifica el tiempo necesario para apoyar a cada alternativa. Reconoce el contexto social de situación. 	<ul style="list-style-type: none"> Gravemente comprometido. Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Ligeramente comprometido. No comprometido. 	
DOMINIO: 9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés.	CLASE: 2 Respuestas de Afrontamiento.				
FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO <ul style="list-style-type: none"> Recursos inadecuados (conocimientos). 					
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: <ul style="list-style-type: none"> Expresar problemas con la toma 					

de decisiones.				
<p>INTERVENCIÓN: <i>Apoyo en la toma de decisiones.</i></p> <p>CAMPO: 4 Mediación del sistema sanitario.</p> <p>CLASE: G Sistema Sanitario.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>		
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar la toma de decisiones en colaboración. 2. Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro. 3. Proporcionar información solicitada por el paciente. 		<ol style="list-style-type: none"> 1.- Se encontraron tres componentes críticos en el cuidado familiar: la comunicación, la toma de decisiones y la reciprocidad. Así, se propone conceptualizar el cuidado familiar como “compartido”, de esta manera capta la relación entre el cuidador y la persona cuidada y sirve para dar cuenta de los aspectos negativos y positivos que tiene el cuidado. <i>Cuesta, (2009).</i> 2.- Es importante que el individuo que cuida se cuide para cuidar mejor y las formas para hacerlo no son negándose a la realidad sino enfrentándola, pidiendo ayuda, hablando con otros, tomando circunstancias de manera positiva y viendo los problemas o dificultades como oportunidades. <i>Blanca, (2006)</i> 3.- Cuando existen dudas respecto a su tratamiento o recuperación, el paciente tiene derecho a saber su evolución, para que este consiente y en ocasiones disminuya su estrés. <i>Soria, (2009)</i> 		

--	--

RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<ul style="list-style-type: none"> • Modificación Psicosocial: cambio de vida • DOMINIO: Salud Psicosocial. • CLASE: Adaptación Psicosocial. • DEFINICIÓN: Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresiones de utilidad. • Uso de estrategias de superación efectiva. • Control financiero eficaz. • Expresiones de apoyo social adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrado. • Raramente demostrado. • A veces demostrado. • Frecuentemente demostrado. • Siempre demostrado. • 	
<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>CAMPO: Fomentar la familia.</p> <p>CLASE: X Cuidados de la vida.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>	
<p>ACTIVIDADES</p>		<p>1. La familia y los amigos constituyen un apoyo</p>	

<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. 2. Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. 3. Implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente. 	<p>fundamental que hará más agradable y llevadera la labor como cuidador/a principal, no obstante no hay que esperar que el entorno colabore si no se solicita la ayuda. <i>Soria, (2009)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. El cuidador/a debe reconocer su situación y poner en práctica un plan de autocuidado que se adapte a sus necesidades individuales. De esta manera, la aplicación de consejos prácticos y técnicas dirigidas a su propio cuidado le permitirá mantenerse sano y tener la calidad de vida necesaria para cuidar en las mejores condiciones. <i>Soria, (2009)</i> 3. Algunos miembros de la familia pueden no participar en las atenciones a la persona dependiente, puesto que no ven el problema en toda su magnitud, o bien porque se sienten culpables por no colaborar y eligen evitar la situación. <i>Soria, (2009)</i>
--	---

Fuente: NIC, NOC, NADA



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERÉTARO



FACULTAD DE ENFERMERÍA
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
 Cuadro 7: Conocimientos deficientes

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Conocimientos deficientes R/C mala interpretación de la información, M/P verbalización del problema. Pág. 169

ETIQUETA: Conocimientos deficientes.		RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.		<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento DOMINIO: conocimiento y conducta de salud. CLASE: Conocimientos sobre salud. DEFINICIÓN: grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionado con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir mantener una salud óptima.	<ul style="list-style-type: none"> Proceso específico de la enfermedad. Dieta recomendada. Procedimiento terapéutico. Actividad y ejercicio prescrito. 	<ul style="list-style-type: none"> Ningún conocimiento. Conocimiento escaso. Conocimiento moderado. Conocimiento sustancial. Conocimiento extenso. 	
DOMINIO: S Percepción/Cognición	CLASE: 4 Cognición.				
FACTORES RELACIONADOS O DE RIESGO <ul style="list-style-type: none"> Mala interpretación de la información. 					
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. <ul style="list-style-type: none"> Verbalización del problema. 					

<p>INTERVENCIÓN: Enseñanza procedimiento/tratamiento.</p> <p>CAMPO: 3 Conductual.</p> <p>CLASE: S Educación de los pacientes.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar el propósito del procedimiento/ tratamiento. 2. Enseñar al cuidador como cooperar/participar durante el procedimiento o tratamiento adecuado. 3. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Cuando existen dudas respecto a su tratamiento o recuperación, tanto el paciente como el cuidador, tienen derecho a saber su evolución, para que estén consientes y en ocasiones disminuya su estrés. <i>Soria, (2009)</i> 2.- el cuidador puede detectar posibles problemas de salud, prevenir situaciones de riesgos de accidentes, ayudar a comer a su paciente, comprar productos de aseo adecuados, buscar recursos sociales y contribuir a la integración de la persona, gestionar documentos y pagos, etc. <i>Soria, (2009)</i>

RESULTADOS	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción del paciente/usuario enseñanza. <p>DOMINIO: Salud percibida.</p> <p>CLASE: Satisfacción con los cuidados.</p> <p>DEFINICIÓN: Grado de la percepción positiva de las intervenciones proporcionadas por el personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación en los cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consideración del conocimiento personal antes de la enseñanza. Explicación de los cuidados de enfermería. Explicación de las responsabilidades de autocuidado para el tratamiento. Información proporcionada sobre signos de complicaciones. Tiempo para el aprendizaje del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> No del todo satisfecho. Algo satisfecho. Moderadamente satisfecho. Muy satisfecho. Completamente satisfecho. 	
<p>INTERVENCIÓN: Enseñanza proceso de la enfermedad.</p> <p>CAMPO: 3 Conductual.</p> <p>CLASE: S Educación de los pacientes.</p> <p>DEFINICIÓN DE LA INTERVENCIÓN: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.</p>		<p>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</p>	
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES (pág. 354)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del cuidador, 		<p>1.-Cuidar implica muchas y variadas actividades de prestación de ayuda, pero aunque las áreas de cuidados y las tareas que</p>	

<p>relacionado con el proceso de enfermería específico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información al cuidador acerca de la enfermedad, si procede. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad. 	<p>implica dicha ayuda dependen de cada situación particular, muchas de las actividades habituales que supone la prestación de ayuda a una Persona Dependiente, el cuidador puede apoyarse en el personal de enfermería, ya que la mayoría de tiempo son los que tienen más contacto con el paciente. <i>Soria, (2009)</i>.</p> <p>2. Cuando existen dudas respecto a su tratamiento o recuperación, tanto el paciente como el cuidador, tienen derecho a saber su evolución, para que estén consientes y en ocasiones disminuya su estrés. <i>Soria, (2009)</i></p> <p>3. El cuidador/a debe reconocer su situación y poner en práctica un plan de auto cuidado que se adapte a sus necesidades individuales. De esta manera, la aplicación de consejos prácticos y técnicas dirigidas a su propio cuidado le permitirá mantenerse sano y tener la calidad de vida necesaria para cuidar en las mejores condiciones. <i>Soria, (2009)</i></p> <p>-</p>
--	--

Fuente: NIC, NOC, NADA

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Cuidar a un niño es una carrera de fondo, que puede afectar muchos ámbitos de la vida durante mucho tiempo, con frecuencia no se sabe hasta cuándo. Prever problemas y situaciones futuras permite anticipar y planificar posibles soluciones.

Para hacerlo, se diseñó un plan de cuidados hacia el cuidador de paciente pediátrico con quemaduras, entre otros aspectos, se manejó por áreas específicas como es: socio demográfico, aspectos generales del cuidador, aspecto físico y emocional. Teniendo como objetivo ser una herramienta útil hacia el personal de enfermería, para conocer no solo las necesidades del paciente, si no del cuidador principal.

Esta situación nos permitió establecer una relación más próxima e íntima con la persona que se cuida y sobre todo para facilitar la tarea del cuidador, a la vez que se velen por su bienestar, ya que se hizo un plan de acción que ayude a tener claras cuáles son las actividades que tiene que realizar el cuidador y de qué manera. Esta planificación evitará imprevistos y ayudará a disponer de tiempo para disfrutar de otras actividades gratificantes.

Se recomienda implicar a otros miembros de la familia en un acuerdo explícito que haga referencia a futuras acciones. Familiares, amigos y profesionales pueden aportar otros puntos de vista.

Cuidar puede convertirse en una experiencia positiva y gratificante. No se debe olvidar que permitir descubrir capacidades, cualidades o aptitudes de la madre mismos que hubiera sido difícil descubrir de otra forma y convertirse en un cuidador con conocimientos y habilidades planeadas cuidándose así mismo como al niño con quemaduras, el profesional de enfermería es el principal impulsor para cuidar no solo al paciente sino enseñar e informar al cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abauza, M. 2007. Isthenursingprocesspart of qualitycare?. Av. Enferm. 2: 141- 147.
- Abreu, 2001. Síndrome del Cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario con atención Geriátrica. Rev. Enferm. Cubana. 17:107-111.
- Achury, D., H.Castaño,L.Gómez.2011.Calidad de vida de los cuidadores depacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Rev.Bogotá 13 (1): 27-46.
- Aguilera. J. A., 2005. La Ciencia frente a las Creencias Religiosas: Ciencia y Religión en los albores del nuevo milenio. Rev. Mientras tanto. 1:1-33.
- Barrera, L., N. Pinto, B. Sánchez. 2006. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos.Rev. Redalyc. 8: 141- 152.
- Beca, J. P., 2008. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la Salud. Rev. Enferm. I: 1-4.
- Belli S., I., R. 2008. El estudio psicosocial de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. Rev. Psico. 39:139-151.
- Benítez V, L. Castillo, R. A. Medina, I. J. Vázquez. 2010. Proceso de Enfermería en un Paciente adulto mayor con Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Rev. Enferm. 4: 64- 83.
- Brito, P. 2007. La enfermería como ciencia emergente. Rev. Enferm. I: 1-5.
- Brito, P. 2009. Proceso en Atención Primaria (V) Evaluación Rev. Enferm. 3: 1-5
- Burgos, P., V. Figueroa, M. Fuentes, I. Quijada, E. Espinoza. 2008. Caracterización y nivel de conocimiento del cuidado informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud. Rev. Redalyc. 2: 7-14.

- Casanova, P., M. Rodríguez, M. Herrero. 2009. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General. *Rev. Gerokomos*. 20 (4): 167-171
- Castillo, E., C. A. Chesla, G. Echeverry, E. C. Tascón, M. Charry, J. A. Chicangana, Y. L. Mosquera, D. M. Pomar. 2005. Satisfacción de los familiares cuidadores con atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. *Rev. Colombia Médica*. 36: 43-49.
- Cazenave, A. X. Ferrer, S. Castro, S. Cuevas. 2005. Health decision making in aids family caregiver. *Rev. Chil infect*. 22: 51-57
- Chamorro, A. 2009. Caracterización del cuidador principalmente de pacientes con discapacidad de origen Neurológico. *Rev. Enferm*. 1: 1-45.
- Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. México DF., 2001.
- Contreras, E., A. Béz, E. Cossa, M. Guerrero, A. Marfil. 2001 Plan de Cuidados de Enfermeros Estandarizados en Atención Primaria. *rev. Andalucía*. 1:3,4.
- Córdova. M., J.C. Pérez. 2010. La Desesperanza de Riesgo en Jóvenes Mexicanos y Aspectos Socio demográficos Asociados: Diferencia por sexo. *Rev. Psicología y salud*. 20: 195-201.
- Crissey. P., 2006. Higiene Personal: Consejos para enseñar normas de aseo a los niños. *Rev. Educaredor*. 1: 1-2.
- Cuesta. C. 2009. El cuidador familiar: una revisión crítica. *Rev. Redalyc*. 27: 96-102.
- Curepto. 2007. Síndrome del Cuidador. *Rev. Enferm*. 1:1-13.
- Espín, A. M. 2008. Psychosocial characterization of informal caregivers of older adults suffering from dementia. *Rev. Enferm*. 34: 1-5.
- Espinoza, M., K. Gac.S. Villegas.P. Bustamante. 2003. Epidemiología de los niños quemados en el Hospital Félix Bulnes Cerdá. *Rev. de Cir. Infantil*. 13:3-4.
- Ferj. B., D. 2009. Quemaduras en edad pediátrica. *Rev. Med. Clin. Condes*. 20: 1-15.

- Frías. H. 2006. Dirección del Centro Asistencial y de Integración Familiar. Rev. Redalyc. 1: 1-7.
- Galindo, M. E., 2011. Lineamiento General Para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Rev. Enferm.1: 15-16.
- Gaviria, D. 2009. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar.Rev. Redalyc. 27: 24-33.
- Genta, Giuseppe. 2006. Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura latreia. Redalyc. 19: 296- 304.
- Goleman, D., 2008.La inteligencia emocional. 2da edi. B, S.A. de C.V.
- Houtman. I. K. Jettinghoff. 2008. Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en Desarrollo: Un riesgo moderno en un ambiente de Trabajo Tradicional. Rev. Enferm. 6: 2- 50.
- Iwamoto. V., S. H. P. Dos Santos, T. L. Skare, P. F. Spelling. 2008. Evaluation of psychological stress in primary caregivers of patients with juvenile idiopathic arthritis. J. Pediatr. 84: 1-7.
- Larrañaga, I., m. Unai, A. Bacigalupe, J. M. Begiristáin, M. J. Valderrama, Begoña. 2008. Impact of informal caregiving on caregivers' health and quality of life: analysis of gender inequalities. Gat Sanit. 22: 1-6.
- Ley Federal del Trabajo, 2006.
- Losada, A., M. Márquez, C. Peñacoba, D. Gallagher y B. G. Knight. 2007. Reflexiones en torno a la Atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinaria. Rev. Redalyc. 15: 57-76
- Marín A., A., B. Jaramillo., R. Gómez., U. Gómez. 2008. Manual de Pediatría Ambulatoria. 2da ed. Panamericana.
- Melo de Souza. L., W. Wegner., M. I. Pinto. 2007. Health education: a Strategy of care for the lay caregiver. Rev. Latino-am. Enfermagem. 15: 1-9.
- Montalvo, A., I. E. Flores, D. Stavro. 2008. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia).
- Montalvo, A., I. E. Flores, D. Stavro. 2008. Cuidando a cuidadores familiares de niños en situación de discapacidad. Redalyc. 8: 197-211.

- Morales, O.N., 2007. Situation of family attendant that lives with a disabling chronic illness in Guatemala. Rev. EG. 11: 1-5.
- Muela, J., C. Torres, C. Pelaéz. 2002. Nuevo instrumento de evaluación de
- Murrain, E. 2009. Trascender en el cuidado de enfermería. Una oportunidad desde la aplicación de la teoría de cuidado cultural; algunas reflexiones. Rev. Enferm. I: 1-17.
- Pérez, M., J. Lara, J. Ibañez, L. Cagigal, C. M. León. 2006. Guía de Actuación ante el paciente Quemad. Rev. Enferm. I: 2-50.
- Pérez. P., A. 2006. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Rev. Enferm. 4: 28-32.
- Pinto, A.N. 2007. Bienestar espiritual de los cuidadores familiares en niños que viven enfermedad crónica. Rev. Redalyc. 9:1-19.
- Pinto. N., L. Barrera, B. Sánchez. 2005. Reflexiones sobre el cuidador a partir del programa cuidando a los cuidadores. Rev. Aquichan. 5: 128-137.
- Poujol. G., 2009. De la preocupación por el otro a sentirse parte de la humanidad, identidad y valores en la educación. Rev. Iberoamericana de educación 1681-5653.
- Romero, N., C.P. Sáenz, M. Solano. 2005. Quemaduras pediátricas: retrospectiva para prevenir. Rev. Enferm. 143: 1-5.
- Sánchez, O., M. C. Domínguez. 2010. Plan de cuidados de enfermería para el paciente en situación de agonía en atención primaria. Rev. ENE. 4: 71-82.
- Secretaria de Educación Pública: 2010. Ética y Valores: Series, Programas de Estudios.
- Seguí, J., M. Ortiz, Y. De Diego. 2008. Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con Autismo: sobrecarga psicopatología y estado de salud. Rev. Redalyc. 24:1-7.
- Sepulveda. J. B. 2007. “¿Quién cuida al cuidador?” experiencia del cuidador de pacientes en estado de postración. Rev. Valdivia-Chile. 3-15. situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Rev. Psicologic. 18:319-331.

- Sonnenberg, E. 2008. Caregiver Stress: The Impact of Chronic Disease on the Family. Rev. Enferm. I: 1-5.
- Soria, S., 2009. Guía para cuidadoras y cuidadores en el entorno familiar. Rev. Enferm. I: 1- 18.
- Torres, M., P. E. Ballesteros, P. Sánchez. 2008. Supporting programs and interventions for informal care providers in Spain. Rev Gerokomos. 19: 1-7.
- Velázquez. J., P. Luxz., M. Vargas. 2008. Manual de Nutrición Enteral. Rev. Enferm. 2: 2-7.
- Venegas. B. 2006. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Rev. Aquichan. 6: 137-147.
- Yonte, F., Z. U. Pérez, M. Martín, R. Montero. 2010. Principal caregiver Burden. Rev. Enferm. CyL. 2: 1-4.
- Zabaleta. V., 2009. Estudios Transversales. Facultad de Medicina Humana. Rev. Enferm. 1: 1-16.
- Zambrano, R., P. Ceballos. 2007. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Enferm. 36: 26-39.

ANEXOS

ANEXO 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: PLAN DE CUIDADOS.

VARIABLE DEPENDIENTE: CUIDADOR PRINCIPAL

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES (VARIABLES CONTENIDAS EN LA DEFINICIÓN CONCEPTUAL)	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICO
Plan de cuidados	Pasos metodológicos específicos que la enfermera (o) debe llevar a cabo para resolver los problemas identificados en el diagnóstico y ayudar a la recuperación del paciente.	Etapas del Proceso Enfermero	Según Brito, (2009) “proceso enfermero es un proceso de resolución de problemas que se adecua a un método clínico para la praxis enfermera.	*Valoración. *Diagnóstico. *Planificación. *Ejecución. *Evaluación.	Nominal.	

Cuidador Principal.	Persona que realiza actividades de apoyo hacia un individuo que lo necesita, para mantener la vida, salud y bienestar, para satisfacer sus necesidades.	Familia	(Frías, 2006). Grupo de personas con una relación afectiva ó sanguínea que viven bajó el mismo techo.	a) Papá, b) Mamá c) Hermano d) Hermana e) Tío f) Tía g) Abuelo h) Abuela	Nominal	Frecuencias y porcentajes.
Variable socio demográfica	Análisis, estudio y obtención de datos y conclusiones sobre algún grupo social.	Género	Se refiere a los roles, derechos y responsabilidades diferentes de los hombres y las mujeres, y a la relación entre ellos.	a) Hombre b) Mujer		
		Edad	Tiempo de vida transcurrido en una persona.	a) 18 a 27 años. b) 28 a 37 años. c) 38 a 47 años. d) 48 a 57 años. e) 58 a 67 años.		
		Número de hijos	Personas procreadas de una pareja en determinado	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4		

			tiempo.	e) Más		
		Trabajo	Esfuerzo humano aplicado a la producción con un fin lucrativo (Ley Federal del Trabajo, 2006).	a) Si b) No		
		Ingreso	Cantidad de dinero que se obtiene mediante un trabajo establecido.	a) 300 a 600 pesos. b) 700 a 1000 pesos. c) 1100 a 1400 pesos. d) 1500 a 1800 pesos. e) Más.		
Cuidado Físico del cuidador	Preservación de la salud física dentro de los límites fisiológicos y biomecánicos aceptables, mediante la metodología adecuada para cada persona.	Alimentación	Conjunto de actividades y procesos por los cuales ingerimos los alimentos (Velázquez, <i>et al.</i> , 2008). Las personas ingieren nutrientes para satisfacer sus necesidades.	Éstos indicadores se medirán mediante una escala de Likert (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre).	Nominal	Frecuencias y porcentajes.

		Higiene	Aseo, limpieza y cuidado del cuerpo (Crisis, 2006). Involucra también mantener una buena presencia.	Éstos indicadores se medirán mediante una escala de Likert (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre).		
		Descanso	Pausa en el trabajo o en otra actividad para reponerse del cansancio.	Éstos indicadores se medirán mediante una escala de Likert (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre).		
Cuidado emocional del cuidador	Emociones que corresponden a experiencias corporales naturales que luego se expresan a través del lenguaje.	Tristeza	“Es el sentimiento negativo caracterizado por un decaimiento en el estado de ánimo habitual de la persona” (Siverio, 2002)	Éstos indicadores se medirán mediante una escala de Likert (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre).		
		Miedo	estado emocional negativo, aversivo, con una activación elevada que incita a la evitación y el			

			escape de las situaciones amenazantes. Siverio, 2002)			
		Preocupación	“Es un sentimiento natural que nos acompaña desde que nacemos. Pero cuando es excesiva se convierte en causa de enfermedad” (Poujol, 2009).			

ANEXO 2 INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



INSTRUMENTO
“CUIDANDO AL CUIDADOR”

No. Folio _____

Somos estudiantes de la Lic. En Enfermería le solicitamos su participación en nuestro proyecto de investigación titulado “Plan de Cuidados de Enfermería para el Cuidador de Paciente Pediátrico con Quemaduras”, el objetivo del mismo es diseñar un plan de cuidados de enfermería. Le pedimos por favor conteste correctamente las siguientes preguntas, marcando una “X” en su respuesta, es confidencial, y usted puede retirarse en cualquier momento si así lo desea.

Le agradecemos su valiosa participación.

1.- Parentesco con el paciente:

- a) Papá,
- b) Mamá
- c) Hermano
- d) Hermana
- e) Tío
- f) Tía
- g) Abuelo
- h) Abuela

I.- Datos sociodemográficos:

2.- Género:

- a) M () b) F ()

3.- Edad:

- a) 18 a 27 años.
- b) 28 a 37 años.
- c) 38 a 47 años.
- d) 48 a 57 años.
- e) 58 a 67 años.

4.- Número de hijos:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) Más.

5.- Trabaja: a) SI () b) NO ()

6.- Ingreso Económico Semanal:

- f) 300 a 600 pesos.
- g) 700 a 1000 pesos.
- h) 1100 a 1400 pesos.
- i) 1500 a 1800 pesos.
- j) Más.

II.- Aspectos generales del cuidador

PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7. ¿Requiere de ayuda para cuidar al niño en este momento?				
8. ¿Usted deja de realizar otras actividades para venir a cuidar al niño?				
9. ¿Usted recibe ayuda de su familia para cuidar al niño?				
10. ¿Durante la estancia en el hospital se ha alejado de sus amistades?				

III.- Cuidado Físico

Alimentación

PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
11. ¿Usted realiza tres comidas al día?				
12. ¿En estos momentos usted come frutas, verduras y ensaladas?				
13. ¿Ahora sus comidas contienen carnes, pollo y huevo?				
14. ¿Incluyen sus comidas leche, yogurt, crema y queso?				
15. ¿En estos momentos sus comidas contienen frijoles, lentejas, garbanzos?				
16. ¿En estos momentos consume los 2 litros de agua recomendada durante el día?				
17. ¿Tiene un horario establecido para comer durante su estancia en el hospital?				
18. ¿Su alimentación se basa en tortas, galletas, jugos, chatarras, etc., ahora que está en el hospital?				

Higiene

PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
19. ¿Después de cada comida realiza aseo bucal?				
20. ¿Usted tiene la oportunidad de bañarse diario ahora que desempeña el rol del cuidador?				
21. ¿Usted tiene la oportunidad de realizar su cambio de ropa una vez al día?				

Descanso

PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
22. ¿Usted en estos momentos duerme ocho horas al día?				
23. ¿Ahora que el niño está hospitalizado, usted dedica un espacio para descansar?				
24. ¿Cuando le ayudan a realizar el rol de cuidador, usted realmente descansa?				

IV.- Cuidado emocional

PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
25. ¿Al cuidar a un niño quemado, usted siente tristeza?				
26. ¿Al cuidar a un niño quemado, usted siente miedo?				
27. ¿Al cuidar a un niño quemado, usted está preocupado (a)?				
28. ¿Siente usted que tiene habilidad para enfrentar esta situación?				
29. ¿Usted se siente capaz de resolver problemas que se le presenten en estos momentos?				
30. ¿Esta situación hace que usted se sienta impotente?				
31. ¿El personal de enfermería se interesa por su salud?				
32. ¿El personal de enfermería le ha proporcionado información de cómo realizar los cuidados hacia el paciente?				

33. ¿Le gustaría que le enseñaran como cuidar a un niño quemado?

- a) Si.
- b) No.

Escala de Likert: Nunca (0), Algunas veces (1), Casi siempre (2), Siempre (3).

“GRACIAS”

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad Autónoma de Querétaro.
Facultad de Enfermería.
Licenciatura en Enfermería.**



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Somos pasantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, y se está llevando a cabo una investigación que lleva por título “Plan de Cuidado de Enfermería para el Cuidador de Paciente Pediátrico con Quemaduras”.

El objetivo de la investigación es diseñar un plan de cuidados de Enfermería para el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras, para esto se diseñó un instrumento, el cual consta de 32 preguntas. El tiempo estimado para contestar el cuestionario será 15 minutos. El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio. No se dará ninguna compensación económica por participar. El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La participación es estrictamente voluntaria. El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

Si está de acuerdo en participar favor de llenar el presente formato yo:

He sido informado de los objetivos de la presente investigación.

Firma.

ANEXO 4

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS EN LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (cuadro 4.1)

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PARENTESCO DEL PACIENTE	
i) Papá,	
j) Mamá	2
k) Hermano	
l) Hermana	1
m) Tío	
n) Tía	
o) Abuelo	
p) Abuela	
q) Otro	
GÉNERO	
Masculino	
Femenino	3
EDAD	
18 a 27 años	1
28 a 37 años	1
38 a 47 años	1
48 a 57 años	
58 a 67 años	
NUMERO DE HIJOS	
Ninguno	
1	
2	2
3	1
4	
Mas	
TRABAJA	
SI	
NO	3
¿EN QUE?	
INGRESO ECONOMICO SEMANAL	
300 a 600 pesos	
700 a 1000 pesos	
1100 a 1400 pesos	3
1500 a 1800 pesos	
Mas	

PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
II. ASPECTOS GENERALES DEL CUIDADOR.				
7. ¿Requiere de ayuda para cuidar al niño en este momento?			1	2
8. ¿Usted deja de realizar otras actividades para venir a cuidar al niño?		1		2
10. ¿Durante la estancia en el hospital se ha alejado de sus amistades?		2	1	
9. ¿Usted recibe ayuda de su familia para cuidar al niño?		1	1	
III. CUIDADO FÍSICO ALIMENTACIÓN				
16. ¿En estos momentos consume los 2 litros de agua recomendada durante el día?		3		
12. ¿En estos momentos usted come frutas, verduras y ensaladas?			1	2
11. ¿Usted realiza tres comidas al día?		1		2
18. ¿Su alimentación se basa en tortas, galletas, jugos, chatarras, etc., ahora que está en el hospital?		1	2	
13. ¿Ahora sus comidas contienen carnes, pollo y huevo?		1	2	
17. ¿Tiene un horario establecido para comer durante su estancia en el hospital?	1	2		
14. ¿Incluyen sus comidas leche, yogurt, crema y queso?		1	1	1
15. ¿En estos momentos sus comidas contienen frijoles, lentejas, garbanzos?	1	1	1	

HIGIENE				
21.¿Usted tiene la oportunidad de realizar su cambio de ropa una vez al día?		2		1
20.¿Usted tiene la oportunidad de bañarse diario ahora que desempeña el rol del cuidador?		2	1	
19.¿Después de cada comida realiza aseo bucal?	1	1	1	
DESCANSO				
23¿Ahora que el niño está hospitalizado, usted dedica un espacio para descansar?		3		
24¿Cuando le ayudan a realizar el rol de cuidador, usted realmente descansa?		3		
22¿Usted en estos momentos duerme ocho horas al día?	1	1		1
IV. CUIDADO EMOCIONAL				
28¿Siente usted que tiene habilidad para enfrentar esta situación?		3		
30¿Esta situación hace que usted se sienta impotente?		3		
25¿Al cuidar a un niño quemado, usted siente tristeza?			2	1
32¿jj?			2	1
26¿Al cuidar a un niño quemado, usted siente miedo?		1	2	
31¿El personal de enfermería se interesa por su salud?		1	2	
29¿Usted se siente capaz de resolver problemas que se le presenten en estos momentos?		2	1	
27¿Al cuidar a un niño quemado, usted está preocupado (a)?	1		1	1
33¿Le gustaría que le enseñaran como cuidar a un niño quemado?				
SI	3			
NO				