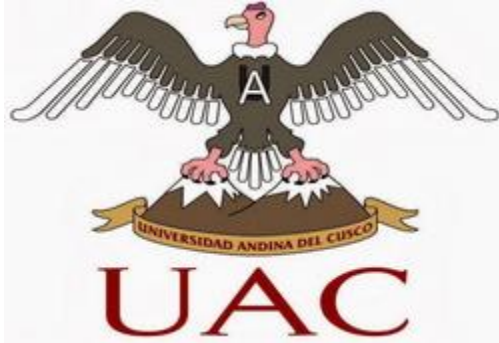




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUOLA PROFESIONAL DE MEDICIAN HUMANA



TESIS: EFECTO DE LAS CURACIONES EN LA RESILIENCIA E IMAGEN CORPORAL DEL PACIENTE QUEMADO EN EL HOSPITAL REGIONAL CUSCO, ENERO- JUNIO 2020

PRESENTADO POR:

BACH. VILLANUEVA ARIAS, DANNA MELANI

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR: DR. CARLOS ALBERTO VIRTO CONCHA

CUSCO – PERÚ

2020



AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, a mis padres, a mi hermano y a mi asesor por su apoyo durante este proceso de formación profesional de medicina.



DEDICATORIA

Dedico ésta tesis a Dios, a mis padres y a mi hermano, por todo su apoyo y comprensión en toda mi carrera, a su sacrificio para que logre mis sueños, gracias a ustedes por todo.



JURADO DE TESIS

REPLICANTE: PRESIDENTE DEL JURADO

DRA. BLGA ANGÉLICA ANCHARI MORALES

REPLICANTE;

DRA. MED CRISTABEL NILDA RIVAS ACHAHUI

DICTAMINANTE:

DR. MED ELMER AMADEO PALOMINO VEGA

DICTAMINANTE:

DR. MED ROBERT LUIS CHUMBIRAICO CHUMBIMUNI

ASESOR:

DR. MED CARLOS ALBERTO VIRTO CONCHA



ÍNDICE

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I 2

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 2

2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 4

 2.1 PROBLEMA GENERAL 4

 2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS 4

3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 4

 3.1 OBJETIVO GENERAL..... 4

 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 4

4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN..... 5

 4.1 Relevancia Social 5

 4.2 Implicancia Práctica..... 5

 4.3 Valor Teórico 5

 4.4 Utilidad Metodológica..... 5

 4.5 Viabilidad o factibilidad..... 6

5 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN..... 6

 5.1 Delimitación Temporal..... 6

 5.2 Delimitación Espacial 6

 5.3 Delimitación Conceptual 6

6 LIMITACIONES 6

CAPÍTULO II 7

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL..... 7

7 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 7

 7.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES..... 7

8 BASES TEÓRICAS..... 17

9 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS 54

10 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS 54

 10.1 Hipótesis general..... 54



10.2	Hipótesis específicas	54
11	Variables.....	55
11.1	Identificación de variables	55
12	DEFINICIONES OPERACIONALES.....	56
CAPÍTULO III		63
13	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
13.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	63
13.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	63
13.3	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
13.3.1	Descripción de la Población	63
13.3.2	Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo.....	63
13.3.3	Criterios de inclusión y exclusión	64
13.4	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	65
13.4.1	Técnicas.....	65
13.4.2	Instrumentos.....	66
13.5	PLAN DE ANALISIS DE DATOS.....	67
CAPÍTULO IV.....		68
14	RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	68
14.1	Resultados.....	68
14.2	Discusión	90
14.3	Conclusiones	102
14.4	Sugerencias	103
15	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
15.1	ANEXOS	112
Anexo 01: Consentimiento Informado.....		115
Anexo 02 : Ficha de Recolección de datos del paciente		116
Anexo 03: Escala de Resiliencia de Walding y Young.....		119
Anexo 04: Validación de Instrumento: Escala de Walding y Young.....		125
Anexo: 05 : Escala de Satisfacción con la Apariencia.....		128
Anexo 06: Validación de Instrumento de la Escala de Satisfacción con la Apariencia		134



Anexo 07: Carta de Aceptación de Aplicación de Tesis de Investigación en el Hospital Regional del Cusco 2020 137

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 68

Tabla 2: SEXO (GÉNERO) DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 68

Tabla 3: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 69

Tabla 4: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 69

Tabla 5: NÚMERO DE HIJOS DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 69

Tabla 6: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 70

Tabla 7: OCUPACIÓN Y/O TRABAJO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 70

Tabla 8: ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 70

Tabla 9: SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS) DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 71

Tabla 10: APOYO FAMILIAR A LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 71

Tabla 11: RELIGIÓN Y/O CREENCIAS DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 71

Tabla 12: AGENTE CAUSAL DE LA QUEMADURA 72

Tabla 13: ESTANCIA HOSPITALARIA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS 72

Tabla 14: LOCALIZACIÓN DE LA QUEMADURA EN EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE QUEMADOS 73

Tabla 15: PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA 73

Tabla 16: EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA 74

Tabla 17: VISIBILIDAD DE LA QUEMADURA SEGÚN EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE QUEMADOS . 74

Tabla 18: NÚMERO DE CURACIONES A LOS PACIENTES EN TÓPICO DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 75

Tabla 19: REALIZACIÓN DE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS A LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE QUEMADOS 75

Tabla 20: NÚMERO DE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS A PACIENTES EN LA UNIDAD DE QUEMADOS 75

Tabla 21: NECESIDAD DE INJERTOS DE PIEL A PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 76

Tabla 22: NÚMERO DE INJERTOS DE PIEL A LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS 76

Tabla 23: ESCALA DE RESILIENCIA EN PACIENTES QUEMADOS 76

Tabla 24: FACTORES DE LA RESILIENCIA EN PACIENTES QUEMADOS 77

Tabla 25: APARIENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL DE LOS PACIENTES QUEMADOS, EN RAZÓN A LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA APARIENCIA (SWAP) 78

Tabla 26: FACTORES DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA APARIENCIA 78

Tabla 27: ASOCIACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 79

Tabla 28: ASOCIACIÓN ENTRE SEXO (GÉNERO) Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 79

Tabla 29: ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 80

Tabla 30: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 80



Tabla 31: ASOCIACIÓN ENTRE EL AGENTE CAUSAL DE LA QUEMADURA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 81

Tabla 32: ASOCIACIÓN ENTRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA..... 81

Tabla 33: ASOCIACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 82

Tabla 34: ASOCIACIÓN ENTRE LA EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 82

Tabla 35: ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CURACIONES Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 83

Tabla 36: ASOCIACIÓN ENTRE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS Y EL NIVEL DE RESILIENCIA 83

Tabla 37: ASOCIACIÓN ENTRE INJERTOS DE PIEL Y EL NIVEL DE RESILIENCIA..... 84

Tabla 38: ASOCIACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y LA APARIENCIA CORPORAL..... 84

Tabla 39: ASOCIACIÓN ENTRE SEXO (GÉNERO) Y LA APARIENCIA CORPORAL 85

Tabla 40: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LA APARIENCIA CORPORAL 85

Tabla 41: ASOCIACIÓN ENTRE ESTANCIA HOSPITALARIA Y LA APARIENCIA CORPORAL 86

Tabla 42: ASOCIACIÓN ENTRE VISIBILIDAD DE LA QUEMADURA Y LA APARIENCIA CORPORAL..... 86

Tabla 43: ASOCIACIÓN ENTRE PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA Y LA APARIENCIA CORPORAL 87

Tabla 44: ASOCIACIÓN ENTRE EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA Y LA APARIENCIA CORPORAL..... 87

Tabla 45: ASOCIACIÓN ENTRE NÚMERO DE CURACIONES Y LA APARIENCIA CORPORAL 88

Tabla 46: ASOCIACIÓN ENTRE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS Y LA APARIENCIA CORPORAL 88

Tabla 47: ASOCIACIÓN ENTRE INJERTOS DE PIEL Y LA APARIENCIA CORPORAL 89

FIGURAS Y CUADROS

Cuadro 01: CLASIFICACIÓN DE QUEMADURAS SEGÚN PROFUNDIDAD.....112

Cuadro 02: TABLA DE LUND BROWDER.....112

Cuadro 03:REGLA DE LOS “NUEVE” DE WALLECE.....113

Cuadro 04: CRITERIOS DE GRAVEDAD DE QUEMADURAS.....114

Figura 01: DIAGRAMA DE LUND BROWDER.....113



RESUMEN

EFFECTO DE LAS CURACIONES EN LA RESILIENCIA E IMAGEN CORPORAL DEL PACIENTE QUEMADO EN EL HOSPITAL REGIONAL CUSCO, ENERO- JUNIO 2020

Antecedentes: Las curaciones y procedimientos durante la hospitalización del paciente quemado repercute no sólo en su estado físico, sino también en la esfera mental, por ello el objetivo de ésta investigación es determinar el efecto de las curaciones y/o procedimientos en la resiliencia e imagen corporal del paciente quemado durante su hospitalización.

Método: Es un estudio descriptivo, cuantitativo, correlacional y transversal, la muestra está conformada por 19 pacientes hospitalizados de la Unidad de Quemados del Hospital Regional del Cusco, entre las edades de 18 a 65 años, de ambos sexos, sin ninguna patología psiquiátrica de base.

Resultados: Se obtuvo que 26.3% fueron pacientes entre 32 – 38 años de edad, sexo femenino (57.8%), teniendo quemaduras con una extensión de 2% a 5% de superficie corporal, con una profundidad de espesor completo (52.6%) y con visibilidad de la lesión en un 84.2%.

Un menor número de curaciones se asocia a un nivel escaso de resiliencia (50%) ($p=0.003$), correlacionándose con un mayor número de procedimientos como son las limpiezas quirúrgicas y colocación de injertos implican un mayor nivel de resiliencia (62.5%) $p=0.001$ y (57.1%) $p=0.000$ respectivamente.

En cambio al realizarse el mayor número de curaciones se asocia a una satisfacción con la apariencia corporal (60%) ($p=0.005$), así mismo un menor número de limpiezas quirúrgicas implican una insatisfacción con la apariencia corporal (64.2%) ($p=0.000$).

Conclusiones: La resiliencia y la imagen corporal, son aspectos que cambian constantemente con las curaciones y procedimientos que se les realizan a los pacientes quemados.

Palabras claves: resiliencia, imagen corporal, curaciones, injertos de piel, limpiezas quirúrgicas.



SUMMARY

EFFECT OF HEALING ON THE RESILIENCE AND BODY IMAGE OF THE BURNED PATIENT AT THE REGIONAL HOSPITAL CUSCO, JANUARY-JUNE 2020

Background: The cures and procedures during the hospitalization of the burned patient have repercussions not only on their physical condition, but also on the mental sphere, therefore the objective of this research is to determine the effect of cures and / or procedures on resilience and image body of the burned patient during her hospitalization.

Method: It is a descriptive, correlational, cross-sectional and quantitative study, the sample is made up of 19 hospitalized patients from the Burns Unit of the Regional Hospital of Cusco, between the ages of 18 to 65 years, of both sexes, without any psychiatric pathology of base.

Results: It was obtained that 26.3% were patients between 32-38 years of age, female (57.8%), having burns with an extension of 2% to 5% of body surface, with a full thickness depth (52.6%) and with visibility of the injury by 84.2%.

A lower number of healings is associated with a low level of resilience (50%) ($p = 0.003$), correlating with a greater number of procedures such as surgical cleanings and graft placement imply a higher level of resilience (62.5%) $p = 0.001$ and (57.1%) $p = 0.000$ respectively.

On the other hand, the greater number of cures is associated with satisfaction with the body appearance (60%) ($p = 0.005$), likewise a lower number of surgical cleanings imply dissatisfaction with the body appearance (64.2%) ($p = 0.000$).

Conclusions: Resilience and body image are aspects that constantly change with the cures and procedures performed on burn patients.

Keywords: resilience, body image, healing, skin grafts, surgical cleanings.



INTRODUCCIÓN

Siendo las quemaduras eventos traumáticos, inesperados y devastadores para las personas con éstas lesiones, afectándoles a nivel físico por las cicatrices y las posibles pérdidas funcionales, a todo ello se añade el efecto que ocasiona a nivel psicológico, como es la insatisfacción con su apariencia corporal y sus interrelaciones sociales, los cuales influirán en la calidad de vida de éstos pacientes.



CAPÍTULO I

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las quemaduras constituyen un problema mundial de salud pública en la mayoría de los países; sobre todo las que son producidas por fuego, dando una cifra de más de 300,000 muertes por año en el mundo. Aún en los países de bajos y medianos ingresos económicos la incidencia son siete veces más elevadas actualmente.⁽¹⁾

Las quemaduras son situaciones prevenibles, sin embargo en el Perú no existe en la actualidad una cultura de prevención para así concientizar a la población sobre este hecho, las cuales se producen en el ámbito laboral y doméstico, y en caso de ser graves requerirán de atención médica e incluso de una hospitalización prolongada, con la consecuente desfiguración y discapacidad, generando rechazo y estigmatización, repercutiendo no solo a nivel individual sino también a nivel familiar⁽²⁾, por estos motivos la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo cataloga como una causa importante de morbilidad⁽³⁾.

Una de las narrativas de ésta experiencia se da en el libro “Perder la Piel” de Marta Allué, donde la autora describe su experiencia como paciente con quemaduras, narrando cómo la persona con secuelas aprende a vivir, los recuerdos del suceso permanecen aún en su memoria; así también en su libro “La Piel Curtida”, donde narra cómo las personas que sobrevivieron a episodios traumáticos cuentan sus relatos y estrategias que utilizaron para afrontar éstas situaciones adversas.⁽⁴⁾

Tras quemadura en casi dos tercios de los pacientes presentan secuelas psicológicas, por tal hecho sería necesario conocer la satisfacción de su aspecto corporal, como un factor



influyente en su tratamiento, a esto se añade cómo la persona hace frente a dicho estrés, en un proceso de adaptación activa, autocontrol, enfrentando los cambios en la percepción de su imagen, su autoestima, con desarrollo de comportamientos saludables, para así recobrar su estado emocional inicial .⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Actualmente la resiliencia e imagen corporal en el paciente quemado, no están ampliamente estudiados en nuestro medio, es por ello que en este estudio se decidió investigar dichos aspectos.



2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el efecto de las curaciones en la resiliencia e imagen corporal del paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio 2020?

2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Qué efecto ocasiona las curaciones en la resiliencia del paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio 2020?
- ¿Qué efecto ocasiona las curaciones en la imagen corporal del paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio 2020?

3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de las curaciones en la resiliencia e imagen corporal del paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio 2020.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el efecto de la curación en la resiliencia del paciente quemado hospitalizado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio 2020.

Determinar el efecto de la curación en la imagen corporal del paciente quemado hospitalizado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio 2020.



4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Relevancia Social

Al ser el Hospital Regional del Cusco, un centro de referencia a nivel regional y al contar con una Unidad de Quemados, este trabajo trata de lograr la mejor percepción y atención del personal de Salud hacia las necesidades psíquicas del paciente quemado hospitalizado y no solo en la parte física del paciente, siendo ambas importantes para el bienestar y pronta recuperación del paciente.

4.2 Implicancia Práctica

La evaluación del paciente quemado en su ámbito físico mental es accesible durante la hospitalización, con ello se ve al paciente de forma holística, dándole un mejor manejo para su recuperación.

4.3 Valor Teórico

Se presenta como un trabajo inédito en nuestro medio, con antecedentes y enfoques diferentes, ya que este estudio implica la relación entre la resiliencia e imagen corporal en pacientes quemados posterior a sus curaciones durante su hospitalización, aportando un valor científico importante.

4.4 Utilidad Metodológica

Con el presente trabajo se busca desarrollar protocolos y guías de evaluación en los pacientes quemados en el área mental, mejorando su tiempo de hospitalización.



4.5 Viabilidad o factibilidad

La presente investigación es viable, contando con el consentimiento informado del paciente y autorización del Hospital para su realización, además de tener las herramientas necesarias para su ejecución.

5 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Delimitación Temporal

Se realizó en los meses de Enero a Junio del año 2020.

5.2 Delimitación Espacial

Se realizó en la Unidad de Quemados del Hospital Regional Cusco.

5.3 Delimitación Conceptual

Para el diseño del proyecto se tomó en cuenta los siguientes términos: resiliencia, imagen corporal, quemaduras, curaciones, limpiezas quirúrgicas, injertos de piel.

6 LIMITACIONES

- Ante las circunstancias actuales (pandemia), no se obtuvo acceso a las bibliotecas locales en forma presencial.
- Debido a la coyuntura actual del país (pandemia), existió un limitado acceso de pacientes a la Unidad de Quemados del Hospital Regional Cusco.
- Al tener una población reducida de pacientes, se tomó en cuenta todos los tipos de quemaduras y las localizaciones de las quemaduras en los pacientes.
- No se presentó hasta la fecha un trabajo similar con las mismas variables tomadas en este trabajo de investigación.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

7 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Jing Han, Xue Ping Zhou y Col (China, 2020) en su trabajo “The Process Of Developing Resilience In Patients With Burn Injuries”, el objetivo es explorar el desarrollo de la resiliencia en pacientes con quemaduras durante su convalecencia, es un estudio cualitativo, se contó con 10 pacientes de 19 a 44 años, con quemaduras en áreas visibles y contractura cicatricial, en un Hospital General en China, con quemaduras del 16% al 50% TBSA (porcentaje total del área de superficie quemada), se utilizó entrevistas semiestructuradas con seis preguntas, resultando que los participantes lograran una resiliencia gradual, en conclusión se obtuvo los factores protectores internos que incluían esperanza, sinceridad, voluntad, creencia y curiosidad y como factores protectores externos eran las relaciones mutuas que reflejaban las cualidades de cuidado, apoyo, compartir, compromiso e intimidad.⁽⁷⁾

Andrade Quiguango, Hadith G. (Quito 2019) en su estudio de “Rasgos de Personalidad y Niveles de Resiliencia en personas con quemaduras: Unidad de Quemados, HCAM”, cuyo objetivo fue describir y analizar los rasgos de personalidad y niveles de resiliencia en personas con quemaduras de segundo y tercer grado, internados y de consulta externa en la Unidad de Quemados del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marin, fue un estudio de tipo descriptivo, de enfoque transversal, no experimental, se utilizó la Escala de



Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de los Cinco Grandes Rasgos o Factores de la Personalidad, en una muestra de 20 pacientes, resultando que el 55% obtuvo un mayor nivel de resiliencia, el 30% con una escasa resiliencia, el 15% una moderada resiliencia, dentro de los ítems de la escala, el 84% se debe al factor de Confianza en sí mismo; el 83% al factor Perseverancia y un 82% al factor Satisfacción Personal, en conclusión la mayor parte de la población investigada obtuvo una alta resiliencia, con el factor predominante Confianza en sí mismo. ⁽⁸⁾

Sinha I y col (Estados Unidos, 2019) en su estudio “Head And Neck Burns Are Associated With Long Term Patient, Reported Dissatisfaction With Appearance: A Burn Model System National Database Study”, con el objetivo de evaluar los efectos psicosociales y físicos de los sobrevivientes de quemaduras a nivel de cabeza y cuello (H&N) en comparación de pacientes con quemaduras en otras áreas del cuerpo (no H&N), es un estudio descriptivo, longitudinal, se obtuvo los datos de la base nacional del BMS, durante los 6, 12 y 24 meses después de la lesión, se utilizaron la escala de satisfacción con la apariencia (SWAP) y el componente mental de salud de formato corto 12 (SF-12 MCS), con una muestra de 697 adultos (373 con quemaduras H&N; 324 sin quemaduras H&N), resultando que el SWAP y SF-12 MCS fueron significativamente peores para adultos con quemaduras H&N en comparación con aquellos con quemaduras no H & N ($p < 0.01$).

En conclusión, las mujeres con quemaduras H&N tuvieron peores resultados que los hombres, además los sobrevivientes con quemaduras de H&N demostraron integración comunitaria, salud física y satisfacción con resultados de vida similares a los de los sobrevivientes con quemaduras no H&N. ⁽⁹⁾



Chen Ya Lin y colaboradores (Taiwan, 2018) en su trabajo “A Correlational Study of Acute Stress and Resilience Among Hospitalized Burn Victims Following the Taiwan Formosa Fun Coast Explosion”, siendo el objetivo explorar los predictores de resiliencia entre los pacientes con quemaduras en este desastre, al ser un estudio descriptivo transversal, con un total de 30 pacientes quemados, en un centro médico en el norte de Taiwán, utilizando la Escala de Resiliencia de Walding y Young y la Escala de estrés percibido. Su edad media era de 23 años, resultando un puntaje promedio de resiliencia de 132.7 puntos y el 46.6% tenían resiliencia moderada, asimismo los niveles de resiliencia y estrés se correlacionaron negativamente ($p < .001$), cada aumento de 1 punto en el nivel de estrés disminuyó la resiliencia en 1.69 puntos ($p < .001$) y 1.58 puntos que incluyen el nivel de estrés, el género y la educación ($p < .001$).

Se concluye que el nivel de estrés de los pacientes con quemaduras debe determinarse primero para mejorar la resiliencia y tener una mejor capacidad de recuperación. ⁽⁵⁾

Abrams Thereasa y colaboradores (Tennessee- EE.UU, 2018) en su trabajo de “Resiliency In Burn Recovery: A Qualitative Analysis”, como el fin de explorar la salud integral a largo plazo de los sobrevivientes adultos con quemaduras tratados en áreas rurales y sus factores de protección, siendo un trabajo cualitativo, descriptivo, utilizando entrevistas semiestructuradas, indagando aspectos social, emocional, físico, intelectual, ambiental, espiritual y profesional, fueron 8 los participantes, con edad media de 54 años, después de 9 años de transcurrida la quemadura, en los resultados se identificaron factores de protección de resiliencia como son: Habilidades de resolución de problemas, las luchas del dolor y la desfiguración, un fuerte apoyo social, aumento de la empatía afectiva, su



sentido del humor, en conclusión los factores protectores de la resiliencia mejoraron la recuperación de las secuelas por quemaduras.⁽¹⁰⁾

Ortega Ortega Stefany (Loja- Ecuador- 2018) en su trabajo “Resiliencia y su influencia en el tratamiento de las personas con quemaduras del Hospital General Isidro Ayora en la Ciudad de Loja”, cuyo objetivo fue analizar el nivel de resiliencia que presentan los pacientes con quemaduras durante su tratamiento en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, es un estudio de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo-analítico y transversal, con un total de 30 pacientes en edad de 18 a 65 años, se utilizó la escala de Resiliencia de Walding y Young, dando como resultados el 53% con altos niveles de resiliencia en dos semanas de hospitalización, 16,7% una resiliencia moderada con igualmente dos semanas de hospitalización y un 30% presento un nivel bajo de resiliencia con cuatro semanas de hospitalización, dentro de los factores de la resiliencia, un 36,7% fue para confianza en sí mismo, un 33% para perseverancia, un 10% para satisfacción personal, ecuanimidad y sentirse bien solo, como conclusión existe un nivel alto de resiliencia en este grupo de pacientes, con una evolución de heridas y recuperación de mínimo dos semanas.⁽¹¹⁾

Armstrong James y col. (Reino Unido, 2018) en su trabajo “ An Evaluation Of The Impact Of A Burn Camp On Children And Young People’s Concerns About Social Situations, Satisfaction With Appearance And Behaviour”, con el objetivo de evaluar la satisfacción corporal e impacto social en niños y jóvenes, en un campamento para personas con quemaduras; es un estudio mixto (cuantitativo y cualitativo), con un total de 23 participantes entre 10 a 17 años, fue un mes antes, el ultimo día y tres meses después del campamento, utilizando: cuestionario del bienestar social (SCQ), escala de Satisfacción



con la Apariencia (SWAP), resultando en el SWAP, los participantes informaron sentirse más satisfechos con su apariencia en el último día de campamento, mejorando en el seguimiento ($p=0,003$), en conclusión el campamento de quemados ayuda a mejorar la satisfacción de los jóvenes quemados con su apariencia y preocupaciones sobre situaciones sociales.⁽¹²⁾

Wiechman S. y col (Washington, 2018) cuyo estudio es “ The Relation Between Satisfaction With Appearance And Ethnicity”, con el objetivo de determinar el impacto entre la satisfacción con la apariencia y el origen étnico post quemadura y cómo repercute en la integración social, es un estudio correlacional, descriptivo, longitudinal, con recopilación de la base de datos de Burn Model System (BMS), se utilizó la Escala de Satisfacción de la Apariencia (SWAP) y el Cuestionario de Integración Comunitaria (CIQ) en el alta a los 6, 12 y 24 meses, contó con 1220 personas, con una edad media de 40 años, dividiéndose el origen étnico (blancos, no hispano vs no blanco), en promedio los participantes blancos informaron tener mayor satisfacción de su apariencia y se integraron mejor a la comunidad en comparación a los participantes no blancos, el SWAP se asocia significativamente con CIQ ($p=0.001$), se concluye que los sobrevivientes de quemaduras que se identificaron como no blancos están más insatisfechos con su apariencia, afectando la integración nuevamente a la comunidad.⁽¹³⁾

Ghriwati Nour y col (Virginia, 2017) en su estudio “Two Year Gender Differences In Satisfaction With Appearance After Burn Injury And Prediction Of Five Year Depression: A Latent Growth Curve Approach”, cuyo objetivo es realizar la curva de crecimiento para examinar la trayectoria de satisfacción en 2 años de la apariencia en adultos con lesiones



por quemaduras y el efecto en la depresión a los 5 años, es un estudio longitudinal, cuantitativo, con datos del BMS, la muestra fue de 720 adultos, se utilizó la escala Satisfacción con la Apariencia (SWAP) y Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), resultando puntajes de SWAP se correlacionaron con los puntajes de depresión a los 5 años ($p < .001$). Los puntajes de TBSA y de género se asociaron significativamente con SWAP ($p < .001$), los pacientes con TBSA mayor tenían más depresión debido a una peor satisfacción con la apariencia a los 6 meses, concluyendo que las mujeres obtuvieron más alta insatisfacción con su apariencia en comparación a los hombres, TBSA más extensas informaron una mayor insatisfacción corporal.⁽¹⁴⁾

Mi Heui Jang y col (Corea del Sur, 2017) en su trabajo “Factors Influencing Resilience Of Burn Patients In South Korea”, siendo su objetivo examinar e identificar los factores que influyen en el grado de resiliencia entre los pacientes quemados coreanos, siendo un trabajo descriptivo, transversal, con una muestra de 138 pacientes quemados en el hospital H, Seúl. La edad promedio fue de 47 años. Se utilizó el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de ansiedad por rasgos, la escala de autoestima, la escala de apoyo familiar y la escala de resiliencia, dando como resultados el modelo de predicción para la resiliencia fue significativo ($p < .001$). El factor que resultó tener la mayor influencia fue la autoestima ($\beta = .35$), seguido del apoyo familiar ($\beta = .29$), como conclusión la autoestima es un predictor principal de resiliencia entre los pacientes con quemaduras, seguido del apoyo familiar.⁽¹⁵⁾

Waqas Ahmed (Pakistan, 2016) en su estudio “Social Support and Resilience Among Patients with burns Injury in Lahore, Pakistan”, cuyo objetivo fue comparar los niveles de resiliencia al ego y el grado de apoyo social en pacientes con lesiones por quemaduras y sus



contrapartes saludables, siendo un trabajo de tipo caso control, realizándose en dos hospitales universitarios en Lahore, se utilizó un cuestionario con: demografía, las versiones en urdu de la Escala de Resiliencia del Ego (ER-89) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), se contó con 80 pacientes con quemaduras y 80 controles sanos. La edad media fue de 35 años, el tiempo transcurrido desde la lesión fue de 6 años, como resultados no hubo diferencias significativas en la proporción de género, nivel educativo y antecedentes entre pacientes con quemaduras y sus contrapartes sanas, no se informaron diferencias significativas en los puntajes en la escala de resiliencia del ego entre estos dos grupos, en conclusión los pacientes con quemaduras perciben bajos niveles de apoyo social, pero los niveles de resiliencia no fueron significativamente menores de sus contrapartes saludables.⁽¹⁶⁾

Massod A, Masud Y. y Mazahir S. (Pakistan, 2015) en su trabajo “Gender Differences In Resilience And Psychological Distress Of Patients With Burns”, con el objetivo de explorar las diferencias de género en la resiliencia y angustia psicológica de los pacientes con quemaduras, es un trabajo descriptivo, diseño transversal, la muestra de 50 pacientes, en cuatro hospitales principales de Lahore, entre edad de 16 a 48 años, se utilizaron las Escalas de Resiliencia de Rasgos y la Escala de Angustia Psicológica de Kessler, junto con un cuestionario demográfico autoconstruido. Los resultados de la investigación revelaron diferencia de género significativa en la resiliencia entre hombres y mujeres, $p=0.04$ y $p=0.019$ respectivamente, lo que significa que los hombres son más dependientes de los demás y tienen más fuerza interna, además que los pacientes que tienen más apoyo social, tienen más fuerza interna, como conclusión existe diferencias de género significativas en la



resiliencia y la angustia psicológica de los pacientes con quemaduras, indicando que la desfiguración era la principal preocupación.⁽¹⁷⁾

Hodder Kellie y col (Australia-2014) en su trabajo “ A Thematic Study of the Role of Social Support in the Body Image of Burn Survivors”, donde el objetivo fue explorar como el apoyo social impacta en la satisfacción de la imagen corporal de los sobrevivientes de quemaduras, en un hospital en el sur de Australia, siendo un estudio cualitativo, transversal, con una muestra de 9 sobrevivientes de quemaduras de 24 a 65 años, se utilizó entrevistas abiertas, dentro de los resultados, el apoyo social fue un factor importante para aceptar su cuerpo, existían pensamientos si la quemadura estuviera en otra zona del cuerpo, al tener las lesiones en la etapa adulta lo consideraban menos cambiante, consideraron a la lesión como una perdida irreversible del yo, en conclusión, la importancia del apoyo social es importante para la rehabilitación de éstos pacientes.⁽¹⁸⁾

Arancibia Raúl (Bolivia,2014), en su trabajo de “Imagen corporal, autoconcepto y depresión en adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la fundación pro-centro del quemado”, siendo su objetivo de determinar si existe relación entre la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión en los adolescentes con secuelas de quemaduras, siendo un trabajo transversal, correlacional, con una muestra de 20 adolescentes, entre 12 y 19 años, se utilizó una entrevista abierta, cuestionario de autoconcepto AF-5 e Inventario de depresión infantil (CDI), con los resultados consideran a la quemadura: el 50% es un atributo físico resaltante a la vista, el 27,8% lo considera como un rasgo negativo de apariencia, el 44,4% se sienten poco atractivos, el 72,2% ya lo considera como parte de su imagen corporal, el 72,2% reporta tristeza por la cicatriz, el 44,5% indica anhelos de una



curación total de las secuelas, concluyendo que las opiniones optimistas no implica necesariamente aceptación ni satisfacción con la apariencia postquemadura.⁽¹⁹⁾

Yang Zhen y colaboradores (China, 2011-2012) en su estudio “Factors Influencing Resilience In Patients With Burns During Rehabilitation Period”, cuyo objetivo fue investigar los factores que influyen en los niveles de resiliencia en pacientes con quemaduras durante la rehabilitación y orientación e intervención de crisis psicológicas, siendo un estudio descriptivo, cuantitativo, con una población de 129 sujetos, en edades entre 18 y 60 años, se utilizaron la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC) y la Escala de Calificación de Apoyo Social (SSRS), dando como resultados que pacientes con quemaduras severas tuvieron puntajes más altos de tenacidad y factor de fuerza en comparación con pacientes con quemaduras moderadas o leves ($p < 0.05$), el sexo femenino mostraron puntuaciones significativamente más altas de resiliencia y optimismo que los pacientes de sexo masculino, como conclusión el puntaje general de resiliencia de los pacientes con quemaduras estaba en un nivel medio. (20)

Thombs y col, (Baltimore, 2008) en su trabajo “ From Survival to Socializacion : A longitudinal Study of Body Image in Survivors of Severe Burn Injury”, sus objetivos fueron determinar la trayectoria de la insatisfacción de la imagen corporal y su papel en el funcionamiento psicosocial, siendo un estudio longitudinal, descriptivo, con una muestra de 79 pacientes, en la hospitalización, a los 6 y 12 meses, se utilizó el SWAP y el SF-36, como resultado que el sexo femenino ($P < .05$), el TBSA extensas ($P < .01$) y la importancia de la apariencia ($P < .01$) predijeron la insatisfacción de la imagen corporal, en



los tres periodos de evaluación, en conclusión existe angustia de la imagen corporal durante la hospitalización y después del alta.⁽²¹⁾

Pope SJ, Solomons W y col (Reino Unido , 2007), cuyo trabajo “ Body Image, Mood And Quality Of Life In Young Burn”, con el objetivo de comparar jóvenes quemados con los que no son, es un estudio caso- control, con una muestra de 36 pacientes, con edad media de 15 años, grupo control de 41 jóvenes sanos, con una edad media de 15 años, se utilizó la Escala de estimación corporal, la Escala de satisfacción con la apariencia (SWAP), el Inventario de depresión de Beck II, resultando que los sobrevivientes de quemaduras obtuvieron evaluaciones significativamente más positivas de cómo otros ven su apariencia ($p = 0.018$) que el grupo de control, además que los jóvenes tienen más insatisfacción con las partes quemadas que las no quemadas ($p = 0.000$), en conclusión los jóvenes sobrevivientes de quemaduras parecen estar lidiando positivamente a pesar de vivir con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las quemaduras.⁽²²⁾

Fauerbach JA y col (Baltimore, 2000) cuyo trabajo “ Effect Of Early Body Image Dissatisfaction On Subsequent Psychological And Physical Adjustment After Disfiguring Injury”, su objetivo es determinar el impacto de la insatisfacción de la imagen corporal en la calidad de vida posterior a la quemadura con un grupo con y sin insatisfacción con la imagen corporal, es un estudio caso control, con una población de 86 pacientes , en los resultados en el grupo con insatisfacción de la imagen corporal encontraron un ajuste psicosocial significativamente menor ($p < 0,01$), un funcionamiento físico significativamente ($p < 0,03$), como conclusión la insatisfacción de la imagen corporal afecta la calidad de vida después de una lesión por quemaduras graves.⁽²³⁾



8 BASES TEÓRICAS

I. QUEMADURAS

A. DEFINICIÓN

Se define como la destrucción de algunas o todas las células de la piel u otros tejidos producidos por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos. ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

B. MECANISMO DE ACCIÓN

b.1 Calor : La temperatura, duración de contacto y el grosor de la piel pueden determinar la profundidad de la lesión térmica. ⁽²⁶⁾ Cualquier fuente de calor puede llegar a producir muerte celular y coagulación de proteínas. ⁽²⁷⁾ La mayoría de este tipo de quemaduras involucran a la epidermis y parte de la dermis. Las más comunes se asocian con llamas, líquidos calientes, objetos sólidos calientes y vapor. ⁽²⁶⁾

b.2 Por descarga eléctrica - La energía eléctrica se transforma en calor, la magnitud de la lesión depende de la vía de la corriente, la resistencia al flujo de corriente a través de los tejidos, la fuerza y la duración del flujo de corriente, ⁽²⁵⁾ suelen afectar la piel y tejidos subyacentes. ⁽²⁷⁾

b.3 Productos químicos: Pueden provocar alteración del pH, de las membranas celulares y los efectos tóxicos sobre los procesos metabólicos. Los factores incluyen la duración de la exposición, la naturaleza del agente, dando la gravedad de la lesión. En caso de sustancias ácidas provoca la necrosis por coagulación del tejido, en cambio las alcalinas ocasionan necrosis por licuefacción. ⁽²⁵⁾

b.4 Radiación: La energía de radiofrecuencia o la radiación ionizante pueden dañar la piel y los tejidos. El tipo más común es la quemadura solar. Depende de la dosis, el tiempo de exposición y el tipo de partícula que determinarán la profundidad.⁽²⁵⁾

C. FISIOPATOLOGÍA

La piel es un órgano que al perder su integridad, produce los siguientes efectos principales: pérdida de líquidos, pérdida de calor y pérdida de la acción de barrera frente a los microorganismos, con ello aumenta la susceptibilidad de la infección. Secundario a la quemadura, ocurre la destrucción celular ocasionando la generación de toxinas y activación de liberación de sustancias inflamatorias y vasoactivas (histamina, serotonina, prostaglandinas, tromboxanos, leucotrienos, citoquinas, radicales libres) ello desencadena una reacción inflamatoria local y la aparición del edema, flictenas y exudado seroso.⁽²⁸⁾

Las heridas por quemaduras incluye tres zonas de lesión: zona de coagulación, zona de estasis y zona de hiperemia.⁽²⁹⁾

La región de coagulación representa el tejido que fue destruido en el momento de la lesión, en ésta zona el daño al tejido es irreversible.⁽²⁴⁾ Está rodeado por una zona de estasis, con inflamación y bajos niveles de perfusión, es una región con grado moderado de lesión, esta zona podría recuperarse restituyendo la perfusión al tejido o puede evolucionar a una necrosis dentro de las primeras 48 horas luego de la lesión térmica, logrando que la quemadura se expanda en área y profundidad,⁽²⁴⁾ y la zona más periférica es de la hiperemia, donde la perfusión microvascular no se ve afectada, con una importante



vasodilatación, con tejido viable sin riesgo de necrosis y que en general se recupera sin mayor dificultad.^{(24) (29)}

En quemaduras mayores de 10% de Superficie Corporal Quemada (SCQ), provoca un aumento en la permeabilidad capilar, no solo del área quemada, sino de forma generalizada a todos los órganos, ocasionando una extravasación de proteínas y provocando que el líquido salga hacia el compartimiento extravascular y junto a los mediadores inflamatorios, dan como resultado la formación de edema en el tejido no quemado.⁽²⁸⁾ La lesión térmica induce un estado de inmunosupresión que predispone a los pacientes a sepsis y falla multiorgánica.⁽²⁹⁾

D. CLASIFICACIÓN

d.1 *SEGÚN LA PROFUNDIDAD:*

Anteriormente las quemaduras se clasificaban en primer, segundo, tercer o cuarto grado, actualmente se utiliza un sistema para determinar si existe la necesidad de intervención quirúrgica, ya que la profundidad determina el tiempo de curación y/o la necesidad de uso de injerto quirúrgico,⁽³⁰⁾ la clasificación es la siguiente:

- ✓ Quemaduras superficiales
- ✓ Quemadura de espesor parcial superficial
- ✓ Quemadura de espesor parcial profundo y
- ✓ Quemadura de espesor total o completo ⁽²⁵⁾

El término de cuarto grado, se usa para describir las quemaduras más graves, quemaduras que se extienden hacia el tejido blando subcutáneo y puede incluir vasos subyacentes, nervios, músculos, huesos y / o articulaciones.⁽³¹⁾

Además las quemaduras no suelen ser uniformes en profundidad, pueden existir componentes profundos y superficiales, son dinámicas y pueden progresar a heridas más profundas, por tal razón se necesita varios días para una determinación final.⁽³¹⁾

a) Quemaduras Superficiales o Epidérmicas: Incluyen solo la capa epidérmica de la piel. Dentro de sus características son: Dolorosas, no forman ampollas, acompañado de eritema y palidecen con la presión, conservan la integridad de la piel.^{(32) (33)} Durante el transcurso de dos o tres días, el dolor y eritema disminuyen, para el día 4 aproximadamente, el epitelio lesionado se separa de la epidermis recién curada. Generalmente estas lesiones se curan en seis días sin dejar cicatrices. Es común ver este proceso en quemaduras solares.⁽³³⁾

b) Quemaduras de Espesor Parcial: Abarcan la epidermis y porciones parciales de la dermis. Se pueden subdividir en superficiales y profundas.⁽³³⁾

b.1 Espesor parcial superficial: Abarca hasta la dermis superficial, formando ampollas dentro de las 24 horas. Son dolorosas, rojas y palidecen con la presión. Generalmente sanan dentro de los 7 a 21 días; las cicatrices son inusuales o pueden ser mínimas, con un posible cambio en la pigmentación.⁽³⁴⁾

b.2 Espesor parcial profundo: Extendiéndose hasta la dermis profunda, dañando los folículos pilosos y el tejido glandular. Son dolorosos a la presión, casi siempre se



ampollan, son secos y tienen una coloración moteada variable de blanco, amarillo a rojo, no palidecen con la presión. Al prevenirse la infección, las heridas sanan espontáneamente sin injertos, aproximadamente en dos a nueve semanas. Podrían ocasionar cicatrices hipertróficas e incluso si involucran una articulación podría ocasionar disfunción articular. ^{(34) (25)}

c) *Quemaduras de Espesor Completo o Total*: Afectando el espesor completo de la piel, lesionando estructuras subcutáneas subyacentes. Su apariencia puede ser blanca, negra o marrón, siendo una piel seca e inelástica, con escara quemada, dermis muerta y desnaturalizada, que generalmente está intacta, cuando se separa revela un lecho de tejido de granulación sin cicatrizar. Los pelos se pueden extraer fácilmente de los folículos pilosos. No desarrollan vesículas ni ampollas, además que suelen ser anestésicas o hipoestésicas e incluso podrían simular la piel normal, excepto que la piel no palidece con la presión. Sin cirugía, éstas heridas sanan por contractura, con epitelización alrededor de los bordes de la herida. ^{(34) (25)} (Anexo: cuadro 1)

d.2 *SEGÚN SU EXTENSIÓN*:

Dentro de las primeras horas de un paciente con quemadura es fundamental la evaluación de la extensión de la misma por las posibles repercusiones sistémicas, ya que depende de la pérdida de la función de la piel y el tamaño del área afectada. ⁽³⁵⁾

La extensión de las quemaduras se estima y se expresa con el porcentaje total del área de superficie corporal (TBSA) afectada. Las quemaduras superficiales (de primer grado) no se incluyen en el porcentaje de evaluación de quemaduras TBSA. ⁽²⁵⁾



Dentro de los métodos de estimación para determinar la extensión de la quemadura se encuentran:

a) *Método de la palma*: Las quemaduras pequeñas o irregulares se pueden aproximar utilizando el área de la superficie de la palma del paciente. La palma de la mano del paciente, excluyendo los dedos, es aproximadamente el 0.5 por ciento del área total de la superficie corporal, y toda la superficie palmar, incluido los dedos, es del 1 por ciento en niños y adultos, aunque esta medición es solo aproximada, es un método bastante útil para una determinación inmediata, sobretodo en quemaduras irregulares que supera el 15% de TBSA en adulto y el 10% en niños para así iniciar la terapia de rehidratación de urgencia.⁽³⁵⁾⁽²⁵⁾

b) *Diagrama de Lund y Browder*: Es el método más preciso para estimar TBSA tanto para adultos como para niños, considera la variación en la forma del cuerpo respecto a la edad. Este método tiene mayor precisión para los niños debido a que tienen cabezas proporcionalmente más grandes y extremidades inferiores más pequeñas.^{(25) (35)} (Anexo: cuadro 2)

c) *Regla de los nueve*: Es el método más utilizado y rápido para estimar el TBSA en adultos dando la siguiente referencia:⁽²⁵⁾ (Anexo: cuadro 3) (figura 1)

La cabeza representa el 9 por ciento de TBSA.

Cada brazo representa el 9 por ciento de TBSA.

Cada pierna representa el 18 por ciento de TBSA.

El tronco anterior y posterior representa cada uno el 18 por ciento de TBSA.⁽²⁵⁾

d.3 SEGÚN LA LOCALIZACIÓN:

Según la localización de la quemadura, existen áreas del cuerpo denominadas zonas especiales o de mayor gravedad que son la cara, cuello, manos, pies, genitales, zona perineal y zonas de flexión, debido a que presentan gran movilidad y aunque no son de compromiso vital se consideran de suma gravedad por mayor riesgo de secuelas funcionales y estéticas. ⁽²⁵⁾

E. ESTIMACIÓN DE LA GRAVEDAD

La Asociación Americana de Quemaduras ha clasificado las quemaduras en: menores, moderadas y mayores, basándose principalmente en la profundidad, el tamaño y la localización de la quemadura, los cuales determinarán el tratamiento como el pronóstico. ⁽³⁶⁾

(Anexo: cuadro 4)

F. CURACIONES DE LAS QUEMADURAS

Al ser una quemadura una herida abierta, el principal objetivo es el cierre de la misma, con limpieza, desbridamiento y cuidado local de la herida, y otros requerirán escisión quirúrgica e injerto de piel para una pronta recuperación. ⁽³⁷⁾ La cicatrización de heridas por quemaduras es un proceso dinámico. ⁽³⁸⁾

La estadía hospitalaria por una quemadura, es generalmente larga, requiere semanas o meses para el cierre de las heridas. ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾

Al momento de iniciar las curaciones, se limpiarán suavemente con desinfectante para la piel o el uso de agua y jabón suaves, generalmente se hará un desbridamiento con técnicas



mecánicas suaves ya sea con el cepillado y raspado, si es necesario se podrá hacer un desbridamiento más agresivo con cepillos quirúrgicos, posteriormente se usará gasas suaves humedecidas.⁽⁴¹⁾ En caso de ser necesarias se aplica agentes y antimicrobianos tópicos,⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾ como son la bacitracina, polimixina, agentes que contienen plata, clorhexidina, povidona yodada.⁽³⁸⁾ Posteriormente se cubrirá con materiales de apósito o vendajes (por ejemplo: gasa, películas no adherentes)⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾ El uso de corticoides tópicos que aún es controvertido y actualmente no se aconseja, debido a que puede dificultar la cicatrización y favorecer la sobreinfección.⁽³⁶⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁶⁾

En quemaduras de espesor parcial, en caso de las ampollas aún no hay un consenso claro, algunos expertos opinan que las ampollas intactas presentan un mayor riesgo de infección, pueden seguir expandiéndose sobre las superficies contiguas, los componentes del líquido de la ampolla perjudicaría la cicatrización de la herida y no dejarían la evaluación precisa de la profundidad de la quemadura; en cambio otros expertos opinan que la ampolla actuaría como barrera de protección contra la infección, que el líquido de la ampolla proporciona beneficios para la curación de la herida, ayudando en la desecación de la misma.⁽⁴⁷⁾

Generalmente heridas que requieran más de 2 a 3 semanas en reepitelizar tienen una alta probabilidad de convertirse en una cicatriz hipertrófica, por lo que se deberá considerar la escisión de la herida (extirpar la quemadura a un tejido viable) y cobertura de injertos / colgajos de piel extraídos de otro sitio dador (se “afeita” hasta la dermis y que sean gruesos),⁽³⁹⁾ como son el caso de quemaduras profundas (de espesor parcial profundo y espesor total).⁽³⁹⁾⁽⁴¹⁾⁽³⁹⁾ Las coberturas provisionales son productos biológicos y



biosintéticos (hidrocoloides, hidrogeles o poliuretano), son utilizados posterior a una cirugía para proteger los injertos o los sitios donantes, con el fin de reducir el número de cambios de apósitos, que al ser semipermeables hacen que el exudado de la herida sea absorbido por su apósito externo. ⁽⁴⁸⁾

G. DOLOR EN LA QUEMADURA

El dolor por quemadura es nociceptivo, debido a las lesiones en los receptores dérmicos, que alteran la percepción y modulación de los estímulos dolorosos ⁽⁴⁹⁾. Una quemadura es la combinación de heridas dérmicas profundas, con áreas superficiales, por ello presentará también zonas con terminaciones nerviosas intactas. ⁽⁵⁰⁾

A medida que las heridas por quemaduras comienzan a sanar, dicho dolor ocasiona una sensación punzante o de ardor constante. ⁽⁵⁰⁾ Es por ello que las quemaduras son consideradas entre las formas de trauma o agresión física más dolorosas y graves que una persona pueda sufrir. ⁽⁴⁹⁾ Es así que el dolor de una quemadura persiste en todas las etapas del tratamiento, estrés postraumático e incluso retraso en la cicatrización de las heridas. ⁽⁵¹⁾ Por ello Patterson (2004), sostiene que el dolor por quemaduras es uno de los más difíciles de tratar entre las causas del dolor agudo y más aún por las terapias que se utilizan, ya que lo exacerban, como es en el cambio de apósitos, escisión de escaras, injertos de piel e incluso la fisioterapia pueden provocar por si mismos un dolor equivalente o peor a la lesión inicial. ⁽⁵¹⁾ Además que cada individuo experimenta el dolor de una forma diferente, debido a los variables umbrales del dolor, a pesar que entre pacientes puedan tener lesiones similares. ^{(51) (51)}



II. RESILIENCIA

A. DEFINICIÓN

Etimológicamente la palabra resiliencia proviene del **latín resilio**, cuyo significado es volver atrás, de un salto, rebotar, resaltar.⁽⁵²⁾ Garmezy, considerado uno de los pioneros de la investigación sobre resiliencia en la psicología, en el año 1973 publicó sus primeros estudios en base a la esquizofrenia y la psicopatología en niños con condiciones estresantes, observando que existían algunos pacientes que demostraron adaptación conductual positiva, por tal razón sugirió la existencia de recursos psicosociales que hacían contraposición a la influencia negativa de un evento adverso, promoviendo dicha adaptación.⁽⁵³⁾

Según Forés y Granés (2008), Rutter (1999), denominan resiliencia a la capacidad de sobreponerse, recuperarse y salir fortalecido de un evento psicosocialmente estresante. Para Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2003), es una capacidad de la persona para continuar proyectándose en el futuro a pesar de sucesos desestabilizadores, situaciones traumáticas o condiciones de vida difíciles.⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵⁴⁾

Para Luthar (1993), Sinclair y Wallston (2004), la resiliencia no es una característica de la personalidad sino una forma de cómo afrontar la adversidad, con el uso de estrategias conductuales y cognitivas.⁽⁵⁴⁾

La Sociedad Americana de Psicología define la resiliencia, como un proceso de “recuperación” de experiencias difíciles y su adaptación ante las adversidades o fuentes importantes de estrés.⁽⁵⁵⁾



Según García Vesgas y Domínguez (2013), la resiliencia tiene cuatro supuestos: a) La relación con la adaptabilidad positiva, superará a la exposición del riesgo y vulnerabilidad, b) La capacidad para afrontar la adversidad exitosamente, c) La interacción constante entre factores externos e internos y d) La interrelación activa y dinámica de los múltiples factores.⁽⁵⁶⁾ ⁽⁵⁶⁾

Dentro de las definiciones que son más consensuadas está la de Luthar, Cicchetti y Becker (2000), Masten y Powel (2003), Poletto y Koller (2006), que la refieren como un proceso dinámico, llevándola a la adaptación positiva dentro de contextos con gran adversidad y riesgos, donde son claves 3 elementos: El proceso, la adversidad y la adaptación positiva.⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾

Rutter (1993) no considera a la resiliencia como un rasgo o atributo fijo, ni es para toda la vida o perpetua, tampoco sucede a cada minuto, ni bajo todas las circunstancias imaginables ni mucho menos se nace resiliente, tampoco se adquiere durante el desarrollo, sino que se trata de un proceso interactivo entre las personas y su medio frente a una situación de riesgo, por lo tanto es un proceso útil hasta que se tenga mejores recursos para hacerle frente a la adversidad.⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁹⁾

Las definiciones de resiliencia son diversas y abundantes, ya que el concepto de resiliencia ha ido evolucionando desde épocas antiguas, donde los investigadores buscaban identificar los factores de riesgo y de protección que influían en el desarrollo, ya que antes se le consideraba como un rasgo de personalidad.⁽⁵⁵⁾ ⁽⁶⁰⁾ ⁽⁵⁵⁾ ⁽⁶⁰⁾

Finalmente el concepto de resiliencia se considera como un proceso dinámico, para la adaptación positiva dentro de un marco adverso, cuyo resultado psicológico de dichas experiencias sean positivas.^{(57) (56)}

B. PATRONES DE LA RESILIENCIA:

Para Olsson (2003), la resiliencia es una cualidad elástica, una capacidad exitosa de adaptación en un contexto cambiante y con patrones particulares de conducta, siendo un proceso dinámico con interacción entre factores de riesgo y protección, tanto interno y externo del individuo, para así modificar los efectos de un evento.⁽⁵²⁾

Según Polk (1997) elaboró 26 características, que posteriormente se redujo a seis atributos:

1) Psicosociales, 2) Físicos, 3) Roles, 4) Relaciones, 5) Solución de problemas y 6) Creencias filosóficas, que al final fueron combinados, llegando a crear una clasificación de cuatro patrones que constituirían la resiliencia:^{(52) (61)}

- a) *Patrón disposicional*: Se refiere a los aspectos físicos y psicológicos que se relacionan con el ego.^{(52) (61)}
- b) *Patrón relacional*: Son los roles y relaciones que involucran aspectos propios de la persona (parte intrínseca), así como factores sociales externos (red social).^{(52) (61)}
- c) *Patrón situacional*: Describe la habilidad de solucionar problemas, con valoración cognitiva y evaluando de forma realista las acciones y con ello asumir las consecuencias de dicha acto.^{(52) (61)}



d) *Patrón filosófico*: Con relación a las creencias personales, el autoconocimiento y la reflexión sobre uno mismo y los eventos externos, dando un significado a la vida. ⁽⁵²⁾ ⁽⁶¹⁾

C. FACTORES DE RESILIENCIA

Para Becoña (2006), la resiliencia lo define como un proceso dinámico, adaptado a situaciones adversas, con interacción entre los factores de riesgo y de protección, correspondientes al individuo y la parte social. ⁽⁶²⁾

En el Perú, Salgado (2004), creó un instrumento de medición de la resiliencia, donde evaluó los factores personales como son: La autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad, en niños de 7 a 12 años de edad, elaborando una escala denominada: “Inventario de Factores Personales de Resiliencia”, que para varios autores son considerados como factores protectores. ⁽⁶³⁾

La resiliencia se asocia a dichos factores protectores que la promueven, que cumplen una función amortiguadora ante el impacto de estresores, revirtiendo o alterando los resultados negativos. ⁽⁶⁴⁾

Según Gonzáles Arratia (2011) describe a la resiliencia como la combinación e interacción de características y atributos de la persona (factores internos) y su entorno familiar, social y cultural (factores externos), que le harían superar la adversidad y los riesgos de forma constructiva. ⁽⁶⁵⁾



c.1 Factores protectores: Son las condiciones variables de la persona y del contexto, capaces de favorecer el desarrollo del individuo o grupos, para potenciar la capacidad de resistir conflictos, manejar el estrés y disminuir los efectos de circunstancias desfavorables.^{(66) (67)}

c.2 Factores de riesgo: Representan los aspectos individuales, familiares y del entorno, siendo acciones pasivas y activas, ocasionando resultados probablemente negativos para el bienestar individual o en algún aspecto del desarrollo emocional y/o conductual de la persona. (Barcelata- 2015; Dekovic- 2005; Hein- 2004; Rutter- 2003).^{(67) (68) (69)}

El estudio de Wolin y Wolin (1993), tuvo como objetivo el identificar los factores que protejan a la persona, para luego estimularlos y fomentarlos, obteniendo los resultados siguientes:^{(61) (69)}

- a) *Introspección:* Es la percepción de las emociones, pensamientos y de sus propios actos, dando una visión realista del ser, para mejorar las decisiones.^{(61) (69)}
- b) *Independencia:* Es la habilidad de conservar distanciamiento emocional y físico, poniendo límites entre si y la situación adversa, para lo cual requiere tener claro la realidad.⁽⁶⁹⁾
- c) *Capacidad de relacionarse:* Habilidad de establecer relaciones con otras personas, equilibrando afecto entre sí mismo y el resto, por ello es importante la autoestima de la persona.^{(69) (61)}
- d) *Iniciativa:* Es la autoexigencia para realizar tareas complejas, así como mantener el control de los problemas.^{(69) (61)}



- e) *Humor*: Es la capacidad de ver el lado cómico y positivo de los problemas, para lograr sobrellevarlos. ⁽⁶⁹⁾ ⁽⁶¹⁾
- f) *Creatividad*: Es la habilidad de crear un orden y arte a partir del caos y desastre. ⁽⁶⁹⁾ ⁽⁶¹⁾
- g) *Moralidad*: Es la capacidad de poner o extender el deseo de bienestar del prójimo sobre su deseo personal, en base a sus valores. ⁽⁶⁹⁾ ⁽⁶¹⁾

Suárez (2004) modificó los pilares de la resiliencia individual hecha por Wolin y Wolin (1993), agrupándolas en cuatro componentes, que son los siguientes: ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶⁹⁾

- 1) *Competencia social*: Abarca las habilidades sociales, empatía, humor, flexibilidad, autoestima y adaptabilidad a los cambios con creatividad, optimismo y moralidad. ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶⁹⁾
- 2) *Pensamiento crítico*: Es la capacidad para tener un pensamiento reflexivo, flexible, buscando soluciones alternativas, permitiendo hacer juicios y análisis de la situación, para buscar una adaptación positiva a un evento. ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶⁹⁾
- 3) *Autonomía*: Abarca el control del locus interno, la autodisciplina e independencia, con referencia a la identidad propia y control de los componentes del ambiente. ⁽⁶⁹⁾
- 4) *Expectativas positivas para el futuro*: Comprende la autoeficacia, la anticipación, expectativas saludables, la dirección hacia los objetivos y la esperanza de un futuro mejor. ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶⁹⁾

Werner y Smith (1982) y Garmezy (1990) dividen en dos categorías los factores protectores que tienen relación con el desarrollo de la resiliencia: ⁽⁶⁸⁾



- a) Factores internos: El temperamento, inteligencia, sentido del humor, empatía y control del locus. Así mismo los autores González Arratia (2011), Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla (1996), Manciaux (2003), Suárez-Ojeda (1997), Wolin y Wolin (1993), agregan los siguientes factores: La asertividad, autoestima, autonomía, creatividad, control de impulsos, espiritualidad, iniciativa, flexibilidad, moralidad, motivación para el logro, personalidad, sociabilidad, el ser buen amigo, la solución de problemas y la toma de decisiones.⁽⁶⁸⁾
- b) Factores externos: Son considerados las condiciones socio ambientales que favorecen la resiliencia; asimismo según Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target (1994), Mothner (1995), indican que son: La unión familiar, calidad de relaciones intrafamiliares y los estilos de crianza, por tal englobaría la presencia de padres competentes, del cuidador, el apoyo social de la familia, así como la intervención de instituciones formales ya sea escuela o grupos religiosos.^{(68) (56)}

La relación entre ambos factores no es el mismo en todos los eventos, existen algunos casos donde los roles se pueden intercambiar, puede ser ineficiente o se necesite de otro factor para desenvolverse ante la situación adversa.⁽⁵⁸⁾

D. RESILIENCIA EN ADULTOS

Múltiples autores y numerosas revisiones se han dedicado al estudio de la resiliencia en niños, pero no solo hay que limitarse a este grupo etario, por ello para Cicchetti y Tucker (1994), la construcción personal se forma y se manifiesta a lo largo de la vida, haciendo necesario la comprensión y el estudio de la resiliencia en adultos.⁽⁷⁰⁾



En los jóvenes, la resiliencia está relacionada con el fortalecimiento de la autonomía, su capacidad de gestionar sus proyectos de manera responsable y diligente, para afrontar los problemas adecuadamente y llegar a tener la confianza en sí mismos, así como la habilidad para tener el apoyo de los demás. (Saavedra y Villalta, 2008; Gómez 2010).⁽⁶⁵⁾

En la etapa adulta, se concreta el desarrollo de los vínculos afectivos, sociales y laborales, con la capacidad de aprendizaje, creando, desarrollando y terminando sus proyectos para ver los resultados según sus esfuerzos ya sean éxitos y/o fracasos (Saavedra y Villalta, 2008).⁽⁶⁵⁾

Según Bandura (1989), Rutter (1987), Bonanno (2004), Tugade y Fredrickson (2004), la resiliencia en los adultos es un aspecto interno, una construcción multifacética que incluye la determinación y la capacidad de una persona para soportar, adaptarse y recuperarse de la adversidad.⁽⁷⁰⁾

Existiría cuatro dimensiones o dominios en la resiliencia del adulto que son:⁽⁷⁰⁾

- 1) *Determinación*: Es la voluntad y el firme propósito que tiene una persona, con la decisión de perseverar y llegar a tener éxito, este componente es la parte consciente o cognitiva de la resiliencia individual (Owens, 2004).⁽⁷⁰⁾
- 2) *Resistencia*: Es la fuerza y fortaleza que posee la persona para soportar situaciones difíciles o desagradables, sin renunciar, como es el aspecto físico y/o cognitivo, con la creencia que podrá cambiar su situación (Yip, 2004).⁽⁷⁰⁾
- 3) *Adaptabilidad*: Es la capacidad de ser ingenioso y flexible, es un aspecto más cognitivo que físico, ya que la persona puede hacer el esfuerzo consciente de



cambiar su pensamiento, su comportamiento, para adaptarse a las condiciones presentadas.⁽⁷⁰⁾

4) *Recuperabilidad*: Es la capacidad de recuperarse, tanto física y cognitivamente de diferentes tipos de daños o para regresar y restablecer una condición habitual.⁽⁷⁰⁾

Para Grotberg uno de los pilares importantes para el desarrollo de la resiliencia es la confianza en uno mismo,⁽⁷¹⁾⁽⁷²⁾ junto con la autoestima, el amarse, aceptarse y respetarse, para afrontar las dificultades.⁽²³⁾

La resiliencia está vinculada positivamente a una mejor salud mental, las personas resilientes son asertivas, con habilidades sociales y un mejor autocontrol de sus emociones, por el contrario, las personas con menor resiliencia tienden a desarrollar ansiedad, depresión, abuso de sustancias y trastornos postraumáticos ante situaciones estresantes. Por tal motivo la resiliencia es cambiante, puede producirse, mantenerse o reducirse.^{(73) (74) (75)}

E. ESCALA DE RESILIENCIA DE WALDING Y YOUNG

La Escala de Resiliencia de Walding y Young creada en 1988 y con una revisión en 1993 por las mismas autoras, donde definen la resiliencia como una característica positiva de la personalidad para afrontar la adversidad, con la adaptación individual, moderando los efectos negativos del estrés,⁽⁷⁶⁾ fue diseñada para jóvenes y adultos. (Anexo 3)

Este instrumento en su versión original tiene como objetivo medir los niveles de adaptación psicosocial positiva en situaciones y eventos adversos, con 25 ítems expresados en forma positiva.⁽⁷⁶⁾



Inicialmente evaluaba cinco componentes: Confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal y sentirse bien sólo; pero posteriormente las autoras encontraron ambigüedad en sus ítems, por lo que los 25 ítems se distribuyó en dos factores y cinco características, las cuales tiene puntajes en la escala de tipo Likert de siete puntos, donde: ⁽⁷⁶⁾

- 1 a 3 en desacuerdo.

- 4 parcialmente de acuerdo.

- 5 a 7 de acuerdo.

Presentando un rango de puntaje que puede variar entre 25 y 175 puntos.

Factor I (Competencia personal): Con 17 ítems, que abarcan la autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia, siendo los ítems: 1,2,3,4,5,6,9,10,13,14,15,17,18,19,20,23 y 24.

Factor II (Aceptación de uno mismo y de la vida): Con 8 ítems, siendo la adaptabilidad, flexibilidad, balance y una perspectiva de vida estable, que coincide con la aceptación por la vida y sentir tranquilidad a pesar de la adversidad, con los ítems: 7,8,11,12,16,21,22,25.

La escala mostró una consistencia interna con un alfa igual a 0.94, para el factor I fue de 0.91 y para el factor II de 0.81, y donde las correlaciones ítem – test fueron mayores a 0.40, por tal es considerado estadísticamente significativos ($p < 0.01$). ⁽⁷⁶⁾

Y las 5 características son:

- a) Ecuanimidad: Describe una perspectiva equilibrada de la propia vida y experiencias, con tranquilidad y moderando las actitudes ante la adversidad, con 4 ítems. ⁽⁷⁶⁾
- b) Perseverancia: Es persistir ante el desaliento o la adversidad, tener fuerte deseo del logro y autodisciplina, con 7 ítems. ⁽⁷⁶⁾
- c) Confianza en sí mismo: Habilidad de creer en sí mismo y en sus capacidades, con 7 ítems. ⁽⁷⁶⁾
- d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a ésta, con 4 ítems. ⁽⁷⁶⁾
- e) Sentirse bien solo: Dando significado a la libertad, comprender que somos únicos e importantes, con 3 ítems. ⁽⁷⁶⁾

La interpretación de la Escala de Resiliencia presenta puntajes para la categorización o niveles según los factores:

Nivel de resiliencia	Confianza de si mismo	Ecuanimidad	Perseverancia	Satisfacción personal	Sentirse bien solo
Alta	54 a 60 o mas	26 a 28 o mas	50 a 55 a mas	29 a 31 o mas	23 a 25 o mas
Media alta	46 a 53	23 a 25	45 a 49	25 a 28	19 a 22
Media	28 a 45	17 a 22	32 a 44	18 a 24	12 a 18
Media baja	20 a 27	14 a 16	27 a 31	14 a 17	9 a 11
Baja	12 a 19	11 a 13	21 a 26	11 a 13	5 a 8

Relación entre los ítems y los factores de la Escala de Resiliencia	
FACTORES DE LA ESCALA DE RESILIENCIA	ITEMS
Satisfacción personal	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	7,8,11,12
Sentirse bien solo	3,5,19
Confianza en si mismo	6,9,10,13,17,18,24
Perseverancia	1,2,4,14, 15, 20, 23



PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG	
PUNTUACIÓN	CAPACIDAD DE RESILIENCIA
Menor a 121	Escasa resiliencia
Entre 122 a 146	Moderada resiliencia
Mayor a 147	Mayor resiliencia
Fuente: Resiliencia según Wagnild y Young	

Para su interpretación de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young lo clasifican en tres grupos según la capacidad de resiliencia en función a la puntuación obtenida:⁽⁷⁶⁾

Un puntaje menor o igual a 121 abarca una escasa resiliencia, la resiliencia moderada se encuentra entre 122 a 146 puntos y la mayor resiliencia es mayor o igual de 147 puntos en la escala.⁽⁷⁶⁾

En el Perú, fue adaptada la escala original del inglés y traducida al español, con un análisis psicométrico por Novella en el 2002, en una población de 324 alumnas, entre los 14 y 17 años de edad, en la ciudad de Lima, se utilizó dos factores: el primero de 20 ítems y el segundo con 5, obteniendo un coeficiente de alfa y una consistencia interna global de 0.875 y la correlación ítem- test entre 0.18 a 0.63, siendo los coeficientes estadísticamente significativos del 0.01($p < 0.01$), pero con el ítem 11 con un coeficiente inferior a 0.20, aunque no fue eliminado debido a su poco impacto en incrementar el valor alfa.⁽⁷⁷⁾

Castilla (2013) realiza un aporte más a la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young en la población peruana, en jóvenes universitarios,⁽⁷⁸⁾ con una confiabilidad calculada a partir del método de consistencia interna, con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.89, su validez se demuestra por los altos índices de correlación de la escala con mediciones de constructos vinculados con la resiliencia y ha mostrado su utilidad en la investigación



dentro de la dimensión psicológica, dando como conclusión que esta prueba esta apta para ser utilizada en el Perú.⁽⁷⁷⁾

F. RESILIENCIA Y QUEMADURAS

Al ser las quemaduras lesiones que provocan traumas físicos, emocionales y sociales, así mismo siendo la resiliencia la capacidad de recuperarse y lidiar con el estrés, por tal toma una gran relevancia en este evento.⁽⁵⁾

Los múltiples estudios sobre resiliencia se centraron principalmente en pacientes con enfermedades crónicas como en la enfermedad de Parkinson, cáncer y tratamientos con diálisis, así como en los cuidadores, pero poco se sabe sobre la resiliencia en pacientes con quemaduras.⁽⁵⁾

Las quemaduras ocasionan la alteración en la apariencia del individuo, asociada al dolor y posible discapacidad, llevando a un posible retraso en su rehabilitación, por tal razón cuando el individuo se acepta a sí mismo, acepta su discapacidad, está poniendo a prueba los factores de protección individuales frente a estos obstáculos psicosociales, físicos y emocionales, los cuales serían buenos indicadores de afrontamiento.⁽⁷⁹⁾⁽¹⁰⁾

Investigaciones en pacientes sobrevivientes de accidentes (quemaduras, heridas de bala, accidentes de tránsito), muestran su negociación con la autoidentidad post lesión, donde existe un proceso de transformación del “paciente” a la “persona discapacitada”, siendo un yo reformulado, Morse y O'Brien identificaron cuatro etapas para “preservarse a sí mismo”, como son: Vigilancia, interrupción, perseverancia y esfuerzo por recuperarse.⁽⁸⁰⁾



Morse y Mitcham (1995) observaron que el lenguaje usado por los pacientes con quemaduras en referencia a las partes de su cuerpo fueron generalmente un lenguaje de despersonalización como “esto”, “eso”, con el intento de mantener su autointegridad durante este periodo de dolor físico.⁽⁸¹⁾

Williams (2003) planteó como la supervivencia y triunfo sobre la adversidad hacían que los pacientes sobrevivientes de quemadura mostraran conceptos de "pérdidas" y "ganancias", así como respuestas emocionales desde "perdón, despertares espirituales hasta experimentar una amarga decepción, enojo continuo y culpa".⁽⁸²⁾

Al inicio de la recuperación de las quemaduras los pacientes suelen sentirse abrumados por la variedad de emociones en respuesta a su herida.⁽¹⁰⁾, por ello un papel importante en ésta transformación personal es la autodefinición, junto a la aceptación para lograr formar parte de su identidad personal.⁽⁵⁵⁾

En el estudio de Él, Cao, Feng, Guan y Peng (2013), los pacientes luego de las quemaduras experimentaron síntomas psicológicos o trastornos de estrés postraumáticos en su recuperación temprana, observaron que los pacientes que presentaron factores protectores de resiliencia como el optimismo, tenían mayor probabilidad de recuperarse y una mejor adaptación a su entorno.⁽⁸³⁾

Los pacientes con quemaduras se enfrentan a una imagen corporal alterada y pérdida de función, asociada a la pérdida de su independencia, influyendo en la calidad de vida y la unión familiar.⁽⁵⁵⁾



Se describió que muchos de los pacientes sobrevivientes de quemaduras, experimentan y fueron capaces de replantearse un nuevo significado personal, considerándolo como una ganancia inesperada, con gratitud y una mejor autoestima. ⁽⁸⁴⁾.

Dentro del evento, el estrés tiene un efecto negativo en la cicatrización de la herida, con la disminución de interlucina 1-alfa y 8, importantes para la recuperación de la lesión, por ello, el apoyo social influye en la curación, cumpliendo la función de un amortiguador ante el trauma de la quemadura, moderando los efectos del estrés y por consiguiente mejorando la cicatrización de las heridas. ⁽¹⁶⁾

Zhai, Liu, Wu y Jiang (2010) llevan a cabo un estudio fenomenológico, donde concluyen que el crecimiento personal en los pacientes con quemaduras se da principalmente en el fortalecimiento, con nueva filosofía de vida, compartir con personas importantes para ellos, altruismo con las personas que sufren y en menor grado con la espiritualidad. En relación a lo anterior, Fauerbach (2003), refiere que los factores personales y sociales son los que repercuten principalmente en la adaptación post quemadura. ⁽⁸⁵⁾

Tras haber sufrido una quemadura, un gran número de pacientes desean normalizar sus vidas, visualizando a futuro de cómo esta será; buscando adaptarse a las nuevas circunstancias que trajo el accidente, desarrollando nuevas estrategias de afrontamiento o potenciando las que ya poseían. ⁽⁸⁵⁾



III. IMAGEN CORPORAL

A. DEFINICIÓN

Son múltiples las propuestas para la definición de la imagen corporal, iniciando con Head (1920) la describió como una unidad de experiencias anteriores que se organizan en la corteza sensorial, así como Schilder, neurólogo, quien le dio un enfoque biofísico y neuropatológico, refiriéndose como la imagen que se forma de nuestro cuerpo en la mente, junto a las actitudes psicológicas, percepciones físicas y socioculturales.⁽⁸⁶⁾

Según Raich (2000) la imagen corporal es la representación mental que construye cada persona de su cuerpo y la vivencia del mismo, la cual es diferente a la apariencia física real.⁽⁸⁷⁾ Es así que para Coslett, la imagen corporal es “la representación del cuerpo consciente y del mismo modo del conocimiento conceptual del cuerpo”.⁽⁸⁸⁾

Según Khan y Khan, es “la forma que la persona percibe y se siente con su propio cuerpo” a esta definición añade Rosen, es cómo la persona imagina y actúa respecto a su propio cuerpo abarcando sus componentes subjetivos, perceptivos y conductuales.⁽⁸⁸⁾

Newell en sus observaciones dijo que la imagen corporal es dinámica, va cambiando con la edad, con el estado de ánimo e incluso con la ropa, por ello Krueger, sugiere que la imagen corporal es la representación de la identidad que proviene de experiencias internas y externas del cuerpo.⁽⁸⁶⁾

Otras definiciones sobre imagen corporal la consideran como “la imagen que se forma en la mente de la misma persona, siendo el modo que el cuerpo se manifiesta”, por tal razón no está necesariamente relacionada con la apariencia física real, sino con las actitudes y

valoraciones que la persona hace de su propio cuerpo y que al no coincidir tanto la parte real con el juicio valorativo, podría generar alteraciones de la imagen corporal. ⁽⁸⁹⁾

Según García (2004), la imagen corporal es la representación mental del tamaño, la figura y forma del propio cuerpo tanto global como de sus partes, es decir como lo vemos y como creemos que lo ven los demás, asimismo implica como sentimos nuestro cuerpo con insatisfacción, preocupación y cómo actuamos respecto a ello ya sea con evitación, exhibición, entre otras. ⁽⁹⁰⁾

Por tal motivo la imagen corporal involucra la percepción global de todo el cuerpo y de cada una de sus partes que junto a la parte subjetiva (actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones y comportamientos) dan un constructo completo. ⁽⁹¹⁾

B. COMPONENTES DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal consta de dos componentes:

- 1) *Imagen corporal propiamente dicho*: Es la representación consciente del cuerpo, es el cuerpo percibido, con participación activa del sistema visual. ⁽⁸⁷⁾
- 2) *Esquema corporal*: Es la representación abstracta que percibe la persona de su propio cuerpo en el tiempo real y en el espacio. ⁽⁸⁷⁾

Al existir una relación muy estrecha entre ambos conceptos, para los autores Cash, Pruzinsky (1990) la imagen corporal tiene muchas variables, que se relacionan entre sí, como son: ^{(87) (92)}



a) *Imagen perceptual*: Cómo se percibe el peso, tamaño y forma del cuerpo, tanto en sus partes y su totalidad, siendo su alteración la sobreestimación o subestimación del mismo.⁽⁸⁷⁾⁽⁹²⁾

b) *Imagen cognitivo-afectivo/emocional (subjetivo)*: Cómo el cuerpo en su tamaño, peso, forma o sus partes provocan actitudes, sentimientos, valoraciones y pensamientos del mismo, en sí son las creencias sobre el cuerpo, la parte subjetiva, con las experiencias diversas de satisfacción, rabia, disgusto, placer, impotencia y no necesariamente tienen correlación con la realidad.⁽⁸⁷⁾⁽⁹²⁾

A todo ello Thompson (1990), añade un tercer componente a la imagen corporal:⁽⁹²⁾

c) *Componente conductual*: Son las conductas que proviene o se originan de la percepción y sentimientos del cuerpo, podría ser de camuflaje, exhibición, evitación, etc.⁽⁸⁷⁾⁽⁹²⁾

En cambio para Zagalaz y Rodriguez Marin (2005), Marin (2007), Ortega(2010), nombran que la imagen corporal está compuesta de dos componentes:⁽⁹²⁾

1) *Perceptivo*, en referencia a la estimación tanto de la apariencia y el tamaño del cuerpo.⁽⁹²⁾

2) *Actitudinal*, que involucra los sentimientos y actitudes hacia su propio cuerpo.⁽⁹²⁾

C. MODELOS DE LA IMAGEN CORPORAL

Para Price (1990), en su modelo del cuidado de la imagen corporal, la cual tiene tres componentes, donde al estar en equilibrio serian fundamentales para una imagen corporal



satisfactoria, al ser elementos que se comparan continuamente, consciente o inconscientemente, sugiere que la imagen corporal es dinámica, donde dependerá de la personalidad, cultura y el tiempo. ⁽⁹³⁾ ⁽⁸⁶⁾

- a) *Realidad corporal*: Es el cuerpo tal como es, la parte objetiva, el fenotipo, el resultado tanto de la influencia genética y ambiental. ⁽⁹³⁾ ⁽⁸⁶⁾
- b) *Ideal corporal*: Cómo le gustaría parecer físicamente (en su forma, en el espacio y funcionalidad) y así mismo en su comportamiento. ⁽⁹³⁾ ⁽⁸⁶⁾
- c) *Presentación corporal*: Es la manera en cómo presentamos nuestro cuerpo al mundo ya sea en la apariencia, los movimientos del cuerpo, los comportamientos, etc. ⁽⁹³⁾ ⁽⁸⁶⁾

Para Tagkalakis y Demiri, las personas que cambian su apariencia en la realidad o en su presentación corporal, no necesariamente cambia la imagen corporal, sino el cómo se interpreta tales cambios en referencia al cuerpo ideal. ⁽⁸⁶⁾

D. IMAGEN CORPORAL EN LA EDAD ADULTA

Actualmente es de interés la apariencia del cuerpo por razones de salud y de estética, tanto para las mujeres y hombres (Ricciardelli y McCabe, 2004), así mismo no solo en adolescentes y jóvenes sino también en adultos mayores. ⁽⁹⁴⁾

En las diferentes etapas de la vida, la imagen corporal se va construyendo, se va interiorizando según las vivencias del cuerpo, siendo importante para este fin la autoestima y la satisfacción o no del cuerpo, así como los múltiples factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales que van variando con el tiempo. ⁽⁹⁵⁾



Hay pocas investigaciones en referencia a las percepciones corporales en la etapa adulta, a diferencia de la población adolescente que es la más estudiada (Grogan, 2017).

En las etapas de la vida como es la adolescencia y juventud es más frecuente los trastornos de alimentación debido a la presión social que ejerce sobre ellos, en cambio en la adultez y vejez esta presión desaparece, pero en realidad lo que cambia es cómo se enfoca la preocupación corporal, concentrándose en los signos de la “edad” como son la caída del cabello, arrugas, etc. ⁽⁹⁶⁾ Es así que al ser progresivo, evolutivo y visibles las señales de senectud, la persona podrá aceptar mejor la progresiva transformación y el deterioro del aspecto físico, “adaptación pasiva”, alejando el físico ideal social deseado, haciendo que disminuya su satisfacción corporal o la resignación de la evolución de su cuerpo. ⁽⁹⁷⁾ ⁽⁹⁶⁾

En distintas investigaciones, la insatisfacción corporal es mayormente estable a lo largo de la vida en mujeres y hombres (Vartaniam, 2012), en el estudio de Esnaola (2010) se encontraron que las mujeres indicaban una mayor insatisfacción corporal en todo momento de la vida a comparación de los hombres. ⁽⁹⁸⁾

Otros estudios mostraron que los hombres también son conscientes de la presión social en relación al cuerpo, por tal hay un aumento en la insatisfacción con la imagen corporal entre los adultos varones. ⁽⁹⁹⁾

Dando a entender que la imagen corporal es una preocupación que abarca todas las etapas de vida desde la niñez hasta la vejez, siendo más frecuente en las mujeres sobretodo en la adolescencia y juventud. ⁽¹⁰⁰⁾

E. IMAGEN CORPORAL Y LA SATISFACCIÓN DE LA APARIENCIA

Para Grogan (2017), la satisfacción corporal, se refiere a la parte subjetiva positiva o negativa de las evaluaciones del tamaño, peso y forma del cuerpo (del conjunto o de sus partes).⁽⁹⁸⁾

Actualmente se ha incluido a la satisfacción corporal el interés en la composición corporal y musculatura (Cafri y Thompson, 2007). Para Grogan (2006), existe más preocupación de sus cuerpos en aquellas personas que tienen una alta insatisfacción corporal, ocasionándose conductas de riesgo (trastornos de alimentación), cirugías estéticas y el desarrollo de trastornos de los estados emocionales y del ánimo.⁽⁹⁴⁾

Para Melnyk, Hrabosky y Cash (2004) la satisfacción / insatisfacción con el cuerpo está incluida en la imagen corporal, donde tiene una fuerte relación con la identidad, la autoestima y las relaciones sociales (Pruzinsky y Cash, 2002), es así que pueden variar en función a dos factores:⁽¹⁰¹⁾

1. *Autoevaluación*: Es influenciada por los ideales culturales, cánones de belleza y apariencia física, que puede ser diferente a la percepción de la imagen corporal.⁽¹⁰¹⁾
2. *Inversión en la apariencia*: Es la opinión de la persona sobre la importancia de su apariencia o alguna parte determinada de su cuerpo.⁽¹⁰¹⁾

Según Torregrosa, Berengui y Castejón (2016), la insatisfacción corporal da juicios de valor sobre el cuerpo, que generalmente no coincide con las características reales de la persona, es una discrepancia entre la imagen corporal que uno mismo percibe del cuerpo

real con el ideal de imagen corporal, por lo que cuanto más grande es la diferencia, mayor será la insatisfacción corporal (Szymansk y Cash, 1995).⁽⁹⁸⁾

Además la insatisfacción corporal se vincula a depresión, baja autoestima y estados emocionales negativos, con menor felicidad y por ende menor calidad de vida (Harring,2010).

F. IMAGEN CORPORAL Y QUEMADURAS

Los cambios en la apariencia corporal y su funcionamiento, provocan el ajuste psicológico y la adaptación a estos cambios, son individuales, sin embargo están influenciados por los aspectos socioculturales de la persona,^{(102) (103)} sin embargo estos cambios no necesariamente producirán alteraciones de la imagen corporal, sino que se altera cuando la persona no es capaz de adaptarse a su nueva apariencia.⁽¹⁰³⁾

La imagen corporal es multidimensional, teniendo una relación con la autopercepción del aspecto físico y el grado de satisfacción de la imagen de la persona.⁽¹⁰⁴⁾

Para Tarrier (1995), las quemaduras producen una significativa morbilidad y a largo plazo grados diferentes de discapacidad.⁽¹⁰⁵⁾

Blakeney (2007) explica que a pesar de las actuales atenciones médico- quirúrgicas y el incremento de la supervivencia, se añade a ello las secuelas tanto físicas como psicológicas, que no solo enfrenta el paciente sino también la familia, no solo en la hospitalización, sino también en el proceso de reintegración hacia la vida social (Falder, 2009; Patterson 2000).⁽¹⁰⁴⁾



La quemadura, al ser un suceso repentino, provoca alteraciones súbitas en la imagen corporal, la desfiguración y secuelas como las cicatrices y pérdidas funcionales, ocasionan cambios en la percepción de la imagen corporal, en la satisfacción del cuerpo, haciendo que las personas enfrenten miradas y comentarios sobre su aspecto, generando incomodidad, estrés, baja autoestima, síntomas depresivos y de ansiedad, es así como lo cataloga Fauerbach, es por ello que en múltiples estudios muestran que un mayor grado de insatisfacción corporal se correlaciona con mayor grado de alteración física.⁽¹⁰⁶⁾⁽¹⁰⁷⁾

Muchas veces las quemaduras requerirán múltiples intervenciones quirúrgicas, por ello para Price en su modelo de “Cuidado de la imagen corporal” sugiere que la persona debe tener claro y en forma realista las expectativas del resultado de las operaciones, para llegar a una aceptación de su imagen, debido a que es común la secuela de una cicatriz visible que está presente en la mayoría de los sobrevivientes de quemaduras, ocasionando emociones negativas en el paciente.⁽⁸⁶⁾⁽¹⁰⁸⁾

Durante la hospitalización, se debe tomar en cuenta que el paciente sentirá aislamiento con los horarios de visitas establecidos, junto a las curas frecuentes y dolorosas, que la mayoría de ellos son conscientes, junto a esto se añade la prolongada hospitalización del paciente.⁽¹⁰⁴⁾

Hoeller (2003) y Fukunshi (1999) la visibilidad de una cicatriz es una característica importante en la estética y no necesariamente el tamaño de ésta, debido a que se asocia a una imagen corporal negativa, donde los pacientes lo identifican como “diferente”.⁽¹⁰⁹⁾



Para Corry (2009), las alteraciones en la imagen corporal producida por las quemaduras modificarán la interacción social de la persona en su ámbito laboral e interpersonal.⁽¹⁰⁴⁾

Las secuelas psicológicas por quemaduras son consideradas como un acontecimiento traumático, desde el momento del accidente así como las secuelas posiblemente visibles e incluso incapacitantes (amputaciones, deformaciones) que podrían perdurar en el tiempo y repercutir en la calidad de vida del paciente. (Thombs, 2008; Lawrence 2006).^{(104) (110)}

La desfiguración corporal causada por quemaduras, altera la imagen corporal de la persona independientemente de la edad y ello se asocia a trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, angustia social).⁽¹¹¹⁾

Newell en su estudio con un enfoque cognitivo- conductual en personas con desfiguración facial, sugiere en su modelo de “Evitación del Miedo” con un elemento central: El miedo al cambio del cuerpo y las reacciones de los demás ante este suceso, que influenciará cómo la persona percibe su imagen corporal.^{(112) (111)} Añade en su estudio que existen personas que logran integrarse y otras no, donde el miedo da dos respuestas: La confrontación y la evitación.⁽⁸⁶⁾

El modelo abarca cuatro elementos adicionales: 1) Eventos de la vida, 2) Historia del cambio de la imagen corporal, 3) Personalidad y 4) Estrategias de afrontamiento de la imagen corporal, que en conjunto tengan un impacto en el proceso de adaptación de la nueva autoimagen e interacción con los demás.^{(112) (111) (86)}



Nell sugiere que las actividades sociales ayudan en el desarrollo de la resiliencia, reforzando las estrategias de afrontamiento y del autoconcepto saludable, la cual durará años para la aceptación de ésta imagen corporal alterada de uno mismo. ^{(111).(113)}

Según Sepúlveda y Carrobbles (2004), la alteración de la imagen corporal es multidimensional, ya que la persona evalúa sus dimensiones corporales, según sus juicios valorativos, las cuales pueden o no coincidir con las reales. ⁽¹¹⁴⁾

Thombs y col, sugieren en sus estudios que la persona con desfiguración al inicio desarrollan un periodo negativo de su imagen corporal, con el tiempo y al desarrollar habilidades sociales para enfrentar a la estigmatización, experimentan una mejora de su propio concepto del cuerpo, sugiriendo que la gravedad de la desfiguración no necesariamente predice angustia sino dependerá de la percepción del individuo ⁽⁸⁶⁾ y que es independiente de la edad del individuo y del tiempo transcurrido desde el incidente. ⁽¹⁹⁾

Cuando la desfiguración por quemaduras se ubica en la zona facial, ocasiona en el paciente la pérdida del autoreconocimiento, por el efecto visual de las cicatrices, injertos de piel, pigmentación alterada y la asimetría en ésta área corporal, ocasionando una crisis de vida, ⁽¹¹⁵⁾ a ello Schilder y Price sugieren que la culpa puede lograr agravar su percepción de la imagen corporal en relación a si durante el accidente hubieron personas fallecidas. Kubler- Ross describe las “etapas de duelo” de la persona, producida por la desfiguración como son: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación. ⁽¹¹⁰⁾

Las estrategias compensatorias como es la evitación de emociones y pensamientos sobre la parte del cuerpo afectado por la quemadura, son usadas como recursos para afrontar las

secuelas en la apariencia física ya que algunos estudios observaron que la aceptación de las cicatrices o la satisfacción de la apariencia física no necesariamente implica una evaluación optimista de su apariencia, sin embargo se ha sugerido con el pasar del tiempo habrá realmente un ajuste positivo de los pensamientos frente a la desfiguración. ⁽¹¹⁵⁾

Para el desarrollo de la imagen corporal del paciente quemado, es importante el manejo de las expectativas, ya que la curación es un proceso un tanto largo, por ello la relación terapéutica entre el paciente y el equipo de salud son importantes para redefinir su nueva realidad corporal. ⁽⁸⁶⁾

G. ESCALA DE SATISFACCIÓN DE LA APARIENCIA / Satisfaction with Appearance Scale (SWAP)

La imagen corporal está relacionada con la satisfacción e insatisfacción de la percepción del cuerpo, los instrumentos para evaluar este aspecto en pacientes quemados es importante, debido a las posibles desfiguraciones visibles en su cuerpo producto de la quemadura y cómo ello podría ocasionar un impacto psicológico en la persona. ⁽¹¹⁶⁾ ⁽¹¹⁷⁾

“Satisfaction with Appearance Scale (SWAP)”, originalmente creado por Robert Roca, Robert Spence and James Fauerbach, fue diseñado para medir dos componentes principales de la imagen corporal: Satisfacción subjetiva de la apariencia y el Impacto social - conductual de las cicatrices por quemaduras en la imagen corporal. ⁽¹¹⁸⁾ (Anexo4)

El SWAP fue validado en los pacientes con quemaduras, consta de 14 ítems y cada uno presentó cuatro factores (sub escalas) o dimensiones: Distorsión social, rasgos faciales, rasgos no faciales e impacto social percibido, ⁽¹¹⁷⁾ el puntaje en su valoración de la escala



comprende desde uno (fuertemente en desacuerdo) a siete (fuertemente de acuerdo), obteniendo el puntaje total con la suma de cada ítem. ⁽¹¹⁶⁾

El puntaje total de la escala está en un rango de 0 a 84 ⁽¹²⁾, un valor alto indicara un mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal, ya que describe exactamente sus pensamientos y sentimientos del paciente luego de la aparición de la quemadura. ⁽¹¹⁸⁾

Los puntajes de las características faciales y no faciales pueden variar de 0 a 24 y los puntajes de angustia social y el impacto social percibido varían de 0 a 18. Los puntajes más altos sugieren una mayor insatisfacción con la apariencia y la imagen corporal después de la lesión. ⁽⁹⁾

Para calcular la puntuación total se resta 1(uno) a cada elemento (para anclar cada elemento a 0 (cero)) y luego se suman todos los elementos. Las preguntas del 4 al 11 se puntúan inversamente. Por tanto las puntuaciones altas indican una mayor insatisfacción con la apariencia y una pobre imagen corporal. ⁽¹¹⁸⁾

Dentro de la consistencia interna de esta escala fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.87, ⁽⁹⁹⁾ la correlación media entre elementos fue adecuada ($cu = .32$), ubicado dentro del rango recomendado por Clark y Watson (1995) para una construcción estrecha. Los coeficientes de correlación de la escala total del ítem fueron relativamente altos con la correlación media ítem-total igual a .53 ($DE = .1$) y la correlación ítem-total más baja igual a 0.31. ⁽¹¹⁸⁾



En el análisis factorial exploratorio de la escala original de los cuatro componentes fueron:

- Factor I (Rasgos Faciales): elementos que abordan la satisfacción subjetiva con la apariencia de uno, enfatizando las características faciales (4 a 7 ítems).
- Factor II (Rasgos No Faciales): elementos que abordan la satisfacción subjetiva con la apariencia de uno, enfatizando otras partes del cuerpo (8 a 11 ítems).
- Factor III (Angustia Social): elementos que miden la incomodidad social de la apariencia de uno (1 a 3 ítems).
- Factor IV (Impacto Social): elementos que evalúan la percepción del impacto social relacionado con la apariencia de uno (12 a 14 ítems).^{(119) (118) (99)}

Se realizaron traducciones y adaptaciones de ésta escala en diferentes versiones de la versión original en inglés a otros idiomas como portugués, sueco, urdu (Pakistan), demostrando como un instrumento válido y confiable para evaluar la satisfacción de la imagen corporal de los pacientes con quemaduras.⁽⁹⁹⁾



9 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Quemadura: lesión de tejidos superficiales y profundos por un agente físico o químico.
- Resiliencia: capacidad de enfrentarse y adaptarse ante una situación adversa.
- Imagen corporal: concepto corporal de una persona sobre sí misma.
- Cicatrices: marca que queda en la piel después de cerrarse una herida.

10 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

10.1 Hipótesis general

Las curaciones producen mejoría en la resiliencia e imagen corporal en el paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio, 2020.

10.2 Hipótesis específicas

Existe un efecto positivo de las curaciones en el nivel de resiliencia del paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio, 2020.

Existe un efecto positivo de las curaciones en la imagen corporal del paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, Enero- Junio, 2020.



11 Variables

11.1 Identificación de variables

VARIABLES IMPLICADAS

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Curaciones de quemaduras:
 - Tópicas
 - Limpiezas Quirúrgicas
 - Injertos de piel

VARIABLE DEPENDIENTE

- Resiliencia
- Imagen corporal

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Lugar de Procedencia
- Sexo del paciente
- Edad del paciente
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Número de hijos
- Apoyo familiar y/o amigos (soporte social)
- Ocupación / trabajo



- Religión y/o creencias
- Nivel socioeconómico
- Sistema Integral de Salud
 - Agente causal de la quemadura
 - Tiempo de hospitalización
 - Localización de la quemadura
 - Visibilidad de la quemadura
 - Profundidad de la quemadura
 - Extensión de la quemadura

12 DEFINICIONES OPERACIONALES



INDICADORES	VALORABLE	TIPO DE VALORABLE	TIPO DE VALORABLE	TIPO DE VALORABLE	TIPO DE VALORABLE	TIPO DE VALORABLE	TIPO DE VALORABLE	TIPO DE VALORABLE
Número de curaciones (Tópicas).	Acción y efecto de curar o curarse.	Cuantitativa	Directa	Número de veces que se le realiza las curaciones	Discreta	Ficha de recolección de datos e historia clínica.	a. 1 vez b. 2 veces c. 3 veces d. 4 veces a más	Valor será medida por el número de curaciones presento durante la hospitalización.
Limpiezas quirúrgicas de la quemadura.	Extracción de todo el tejido desvitalizado.	Cualitativa	Directa	La realización de limpieza quirúrgica de la quemadura.	Nominal	Ficha de recolección de datos e historia clínica.	a. Si b. No	Variable será medida si hubo limpieza quirúrgica de las quemaduras.
Número de limpiezas quirúrgicas de la quemadura.	Cantidad de extracción de todo el tejido desvitalizado.	Cuantitativa	Directa	Número de limpiezas quirúrgicas realizadas.	Discreta	Ficha de recolección de datos e historia clínica	a. Ninguno b. 1 vez c. 2 veces d. 3 veces	Variable expresada en la cantidad de realizaciones de limpiezas quirúrgicas en sala de operaciones con anestesia.
Injertos de piel.	Piel sana extraída de un área del cuerpo para reparar un área de piel dañada.	Cualitativa	Directa	La realización de injertos de piel.	Nominal	Ficha de recolección de datos e historia clínica.	a. Si b. No	La variable se expresa como si se le realizo injertos o no.
Número de injertos.	Cantidad de extracciones de piel sana para reparar una zona dañada.	Cuantitativa	Directa	Número de veces que se colocaron injertos de piel.	Discreta	Ficha de recolección de datos e historia clínica.	a. Ninguno b. 1 vez c. 2 veces d. 3 veces	La variable se expresa como el número de extracción y colocación de injertos de piel durante la hospitalización.



VARIABLES IMPLICADAS DEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Resiliencia	Capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas.	Cuantitativa	Indirecta	Niveles y/o grados de resiliencia	Ordinal	Escala de resiliencia de Wagnild y Young	1= muy en desacuerdo 2= desacuerdo 3= algo en desacuerdo 4= neutral 5= parcialmente de acuerdo 6=de acuerdo 7= totalmente de acuerdo.	La variable es expresado por el nivel de resiliencia (mayor, moderado, escaso) según el puntaje que tuvo en la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, posterior a curaciones realizadas.
Imagen corporal	Representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo.	Cuantitativo	Indirecta	Satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal	Nominal	Escala de satisfacción de la apariencia (SWAP)	1= muy en desacuerdo 2= desacuerdo 3= algo en desacuerdo 4= neutral 5= parcialmente de acuerdo 6=de acuerdo 7= totalmente de acuerdo	Valor medido con nivel de satisfacción de la apariencia posterior de la quemadura a la curación , como satisfecho e insatisfecho



VARIABLES IMPLICADAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Lugar de Procedencia	Es el lugar donde vive el individuo.	Cualitativa	Directa	Lugar de procedencia según zona geográfica.	Nominal	Ficha de recolección de datos e historia clínica.	a. Rural b. Urbana	Es el lugar geográfico donde el sujeto reside la mayor parte del tiempo.
Sexo	Condición orgánica, masculino o femenina, propia del ser humano.	Cualitativa	Directa	Masculino Femenino	Dicotómico	Ficha de recolección de datos e historia clínica.	a. Masculino b. Femenino	Es el género femenino o masculino que se identifica el paciente.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa	Directa	Edad en años cumplidos.	Razón	Ficha de recolección de datos	a.18-24 b.25-31 c.32-38 d.46-52 e.53-59 f.60-65	La edad actual expresada en números enteros expresada en años.
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Cualitativa	Directa	En niveles de instrucción.	Razón	Ficha de recolección de datos	a. Primaria b. Secundaria c. Superior no universitario d. Superior universitario	El grado de instrucción expresado según niveles.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja o su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Directa	Estado civil actual.	Nominal	Ficha de recolección de datos	a. Soltero b. Casado c. Conviviente d. Divorciado e. Viudo	Estado civil expresado según condición del paciente.



VARIABLES IMPLICADAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Número de hijos	Existencia se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron.	Cuantitativa	Directa	Número total de hijos	Nominal	Ficha de recolección de datos	a. Sin hijos b. 1 hijo c. 2 hijos d. 3 hijos a más	Número de hijos expresado en cantidad.
Apoyo familiar Y/o amigos (soporte social)	Existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar.	Cualitativa	Directa	Personas que se preocupan, valoran y demuestran aprecio	Dicotómica	Ficha de recolección de datos	a. Si b. No	Variable expresada si el paciente siente el apoyo social ya sea familiar o de amistad.
Ocupación/trabajo	Actividad realizada por una persona para conseguir una compensación.	Cualitativa	Directa	Ocupación actualmente realizando	Nominal	Ficha de recolección de datos	a. Si b. No	Variable expresada si actualmente la persona tiene una ocupación o no.
Religión y/o creencias	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella.	Cualitativa	Directa	Religión y/o creencias actualmente	Nominal	Ficha de recolección de datos	a. Si b. No	Variable La religión y/o creencia que pueda o no tener el paciente.
Nivel socioeconómico	Capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país.	Cualitativo	Indirecto	Estrato socio económico actual.	Nominal	Escala de Graffar Castellano (modificado)	a. Estrato I alto b. Estrato II medio alto c. Estrato III medio bajo d. Estrato IV bajo e. Estrato V pobreza extrema.	Variable será obtenida mediante la encuesta que responderá el paciente.



VARIABLES IMPLICADAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Seguro Integral de Salud	Es un seguro de salud, subsidiado por estado peruano, de manera gratuita en todos los centros de salud públicos.	Cualitativa	Directa	Seguro integral de salud está vigente .	Nominal	Ficha de recolección de datos	a. SIS b. Particular	Seguro integral de salud expresado si tiene o no SIS.
Agente causal de la quemadura	Agentes físicos, químicos o térmicos que producen lesión en tejidos o mucosas.	Cualitativa	Directa	El tipo de agente causal que provoco la quemadura.	Nominal	Ficha de recolección de datos	a. Líquido caliente b. Fuego/ llamas c. Eléctrica d. Fricción	La variable expresada en cual fue el agente causal de la quemadura.
Tiempo de hospitalización	Periodo de tiempo que una persona enferma o herida pasa en un hospital hasta obtener el alta médica .	Cuantitativa	Directa	Número de días hospitalizado.	Discreta	Ficha de recolección de datos e Historia clínica	a. 1 semana b. 2 semanas c. 3 semanas d. 4 semanas e. 5 semanas a más	Expresado en semanas de estancia hospitalaria.
Localización de la quemadura	Lugar en el que se ubica la quemadura.	Cualitativa	Directa	Área anatómica ubicada la quemadura.	Nominal	Ficha de recolección de datos e Historia clínica	Indicación de las zona(s) donde se ubica la quemadura	Variable que indica el lugar donde se encuentra la quemadura en el cuerpo del paciente.
Visibilidad de la quemadura	Capacidad de lo que es visible.	Cualitativa	Directa	Visible a la vista del paciente.	Nominal	Ficha de recolección de datos	a. Si b. No	Visibilidad de la quemadura.



VARIABLES IMPLICADAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Profundidad de la quemadura	Profundidad de daño en las capas de la piel y tejido adyacente.	Cuantitativa	Indirecta	En grados de quemadura	Ordinal	Historia clínica y Clasificación de la Asociación Americana de Quemaduras.	a. Espesor Parcial Superficial b. Espesor Parcial Profundo c. Completo	Grado de quemadura registrado en el expediente médico del paciente.
Extensión de la quemadura	Extensión de la zona afectada por la quemadura.	Cuantitativa	Indirecta	En porcentaje de superficie corporal (%)	Continua	Historia clínica y Clasificación de Lund Browder	a. 1% b. 2% c. 3% d. 4% e. 5% f. 6& a más	Porcentaje de superficie corporal lesionado registrado en el expediente médico.

CAPÍTULO III

13 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

13.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo descriptivo, cuantitativa y correlacional.

13.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Corresponde a un diseño de tipo no experimental, observacional y transversal.

13.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

13.3.1 Descripción de la Población

Se consideró a todos aquellos pacientes hospitalizados de la Unidad de Quemados del Hospital Regional del Cusco, en el periodo enero – junio 2020, que oscilen entre los 18 a 65 años de edad, hombres y mujeres.

13.3.2 Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

Tamaño Muestral: Todos los pacientes hospitalizados que ingresaron a la Unidad de Quemados del Hospital Regional Cusco, excluyendo a los pacientes que no cumplan con criterios de inclusión propuestos en esta investigación.

Para el cálculo del tamaño muestral de la presente investigación, se utilizó el estudio “Rasgos de Personalidad y Niveles de Resiliencia en personas con quemaduras: Unidad de Quemados, HCAM”, con una población de 20 pacientes, los cuales presentaron una escasa resiliencia un 30%, considerando un nivel de confianza de 95% y un error de 5%. Por ello

se obtuvo mediante la aplicación del programa estadístico EPI INFO 7; una muestra necesaria de: 19 pacientes.

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	<input type="text" value="20"/>	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	<input type="text" value="30 %"/>	80%	17	17
Confidence limits:	<input type="text" value="5 %"/>	90%	18	18
Design effect:	<input type="text" value="1.0"/>	95%	19	19
Clusters:	<input type="text" value="1"/>	97%	19	19
		99%	19	19
		99.9%	20	20
		99.99%	20	20

Método de muestreo: Se utilizó el muestreo mediante la aplicación de fichas de recolección de datos y encuestas en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Regional del Cusco, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

13.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en la Unidad de Quemados.
- ✓ Pacientes que se encuentren entre los 18 y 65 años de edad.
- ✓ Pacientes que han aceptado y firmado el consentimiento informado.



Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con cierto porcentaje de discapacidad intelectual, o algún diagnóstico psiquiátrico previo.
- ✓ Pacientes con medicación psiquiátrica previa.
- ✓ Pacientes pediátricos y gerontes.
- ✓ Pacientes con una extensión de quemadura superior al 50% de superficie corporal quemada (SCQ) quienes son ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos o en otras áreas del Hospital Regional del Cusco.
- ✓ Pacientes que no deseen realizar el proceso investigativo.

13.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

13.4.1 Técnicas

Para abordar a la población objetivo, se solicitó permiso de la Dirección del Hospital Regional del Cusco (Anexo 7).

Se entregó a los pacientes mayores de edad el consentimiento informado (Anexo 1) y según criterios de inclusión y exclusión, se procedió a la realización de las encuestas (escalas).

Se utilizó para este estudio el empleo de ficha de recolección de datos (Anexo 2), así como las escalas de medición del nivel de resiliencia e imagen corporal.

13.4.2 Instrumentos

ESCALA DE RESILIENCIA DE WALDING Y YOUNG

Para este estudio se realizó los procedimientos para la validez y confiabilidad de este instrumento, donde presento un alfa de Cronbach de 0.88 (coeficiente bueno) y una consistencia interna por medio de juicio de expertos con Dpp 1.07 y Dmax de 9, haciéndola apta para su aplicación. (ver Anexos 3 y 4).

ESCALA DE LA SATIFACCIÓN CON LA APARIENCIA

La escala de Satisfacción con la Apariencia (SWAP) que está diseñada para pacientes quemados, la cual fue validada para este trabajo por cuatro psiquiatras y un médico internista, dando una confiabilidad y consistencia interna, se optó por esta escala ya que es la que mide más específicamente la parte de la apariencia física y como ésta repercute en la satisfacción del paciente con su propio cuerpo y como se siente frente a los demás, se catalogó como satisfecho e insatisfecho con su apariencia corporal según los rangos de cada factor medido, por ello para esta investigación se realizó los procedimientos para la validez y confiabilidad de este instrumento para ser utilizado en versión español, donde presento un alfa de Cronbach de 0.97 y una consistencia interna por medio de juicio de expertos con Dpp 1.58 y Dmax de 2.34, haciéndola apta para su aplicación (ver Anexos 5 y 6).

Para obtener los puntajes de satisfacción e insatisfacción se obtuvo de los rangos de cada factor, como para el factor I y factor II (rango 0 a 24), donde se tomó el punto medio del rango que es 12, donde menor de 12 es satisfecho, mayor a 12 es insatisfecho. ⁽⁹⁹⁾



Igualmente para los factores III y IV (rango de 0 a 18), se tomó el punto medio del rango que es 9, donde menor a 9 es satisfecho, mayor a 9 es insatisfecho, donde las puntuaciones más altas indicarán una mayor insatisfacción con la apariencia y una menor imagen corporal de la persona.⁽⁹⁹⁾

13.5 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Evaluación y autorización del protocolo de investigación por Comité de Investigación y Docencia de la Universidad Andina del Cusco.

Autorización del Jefe del Servicio de la Unidad de Quemados del Hospital Regional del Cusco para realizar el estudio.

Se eligió a todos los pacientes de la Unidad de Quemados, según los criterios de inclusión y exclusión.

Los datos del estudio se recolectaron y registraron por el investigador de manera escrita en papel, a través de los instrumentos antes señalados, que se realizó en un solo tiempo, postcuraciones, ubicados en su cama de hospitalización.

Los datos de la “Ficha de Recolección” fueron digitalizados en una base de datos creada en programa estadístico Excel versión 2010.⁽¹²⁰⁾

Para la correlación entre las determinaciones de nivel de resiliencia e imagen corporal y curaciones, se utilizara R de Pearson.

Para el error estándar entre las variables se utilizó la prueba de T de Student.

Posteriormente se construyó tablas y gráficas para presentar los resultados, los cuales fueron analizados en el software SPSS versión 22.⁽¹²¹⁾

CAPÍTULO IV

14 RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

14.1 Resultados

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1: GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS

Edad	n=19	Porcentaje (%)
18-24	4	21.1
25-31	1	5.3
32-38	5	26.3
39-45	0	0.0
46-52	2	10.5
53-59	3	15.8
60-65	4	21.1

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

El grupo etario con mayor porcentaje (26.3%) se encuentra entre las edades de 32 a 38 años.

Tabla 2: SEXO (GÉNERO) DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS

Sexo	n =19	Porcentaje (%)
Masculino	8	42,1
Femenino	11	57,9

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

El 57.9 % de los pacientes quemados pertenecen al sexo femenino.

Tabla 3: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS

Estado Civil	n =19	Porcentaje (%)
Soltero	6	31,6
Conviviente	7	36,8
Casado	6	31,6

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

El estado civil con mayor prevalencia (36.8%) son convivientes.

Tabla 4: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS

Lugar de Procedencia	n =19	Porcentaje (%)
Rural	12	63,2
Urbana	7	36,8

Fuente: Ficha de Recolección de datos

El 63.2% de los pacientes quemados provienen de la zona rural.

Tabla 5: NÚMERO DE HIJOS DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS

Número de hijos	n =19	Porcentaje (%)
Ninguno	5	26,3
Uno	3	15,8
Dos	4	21,1
Tres a más	7	36,8

Fuente: Ficha de Recolección de datos

El 36.8% de los pacientes en la Unidad de Quemados tienen tres hijos a más.

Tabla 6: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS

Nivel de Instrucción	n =19	%
Sin instrucción	5	26,3
Primaria	3	15,8
Secundaria	6	31,6
Superior no universitario	3	15,8
Superior universitario	2	10,5

Fuente: Ficha de Recolección de datos

El 31.5% de los pacientes quemados presentan un nivel de instrucción de secundaria.

Tabla 7: OCUPACIÓN Y/O TRABAJO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS

Ocupación y/o trabajo	n =19	%
No	6	31,6
Si	13	68,4

Fuente: Ficha de Recolección de datos

El 68.4% de los pacientes quemados tiene una ocupación y/o trabajo.

Tabla 8: ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS

Estrato Socioeconómico	n =19	%
I	0	0
II	1	5,3
III	5	26,3
IV	8	42,1
V	5	26,3

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Abarcando el mayor porcentaje (42.1%) de los pacientes quemados se encuentran en el IV estrato socioeconómico.

Tabla 9: *SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS) DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Seguro Integral de Salud (SIS)	n =19	%
No (particular)	6	31,6
Si	13	68,4

Fuente: Ficha de Recolección de datos

El 68.4% cuenta con el Seguro Integral de Salud.

Tabla 10: *APOYO FAMILIAR A LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Apoyo familiar y/o Amigos	n=19	%
No	0	0.0
Si	19	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Todos los pacientes quemados (100%) refieren tener el apoyo familiar y/o de amigos.

Tabla 11: *RELIGIÓN Y/O CREENCIAS DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Religión y/o Creencias	n=19	%
No	0	0.0
Si	19	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Igualmente el 100% de los pacientes quemados refieren tener una religión y/o creencia.

CARACTERÍSTICAS DE LA QUEMADURA

Tabla 12: AGENTE CAUSAL DE LA QUEMADURA

Causa de la Quemadura	n =19	%
Líquido caliente	9	47,4
Fuego	8	42,1
Electricidad	1	5,3
Fricción	1	5,3

Fuente: Ficha de Recolección de datos

El 47.4% de las causas de quemaduras fueron por líquidos calientes, seguido con un 42.1% ocasionado por fuego/llama.

Tabla 13: ESTANCIA HOSPITALARIA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS

Semanas de Hospitalización	n =19	%
1 semana	5	26,3
2 semanas	6	31,6
3 semanas	3	15,8
4 semanas	3	15,8
5 semanas	2	10,5

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Con el 31.6% de los pacientes presentaron una estancia hospitalaria de dos semanas.

Tabla 14: LOCALIZACIÓN DE LA QUEMADURA EN EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE QUEMADOS

Localización de la Quemadura	n =19	%
Cabeza	2	10,5
Cuello	1	5,3
tronco anterior	0	0
tronco posterior	1	5,3
genitales y muslo D	1	5,3
brazo izquierdo	1	5,3
mano izquierda	1	5,3
antebrazo D y mano D	1	5,3
mano derecha	1	5,3
muslo I, tronco anterior y muslo D	1	5,3
pie izquierdo	1	5,3
muslo derecho	0	0
pierna derecha	1	5,3
pie derecho	1	5,3
tronco anterior y brazo I	1	5,3
cabeza, mano I y mano D	1	5,3
cabeza, cuello, tronco anterior, mano D	1	5,3
cabeza y cuello	1	5,3
mano I, mano D y pie d	1	5,3
cabeza y mano D	1	5,3

Fuente: Ficha de Recolección de datos

La localización más frecuente de quemaduras (10.5%) se encontraron a nivel de cabeza.

Tabla 15: PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA

Profundidad de la Quemadura	n =19	%
Parcial superficial	3	15,8
Parcial profundo	6	31,6
Completo	10	52,6

Fuente: Ficha de Recolección de datos

El mayor porcentaje con 52.6% fueron quemaduras de espesor completo.

Tabla 16: *EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA*

Extensión de la Quemadura	n =19	%
1%	3	15,8
2%	5	26,3
3%	2	10,5
4%	2	10,5
5%	5	26,3
6% a más	2	10,5

Fuente: Ficha de Recolección de datos

El 26.3% de los pacientes presentaron una extensión de superficie quemada del 2% y del 5%.

Tabla 17: *VISIBILIDAD DE LA QUEMADURA SEGÚN EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Variable	n =19	%
No	3	15,8
Si	16	84,2

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Para el 84.2% de los pacientes quemados refirieron ser capaces de poder visualizar su quemadura.

CARACTERÍSTICAS DE LA CURACIÓN

Tabla 18: *NÚMERO DE CURACIONES A LOS PACIENTES EN TÓPICO DE LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Numero de Curaciones	n =19	%
1 vez	3	15,8
2 veces	4	21,1
3 veces	5	26,3
4 veces a más	7	36,8

Fuente: Ficha de Recolección de datos

EL 36.8% de los pacientes quemados en hospitalización se les realizó 4 o más curaciones en tópico de la Unidad de Quemados.

Tabla 19: *REALIZACIÓN DE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS A LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Limpiezas Quirúrgicas	n =19	%
No	3	15,8
Si	16	84,2

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Al 84.2% de los pacientes quemados se les realizó limpiezas quirúrgicas.

Tabla 20: *NÚMERO DE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS A PACIENTES EN LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Número de Limpiezas Quirúrgicas	n =19	%
Ninguno	3	15,8
1 vez	11	57,9
2 veces	3	15,8
3 veces	2	10,5

Fuente: Ficha de Recolección de datos

A los pacientes que se les realizaron limpieza quirúrgica, el 57.9% de ellos se les realizó una sola vez dicho procedimiento.

Tabla 21: *NECESIDAD DE INJERTOS DE PIEL A PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Injertos de Piel	n =19	%
No	7	36,8
Si	12	63,2

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Las necesidades de injertos de piel a los pacientes quemados fueron del 63.2%.

Tabla 22: *NÚMERO DE INJERTOS DE PIEL A LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE QUEMADOS*

Número de Injertos de Piel	n =19	%
Ninguno	7	36,8
1 vez	9	47,4
2 veces	2	10,5
3 veces	1	5,3

Fuente: Ficha de Recolección de datos

De los pacientes con necesidad de injertos de piel, el 47.4% solo necesitó una sola colocación de dicho procedimiento.

CARACTERÍSTICAS DE LA RESILIENCIA

Tabla 23: *ESCALA DE RESILIENCIA EN PACIENTES QUEMADOS*

Nivel de Resiliencia	Puntuación	n=19	%
Escasa	Menor a 121	4	21.1
Moderada	Entre 122 a 146	8	42.1
Mayor	Mayor a 147	7	36.8

Fuente: Ficha de Recolección de datos y la Escala de Walding y Young

De acuerdo a los niveles de resiliencia, con un porcentaje de 42.1% se encontró un nivel moderado de resiliencia en los pacientes quemados con una puntuación entre 122 a 146, el 36.8% de los pacientes quemados presentó una mayor resiliencia y con el 21.1% con un nivel escaso de resiliencia.

Tabla 24: FACTORES DE LA RESILIENCIA EN PACIENTES QUEMADOS

FACTORES de RESILIENCIA	Puntuación por Factor	Puntuación obtenido	Porcentaje (%)
Satisfacción Personal	560	399	71.3
Ecuanimidad	560	360	64.3
Sentirse Bien Solo	420	321	76.4
Confianza En Sí Mismo	980	723	73.8
Perseverancia	980	710	72.4

Fuente: Ficha de Recolección de datos y la Escala de Walding y Young

Se obtuvo un puntaje de 399 en el ítem de satisfacción personal, que corresponde al 71.3% de la puntuación total.

Así mismo se obtuvo una puntuación de 360 en el ítem de ecuanimidad, que corresponde al 64.3% de la puntuación total de este ítem.

Con una puntuación de 321 en el ítem de sentirse bien solo, que corresponde al 76.4% de la puntuación total de 420 en este ítem.

Se obtuvo una puntuación de 723 en el ítem de confianza en sí mismo, que corresponde al 73.8% del puntaje de 980 en este ítem.

En el ítem de perseverancia se obtuvo una puntuación de 710 que corresponde al 72.4% de la puntuación total de 980 en este ítem.

CARACTERÍSTICAS DE LA APARIENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL

Tabla 25: APARIENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL DE LOS PACIENTES QUEMADOS, EN RAZÓN A LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA APARIENCIA (SWAP)

Escala de Satisfacción con la Apariencia	n =19	%
Satisfecho	5	26,3
Insatisfecho	14	73,7

Fuente: Ficha de recolección de datos y la Escala SWAP

Con un porcentaje del 73.7% de los pacientes quemados al realizarse la aplicación de la Escala de Satisfacción con la Apariencia refirieron estar insatisfechos con su imagen corporal actual.

Tabla 26: FACTORES DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA APARIENCIA

	Factores del SWAP	n =19	%
Satisfecho según factor	Factor: I, II, III, IV	3	15,8
	Factor IV	1	5,3
	Factor I, IV	1	5,3
	Factor II, IV	1	5,3
	Factor III, IV	3	15,8
Insatisfecho según factor	Factor I, II, IV	1	5,3
	Factor I, III, IV	3	15,8
	Factor II, III, IV	3	15,8
	Factor: I, II, III, IV	3	15,8

Fuente: Ficha de recolección de datos y la Escala SWAP

Se encontró a 3 pacientes que están satisfechos con su imagen corporal en los cuatro factores que la escala evalúa, con un porcentaje de 15.8%. Así mismo se obtuvo a 3 pacientes que se encontraron insatisfechos en todos los factores propuestos en la escala, el resto de participantes mostraron su satisfacción / insatisfacción con la apariencia en los diferentes factores.

ASOCIACIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y RESILIENCIA

Tabla 27: ASOCIACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

EDAD	Nivel de resiliencia			p
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
18-24	0	1 (12,5)	3 (42,9)	>0,05
25-31	0	0	1 (14,3)	
32-38	3 (75)*	1 (12,5)*	1 (14,3)*	0.04*
46-52	0	2 (25)	0	>0,05
53-59	0	2 (25)	1 (14,3)	
60-65	1 (25)	2 (25)	1 (14,3)	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Solo el grupo etario de 32 a 38 años fue el que presentó asociación estadística con la resiliencia ($p = 0.045$), obteniendo el 14,3% con un nivel mayor de resiliencia.

Tabla 28: ASOCIACIÓN ENTRE SEXO (GÉNERO) Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

SEXO	Nivel de resiliencia			p
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
Femenino	2 (50)	3 (37,5)	3 (42,9)	0.648
Masculino	2 (50)	5 (62,5)	4 (57,1)	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

La relación entre el sexo y el nivel de resiliencia, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.648$).

Tabla 29: ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

ESTADO CIVIL	Nivel de resiliencia			p
	Escaso%	Moderado%	Mayor%	
Soltero	1 (25)	1 (12,5)	4 (57,1)	0.17
Conviviente	3 (75)	2 (25)	2 (28,6)	0.203
Casado	0	5 (62,5)*	1 (14,3*)	0.042*

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Solo el estado civil de casados tuvo asociación estadísticamente significativa ($p = 0.042$), con el 62.5% obtuvieron un nivel moderado de resiliencia.

Tabla 30: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nivel de resiliencia			p
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
Sin instrucción	1 (25)*	3(37,5)*	1 (14,3)*	
Primaria	0	2 (25)*	1 (14,3)*	
Secundaria	2 (50)*	1 (12,5)*	3 (42,9)*	0,000*
Superior no universitario	0	1 (12,5)*	2 (28,6)*	
Superior universitario	1 (25)*	1 (12,5)*	0	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

El grado de instrucción presentó una asociación estadísticamente significativa con la resiliencia ($p=0,000$), donde el 42.9 % de los pacientes con un nivel secundario se asoció a un nivel mayor de resiliencia.

ASOCIACIÓN DE DATOS DE LA QUEMADURA Y RESILIENCIA

Tabla 31: ASOCIACIÓN ENTRE EL AGENTE CAUSAL DE LA QUEMADURA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

AGENTE CAUSAL DE LA QUEMADURA	Nivel de resiliencia			<i>p</i>
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
Líquido caliente	4 (100)*	3 (37,5)*	2 (28,6)*	0.005*
Fuego	0	5 (62,5)	3 (42,9)	0.118
Electricidad	0	0	1 (14,3)	0.405
Fricción	0	0	1 (14,3)	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Solo se encontró la asociación estadística significativa ($p= 0.005$) entre líquidos calientes como agente causal y la resiliencia, dando como resultado que en este grupo el mayor porcentaje presentaron un escaso nivel de resiliencia.

Tabla 32: ASOCIACIÓN ENTRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	Nivel de resiliencia			<i>p</i>
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
1 semana	0	3 (37,5)*	2 (28,6)*	
2 semanas	1 (25)*	2 (50)*	3 (42,9)*	
3 semanas	1 (25)*	1 (12,5)*	1 (14,3)*	0.01*
4 semanas	1 (25)*	1 (12,5)*	1 (14,3)*	
5 semanas	1 (25)*	1 (12,5)*	0	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

La estancia hospitalaria presentó una asociación estadísticamente significativa ($p= 0.01$) con la resiliencia, encontrándose que al estar en un tiempo de 2 semanas de hospitalización se asocia a un nivel moderado de resiliencia.

Tabla 33: ASOCIACIÓN ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA	Nivel de resiliencia			p
	Escaso%	Moderado%	Mayor%	
Parcial superficial	0	0	3 (42,9)*	0.044*
Parcial profundo	3 (75)*	2 (25)*	1 (14,3)*	
Completo	1 (25)*	6 (75)*	3 (42,9)*	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Se presentó una asociación estadísticamente significativa entre la profundidad de la quemadura con la resiliencia ($p=0.04$), con quemaduras de espesor parcial profundo y completo asociándose con niveles escasos y moderados de resiliencia respectivamente.

Tabla 34: ASOCIACIÓN ENTRE LA EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA	Nivel de resiliencia			p
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
1%	0	1 (12,5)*	2 (28,6)*	0,000*
2%	1 (50)*	2 (25)*	1 (14,3)*	
3%	0	1 (12,5)*	1 (14,3)*	
4%	0	2 (25)*	0	
5%	1 (25)*	1 (12,5)*	3 (42,9)*	
6% a más	1 (25)*	1 (12,5)*	0	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Existe asociación estadísticamente significativa ($p=0.00$) entre la extensión de la quemadura y la resiliencia, donde se obtuvo que el 2% y el 5% de superficie corporal quemada se asocia a un nivel escaso y mayor de resiliencia respectivamente.

ASOCIACIÓN DE DATOS DE LAS CURACIONES Y RESILIENCIA

Tabla 35: ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CURACIONES Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

NÚMERO DE CURACIONES	Nivel de resiliencia			p
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
1 vez	0	2 (25*)	1 (14,3)*	0.003*
2 veces	0	2 (25)*	2 (28,6)*	
3 veces	2 (50)*	1 (12,5)*	2 (28,6)*	
4 veces a más	2 (50)*	3 (37,5)*	2 (28,6)*	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Se obtuvo la asociación estadísticamente significativa entre el número de curaciones y la resiliencia ($p=0,003$), donde al realizarse 3 veces a más de curaciones se asoció a un escaso nivel de resiliencia.

Tabla 36: ASOCIACIÓN ENTRE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS	Nivel de resiliencia			p
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
No	1 (25)*	0	2 (28,6)*	0.001*
Si	3 (75)*	8 (100)*	5 (71,4)*	
1 vez	2 (50)*	5 (62,5)*	4 (57,1)*	
2 veces	0	2 (25)*	1 (14,3)*	
3 veces	1 (25)*	1 (12,5)*	0	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Así mismo, el número de limpiezas quirúrgicas presentó asociación estadísticamente significativa con la resiliencia ($p=0.001$), encontrándose que al realizarse una sola vez dicho procedimiento presentaron los pacientes un nivel moderado de resiliencia (62.5%).

Tabla 37: ASOCIACIÓN ENTRE INJERTOS DE PIEL Y EL NIVEL DE RESILIENCIA

INJERTOS DE PIEL	Nivel de resiliencia			p
	Escaso (%)	Moderado (%)	Mayor (%)	
No	1 (25)	3 (37,5)	3 (42,9)	
Si	3 (75)	5 (62,5)	4 (57,1)	
1 vez	1 (25)*	4 (50)*	4 (57,1)*	
2 veces	1 (25)*	1 (12,5)*	0	0,000*
3 veces	1 (25)*	0	0	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Con una asociación estadísticamente significativa entre el número de injertos y resiliencia (p=0.000), se obtuvo que el 57.1% de los pacientes que se les realizó una sola vez la colocación de injerto presentó un nivel mayor de resiliencia.

ASOCIACIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA APARIENCIA CORPORAL

Tabla 38: ASOCIACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y LA APARIENCIA CORPORAL

EDAD	Apariencia Corporal		p
	Satisfecho (%)	Insatisfecho (%)	
18-24	1 (20)	3 (21,5)	> 0,05
25-31	0	1 (7,1)*	
32-38	2 (40)*	3 (21,4)*	0.011*
46-52	0	2 (14,3)*	
53-59	1 (20)*	2 (14,3)*	
60-65	1 (20)	3 (21,4)	> 0,05

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

La asociación estadísticamente significativa se encontró entre los grupos etarios con la apariencia corporal (p= 0.01), donde las edades de 32 a 38 años se asoció a una insatisfacción de su apariencia corporal en un 21.4%.

Tabla 39: ASOCIACIÓN ENTRE SEXO (GÉNERO) Y LA APARIENCIA CORPORAL

SEXO	Apariencia Corporal		<i>p</i>
	Satisfecho (%)	Insatisfecho (%)	
Femenino	1 (20)*	10 (71,4)*	0,046*
Masculino	4 (80)*	4 (28,6)*	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Existe la asociación estadística entre el sexo (género) con la apariencia corporal ($p=0.04$), donde 71.4% de mujeres refiere una insatisfacción de su apariencia a diferencia de los hombres.

Tabla 40: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LA APARIENCIA CORPORAL

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Apariencia Corporal		<i>p</i>
	Satisfecho (%)	Insatisfecho (%)	
Sin instrucción	1 (20)	4 (28,6)	> 0,05
Primaria	1 (20)	2 (14,3)	
Secundaria	1 (20)	5 (35,7)	
Superior no universitario	0	3 (21,4)	
Superior universitario	2 (40)*	0	0,012*

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Existe asociación estadística significativa entre nivel de instrucción superior universitario con una insatisfacción con la apariencia corporal ($p=0,012$).

ASOCIACIÓN DE DATOS DE LA QUEMADURA Y LA APARIENCIA CORPORAL

Tabla 41: ASOCIACIÓN ENTRE ESTANCIA HOSPITALARIA Y LA APARIENCIA CORPORAL

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	Apariencia Corporal		p
	Satisfecho (%)	Insatisfecho (%)	
1 semana	1 (20)	4 (28,6)	> 0,05
2 semanas	1 (20)	2 (14,3)	
3 semanas	1 (20)*	5 (35,7)*	0.012*
4 semanas	0	3 (21,4)*	
5 semanas	2 (40)	0	>0,05

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

La estancia hospitalaria de tres y cuatro semanas presentó una asociación estadística significativa ($p=0.012$), donde ambas se asociaron a una insatisfacción con la apariencia de 35,7% y 21,4 % respectivamente.

Tabla 42: ASOCIACIÓN ENTRE VISIBILIDAD DE LA QUEMADURA Y LA APARIENCIA CORPORAL

VISIBILIDAD DE LA QUEMADURA	Apariencia Corporal		p
	Satisfecho (%)	Insatisfecho (%)	
No	3 (60)*	0	0,002*
Si	2 (40)*	14 (100)*	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

La visibilidad de la quemadura presentó asociación estadísticamente significativa ($p=0,002$), donde los pacientes muestran insatisfacción con su apariencia corporal actual.

Tabla 43: ASOCIACIÓN ENTRE PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA Y LA APARIENCIA CORPORAL

PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA	Apariencia Corporal		p
	Satisfecho (%)	Insatisfecho (%)	
Parcial superficial	1 (20)	4 (28,6)	> 0,05
Parcial profundo	0	3 (21,4)	
Completo	2 (40)*	0	0,012*

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

La quemadura de espesor completo tuvo relación estadísticamente significativa ($p=0.012$), encontrándose estar satisfechos con su apariencia corporal actual.

Tabla 44: ASOCIACIÓN ENTRE EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA Y LA APARIENCIA CORPORAL

EXTENSION DE LA QUEMADURA	Apariencia Corporal		p
	Satisfecho (%)	Insatisfecho (%)	
1%	2 (40)*	1 (7,1)*	0,000*
2%	2 (40)*	3 (21,4)*	
3%	0	2 (14,3)*	
4%	0	2 (14,3)*	
5%	0	5 (35,7)*	
6% a más	1 (20)*	1 (7,1)*	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Hubo asociación estadísticamente significativa entre la extensión de la quemadura y la satisfacción con la apariencia ($p=0.00$), donde el 40% de los pacientes con quemaduras del 1% y 2% de extensión se encontraban satisfechos con su apariencia corporal actual.

ASOCIACIÓN DE DATOS DE LA CURACIONES Y LA APARIENCIA CORPORAL

Tabla 45: ASOCIACIÓN ENTRE NÚMERO DE CURACIONES Y LA APARIENCIA CORPORAL

NÚMERO DE CURACIONES	Apariencia Corporal		p
	Satisfecho %	Insatisfecho %	
1 vez	1 (20)	2 (14,3)	> 0,05
2 veces	0	4 (28,6)*	0.003*
3 veces	1 (20)	4 (28,6)	> 0,05
4 veces a más	3 (60)*	4 (28,6)*	0.005*

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Se encontró dos asociaciones estadísticamente significativas: Al realizarse dos curaciones a los pacientes quemados se presentó que el 28,6% refirió una insatisfacción con su apariencia (p=0.003), en cambio al realizarse 4 curaciones a más los pacientes refirieron estar satisfechos con su apariencia corporal actual (p= 0.005).

Tabla 46: ASOCIACIÓN ENTRE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS Y LA APARIENCIA CORPORAL

LIMPIEZAS QUIRUGICAS	Apariencia Corporal		p
	Satisfecho %	Insatisfecho %	
No	2 (40)*	1 (7,1)*	
Si	3 (60)*	13 (92,9*)	
1 vez	2 (40)*	9 (64,3)*	0,000*
2 veces	0	3 (21,4)*	
3 veces	1 (20)*	1 (7,1)*	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

Existe asociación estadística significativa entre las limpiezas quirúrgicas y la satisfacción con la apariencia (p=0.00), donde al realizarse una sola vez dicho procedimiento, los pacientes refirieron estar insatisfechos con su apariencia corporal actual (64,3%).

Tabla 47: ASOCIACIÓN ENTRE INJERTOS DE PIEL Y LA APARIENCIA CORPORAL

INJERTOS DE PIEL	Apariencia Corporal		p
	Satisfecho %	Insatisfecho %	
No	2 (40)	5 (35,7)	
Si	3 (60)	9 (64,3)	
1 vez	2 (40)	7 (50)	>0,05
2 veces	1 (20)	1 (7,1)	
3 veces	0	1 (7,1)	

Fuente: ficha de recolección de datos, *: estadísticamente significativo

La necesidad de injertos no tuvo una asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de la apariencia corporal en los pacientes quemados, sin embargo se vio que el 50% de los pacientes que tuvieron un solo requerimiento de injerto de piel se encontraron insatisfechos con su apariencia.

14.2 Discusión

Al ser el Hospital Regional del Cusco, un centro de referencia importante en nuestra región y el único hospital en el departamento que cuenta con la Unidad de Quemados, por tal razón éste trabajo se enfocó en dichos pacientes (población).

- **Sociodemográfico:**

En este estudio se contó con la colaboración de 19 pacientes de la Unidad de Quemados, similar al estudio de Andrade, que contó con una población de 20 pacientes. Dentro de la población estudiada estuvieron pacientes cuyas edades eran de 18 a 65 años, con un 26.3% entre las edades de 32 y 38 años, similar al trabajo de Waqas⁽¹⁶⁾ que tuvo una población con una edad media de 35 años; además se obtuvo una población predominante del sexo femenino del 57,9% (11 mujeres), a diferencia del trabajo de Yang Zhen⁽²⁰⁾ donde la mayor población fue del sexo masculino con 105 varones, igualmente en el trabajo de Fauerbach⁽¹²²⁾ su población masculina fue la predominante con 77.9%.

Con relación al lugar de procedencia de los pacientes hubo un mayor porcentaje de zona rural (63.2%), el estado civil representativo fue el de convivientes con un 36.8%, a diferencia del trabajo de Ortega⁽¹¹⁾ donde predominaron los solteros con un 31%; con relación al grado de instrucción, en nuestro estudio se obtuvo que el 31.6% tiene el nivel secundario, el cual fue similar con el de Ortega⁽¹¹⁾ donde el 43% tuvo primaria y secundaria y similar al estudio de Andrade⁽⁸⁾ donde el 50% conto con el nivel secundario; así mismo se encontró que el 68.4% de los pacientes cuentan con una ocupación; además el 42.1% se ubican en el estrato IV (bajo) de nivel socioeconómico, similar al estudio de Ortega⁽¹¹⁾ con un 75% en dicho estrato.



Otro ítem fue el número de hijos, donde el 36,8% tuvieron tres hijos a más, así como el 100% de los pacientes contaron con un apoyo familiar y/o amigos, de igual forma el 100% tiene una religión y/o creencia, como lo corrobora en el trabajo de Mi Heui⁽¹⁵⁾, donde se determinó que entre los factores importantes para una mayor resiliencia está en el apoyo familiar; el tener una creencia o religión, que es similar al estudio de Chen⁽⁵⁾ donde el 53.3% tenían una religión o creencia.

- **Datos de la quemadura**

Esta investigación se realizó durante la hospitalización, donde la mayor frecuencia fue de 2 semanas (31.6%), a diferencia de los trabajos como Hodder⁽¹⁸⁾, Thombs⁽²¹⁾, Arancibia⁽¹⁹⁾, Wiechman⁽¹³⁾ y Ghriwati⁽¹⁴⁾, donde se realizaron al momento del alta, a los 6 meses, al año e incluso a los 5 años para evaluar las diferentes trayectorias tanto de la resiliencia como de la imagen corporal de los pacientes quemados, como es el caso del estudio de Armstrong⁽¹²⁾ donde la lesión de quemadura fue más de 8 años antes de realizarse la investigación, el trabajo más similar en este aspecto fue el de Ortega donde realiza la determinación de la resiliencia durante la hospitalización.

A nivel de las quemaduras, se observó que la causa más frecuente en este grupo de pacientes fue por líquidos calientes en un 47.4%, que al compararse con el estudio de Fauerbach⁽²³⁾ donde la causa más frecuente fue por llama y/o fuego con 39.5%

La localización de la quemadura más afectada fue la cabeza con el 10.5% con predominio de cara, es así que el trabajo de Sinha⁽⁹⁾ que se enfocó en los efectos psicosociales y físicos en pacientes quemados a nivel de cara y cuello, siendo su muestra de 373 participantes, donde comparó pacientes quemados en cara y cuello con otras zonas del cuerpo.



Se observó que un 52.6% la quemadura fue de espesor completo, siendo este resultado comparable con el estudio de Chen ⁽⁵⁾, donde el 70% de quemaduras fue de espesor completo, sin embargo Ortega ⁽¹¹⁾ tuvo una prevalencia de quemaduras de espesor parcial de 25%, mientras que Andrade ⁽⁸⁾ describe en un 30% de su población con quemaduras de espesor parcial superficial.

En la extensión de la quemadura se encontró en este estudio el predominio de porcentaje de superficie corporal fueron del 2% y 5% que representan el 26.3% de pacientes, a diferencia de otros estudios, donde consideran dentro de sus criterios de inclusión para la realización de sus trabajos más del 20% de superficie corporal quemada como es el caso de Pope ⁽²²⁾ y en el estudio de Sinha. ⁽⁹⁾

Otro aspecto a tener en cuenta fue si la quemadura se localiza en zonas visibles o no, que según la respuesta de los participantes, afirmaron que podía ver su lesión a simple vista en un 84.2%; Hodder ⁽¹⁸⁾ en su trabajo al realizar entrevistas a los pacientes con cicatrices visibles indicaron que sí hacían uso de maquillaje, utilizaban la ropa para mejorar su apariencia e incluso se imaginaban a las cicatrices ubicadas en otras zonas diferentes de su cuerpo.

- **Datos de las curaciones**

Este trabajo se enfocó en cómo las curaciones realizadas en el servicio de la Unidad de Quemados tendría efectos en la resiliencia del paciente y a su vez en la imagen corporal durante su hospitalización, de ello se puede encontrar que el mayor número de curaciones realizadas fueron de cuatro veces (36.8%), otro de los aspectos fue la necesidad de limpieza quirúrgica (escarectomia) que representa un 84.2% de los casos hospitalizados en



el servicio. A nivel del número de limpiezas quirúrgicas necesarias, se encontró que el mayor porcentaje se realiza una sola vez (57.9%) y a esto se suma la necesidad de colocación de injertos de piel en 63.2% de los casos, dentro de dicho procedimiento se realizó solo una vez, que representa el 47.4%.

(A) En asociación con la Resiliencia:

La resiliencia fue estudiada en este trabajo durante la hospitalización, con el fin de investigar cómo podría existir un posible cambio en su manera de afrontar este hecho traumático de las quemaduras con las curaciones.

Se obtuvo un porcentaje del 42.1% de los pacientes quemados con un nivel moderado de resiliencia (puntaje entre 122-146), a diferencia de ello, Yang⁽²⁰⁾ muestra un nivel de resiliencia mayor (67.3%) así mismo Andrade⁽⁸⁾ muestra igualmente un nivel de resiliencia mayor (55%). Dentro de los factores de la resiliencia que se evaluaron se obtuvo que el mayor porcentaje fue sentirse bien en un 76.4%.

Se encontró la asociación de edades entre 32 y 38 años con un escaso nivel de resiliencia ($p=0.045$), sin embargo dichos niveles de resiliencia no están relacionados directamente a la edad, sino a la trayectoria y a las diferentes etapas del ciclo de vida, siendo variable para cada persona.⁽⁶⁵⁾

Se hizo la asociación entre el sexo del paciente con la resiliencia, dando como resultado que dicha asociación no sea estadísticamente significativa ($p=0,64$), en el estudio de Yang⁽²⁰⁾ se encontraron diferencias significativas en la capacidad de recuperación de los pacientes en función de la ocupación, el género y el estado civil ($p < 0,05$), en su estudio las pacientes de sexo femenino mostraron puntuaciones significativamente más altas de resiliencia y



optimismo a diferencia de los pacientes masculinos ($p < 0.05$), este resultado implicaría que las mujeres requieren un apoyo externo (por ejemplo la familia) para ser una persona resiliente, aunque se necesitaría más investigaciones para una conclusión clara.⁽⁶⁵⁾

El estar casado tiene una asociación estadísticamente significativa con la resiliencia a diferencia de los otros estados civiles, con un nivel moderado de resiliencia ($p=0.042$), podría deberse a que la dinámica familiar es un factor importante en la resiliencia, la calidad de las relaciones intrafamiliares son la red social de seguridad, apoyo con afecto mutuo,⁽¹²³⁾ a diferencia del estudio hecho por Ortega⁽¹¹⁾ donde el estado civil no tiene una significancia estadística con el nivel de resiliencia.

Existe la fuerte asociación estadística entre el nivel de instrucción y la resiliencia, que al tener nivel secundario se asocia a un mayor nivel de resiliencia ($p=0,000$), en el estudio de Waqas⁽¹⁶⁾ donde el nivel educativo no tuvieron asociación estadísticamente significativa, así mismo Chen⁽⁵⁾ determinó que los niveles de resiliencia y educación mostraron diferencias significativas en la prueba t ($p = .044$), sin embargo no obtuvo significancia estadística con el método no paramétrico U de Mann-Whitney ($p = .059$), esto podría deberse a que tanto las instituciones formales como la escuela, intervienen como un factor externo en el desarrollo de la resiliencia.⁽⁶⁸⁾

Las quemaduras por líquidos calientes presentó una asociación significativa con la resiliencia, resultando un escaso nivel de resiliencia ($p=0.005$) donde es la causa más frecuente de quemaduras en adultos en este estudio, además se encontró la asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización ($p=0.001$) y la resiliencia donde los pacientes con una estancia hospitalaria de 2 semanas presentaron un nivel mayor



de resiliencia (42.9%), similar al estudio de Ortega⁽¹¹⁾ donde mostro que a mayor tiempo de hospitalización menor nivel de resiliencia, todo ello nos indicaría el papel importante de los profesionales de salud, para dar el apoyo psicológico necesario.⁽¹²⁴⁾

La profundidad de la quemadura se asoció estadísticamente a la resiliencia ($p=0.004$), donde un espesor completo se correlaciona con un nivel moderado de resiliencia, además una extensión de la quemadura del 5% de TBSA, se asocia estadísticamente con un nivel mayor de resiliencia, es así en el estudio de Ortega⁽¹¹⁾ donde al tener una quemadura de espesor parcial y de una extensión hasta el 10% de TBSA presentaron mayores niveles de resiliencia, estos resultados podría deberse a que los pacientes con quemadura más profundas tienen una recuperación lenta, donde la piel no se verá ni se sentirá como antes de la quemadura, con cicatrices que se contraerán e incluso llegar a una discapacidad permanente, sin embargo la gravedad no necesariamente predecirá la angustia del paciente sino la percepción del mismo ante su cuerpo.⁽¹⁰⁾⁽⁸⁶⁾

Siendo el objetivo de este trabajo que es el determinar el efecto de las curaciones en el nivel de resiliencia de pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Regional Cusco, por ello dentro de nuestros resultados obtenidos en función del número de curaciones, limpieza quirúrgica de la quemadura y la necesidad de injertos de piel, los tres factores tuvieron una asociación estadísticamente significativa con $p=0.003$, $p=0.001$ y $p=0.000$ respectivamente, con los diferentes resultados en función a la resiliencia, dependerá del tipo de procedimiento realizado y el número de veces que pudieron realizarse durante la estancia hospitalaria, es así que se obtuvo:



El 25% de los pacientes que se les realizó una sola curación presentó un nivel moderado de resiliencia, en cambio el 50% de los pacientes que se les realizó cuatro veces o más curaciones obtuvieron un escaso nivel de resiliencia, este resultado podría interpretarse que a mayor número de curaciones la persona interpretaría que la afectación de la quemadura es más grave.

En el caso de las limpiezas quirúrgicas, el 62,5% de los pacientes que se les realizó una sola vez presentaron un nivel moderado de resiliencia, a diferencia del 25% de los pacientes que fueron sometidos a tres veces el procedimiento obtuvieron un escaso nivel de resiliencia, podría deberse a que dicho procedimiento es traumático para el paciente, asociado al dolor, ya que generalmente no se incluye anestesia al realizarlo, por tal razón podría repercutir negativamente en el paciente.

En el caso de los pacientes con necesidad de injerto de piel se encontró que al realizarse una sola vez este procedimiento, el 57.1% de los pacientes presentaron un mayor nivel de resiliencia, en comparación al 25% de pacientes que les realizaron tres veces reflejaron un nivel escaso de resiliencia, dándonos a entender que los pacientes con menor necesidad de injertos aumentarían su nivel de resiliencia, haciendo que el paciente lo relacione con una quemadura menos grave, además no se tendría que extraer piel de varias zonas del cuerpo (zona dadora), la cual implicaría generar otras cicatrices que podrían afectar su resiliencia.

(B) Asociación con la Apariencia Corporal:

Las quemaduras al dar un cambio significativo en el aspecto de su cuerpo, no solo en la repercusión de las cicatrices en el plano físico sino también en la parte emocional y mental de cómo se ven a sí mismo y como le verán los demás, generando angustia y una



baja autoestima, es así que en esta investigación se tomó en cuenta estos aspectos del paciente quemado.

Siendo uno de los objetivos de ésta investigación la manera como la persona quemada ve su imagen corporal, se utilizó la Escala de Satisfacción con la Apariencia (SWAP), la cual es específica para pacientes quemados, dando los siguientes resultados:

El mayor porcentaje de pacientes quemados están insatisfechos con su imagen corporal (73.7%) y dentro los factores que evalúa dicha escala el 15.8% está insatisfecho en todos los factores evaluados.

La asociación entre **la edad y la apariencia corporal** tuvo una relación estadísticamente significativa entre rangos de edad de 25 a 59 años ($p=0.011$), revelando que la edad de 32 a 38 años presentaron el mayor porcentaje de insatisfacción de su apariencia (21.4%), es así que en el trabajo de Hodder⁽¹⁸⁾ donde se realizaron entrevistas abiertas a los participantes refirieron que las quemaduras en la edad adulta resultaba menos cambiante que si las hubieran tenido desde la infancia, sin embargo añadieron que sienten haber perdido su “yo” en el proceso de afrontar dicho cambio, así mismo en el estudio de Fauerbach⁽²³⁾ donde fueron incluidos 86 pacientes adultos quemados en un promedio de edad de 42 años, presentaron posterior a la quemadura mejoría de la calidad de vida en el área social ($p=0.05$), sin embargo nuestros resultados denotan que a partir de los 30 años las percepciones corporales de la persona cambia con el tiempo.⁽⁹⁸⁾

La asociación estadística entre **el sexo (género) y la apariencia corporal** fue $p=0.046$, donde las mujeres (71.4%) presentaron insatisfacción con su apariencia a comparación del sexo masculino, los cuales estuvieron satisfechos con su apariencia corporal (80%),



esto se correlaciona con el estudio de Ghriwati⁽¹⁴⁾ donde igualmente los pacientes femeninos mostraron una mayor insatisfacción con su quemadura posterior a los 2 años de ocurrido el incidente, de igual manera en el estudio de Thombs⁽²¹⁾ se identificó que las mujeres presentaron a los 12 meses de la quemadura mayor insatisfacción de su apariencia ($p < 0.001$), así mismo el estudio de Arancibia⁽¹⁹⁾ presentó la relación estadística entre autoconcepto físico con una insatisfacción de su apariencia en mujeres, junto al estudio de Sinha⁽⁹⁾ que igualmente las mujeres presentaron inconformidad en relación a su apariencia corporal, todo ello podría deberse a que ellas tienden a tener una excesiva preocupación por su imagen corporal, llevándolas a niveles elevados de ansiedad e inconformidad.⁽¹⁰⁰⁾

Con el **grado de instrucción**, se vio que los pacientes que contaban con un nivel universitario presentaban estar satisfechos con su apariencia (40%), esto podría deberse a que la presión social que se ejerce en esta etapa de la vida, donde la apariencia física es muy importante para su desenvolvimiento en la sociedad.

El **tiempo de hospitalización** tuvo la asociación estadísticamente significativa con el tiempo de 3 a 4 semanas ($p=0.012$) y se vio que a las 3 semanas existía mayor insatisfacción de la apariencia corporal, es así que el estudio de Thombs⁽²¹⁾ al aplicar el SWAP durante la hospitalización, a los 6 y 12 meses del alta, descubrió que los pacientes mostraron mayor insatisfacción con su imagen corporal, esto daría a entender que la aceptación de la nueva imagen de su cuerpo es progresiva en años, haciendo suponer que a mayor duración de hospitalización se vincula con la mayor complejidad de la quemadura, con mayor número de procedimientos, además se añade que el incremento de la duración hospitalaria tendría un impacto negativo en la percepción de la calidad de vida del paciente.⁽¹²⁵⁾



Otro punto importante que se tomó en nuestro estudio fue **la visibilidad de la quemadura**, encontrándose la asociación estadísticamente significativa con la apariencia corporal ($p=0.002$), donde los pacientes referían presentar mayor insatisfacción con las quemaduras en zonas expuestas a simple vista, como son la cara, el cuello e incluso en manos, esto lo corrobora el estudio de Sinha⁽⁹⁾ donde al comparar el grupo de pacientes con quemaduras a nivel de cara y cuello (H&N) con el grupo control de pacientes que no tenían dichas lesiones en esa zona (no H&N), demostraron que el grupo H&N presentó asociación estadísticamente significativa presentando peores puntajes que el grupo no H & N ($p=0.001$) y la mayoría de los ítems SWAP fueron significativamente diferentes entre los dos grupos a lo largo de su investigación, es así que Pope⁽²²⁾ en su estudio comparó las zonas quemadas con las zonas no quemadas, donde determinó que la insatisfacción en las zonas quemadas obtuvieron un puntaje de 2.6 versus 1.1 de la zona no quemadas, con una relación significativa ($p=0.001$) con la insatisfacción de su apariencia en zonas quemadas, esto implicaría que las personas con desfiguraciones al inicio desarrollarán una percepción negativa de su imagen corporal, enfrentándose a la estigmatización de la sociedad.⁽⁸⁶⁾

En función a **la profundidad**, las quemaduras de espesor completo tuvieron relación estadística con la apariencia corporal ($p= 0.012$), donde solo el 40% presentó una satisfacción con su apariencia actual, que podría deberse a que en este grado de quemaduras se realizan generalmente injertos de piel o colocación de apósitos hidrocoloides, las cuales darían un mejor aspecto de la quemadura si se le compara con la lesión inicial así como menor número de curaciones; en cambio **la extensión de la quemadura** presentó relación estadística con la apariencia corporal ($p=0.000$), obteniéndose que el 40% de pacientes con el 1% TBSA indicaba estar satisfecho con su



apariciencia, a diferencia del 20% de pacientes con el 5% TBSA refirió estar insatisfecha con su apariencia corporal actual, es así que Thombs⁽²¹⁾ al realizar dicha asociación observó, que el área total de la superficie corporal quemada ($p < 0.01$) y la importancia de la apariencia ($p < 0.01$) predijeron una insatisfacción de la imagen corporal, esto podría deberse a que las quemaduras extensas, aunque no están necesariamente asociadas a una insatisfacción con la imagen corporal,⁽¹²⁶⁾ así como la visibilidad de la quemadura (cicatriz), éstas heridas repercuten en importancia en la apariencia de la persona, que con la gravedad de la misma o a las posibles alteraciones en la estructura y función de partes del cuerpo afectadas.⁽⁹⁹⁾

En este estudio principalmente es la investigación entre las curaciones y el efecto de éstas en la imagen corporal del paciente quemado, y cómo en cada procedimiento podría hacer un cambio en el paciente, se obtuvieron los siguientes resultados en función a la apariencia corporal:

Al realizarse 2 veces las curaciones, el 28.6%, presentaron una insatisfacción con su apariencia corporal ($p=0.003$), en cambio al realizarse 4 veces a más curaciones, el 60% obtuvieron una satisfacción con su apariencia corporal actual ($p=0.005$), esto daría a entender que a mayor número de curaciones habría una mejoría en como el paciente quemado se ve a sí mismo, posiblemente al cambio en el aspecto que se está produciendo en sus heridas en cada curación (en su reepitelización) comparando con la lesión inicial.

La asociación entre el número de limpiezas quirúrgicas presentó similares resultados al número de curaciones, donde: Al realizarse por una (1) sola vez dicho procedimiento, el 64.3% presentó insatisfacción con su apariencia corporal ($p=0.000$), a diferencia del 20%



que tuvo 3 veces tal procedimiento presentó una satisfacción con su apariencia corporal actual ($p=0.000$), dando a entender que a mayor número de limpiezas quirúrgicas aumentaría la satisfacción de su apariencia, haciendo pensar que posiblemente al principio de las limpiezas no ven un cambio significativo en sus quemaduras, sin embargo con un mayor número de limpiezas quirúrgicas se verían el progreso de sus cicatrices.

La asociación entre la necesidad de injertos y la apariencia corporal no tuvo significancia estadística con $p>0.05$ en este estudio, quizás este hecho se deba a que es muy pronta la evaluación de los cambios en su apariencia con el injerto de piel y posiblemente los pacientes relacionan que al realizarse los injertos implicaría mayor grado de severidad y deformidad de sus cuerpos.



14.3 Conclusiones

- (A) El mayor número de curaciones, limpiezas quirúrgicas e injertos de piel, se asocia con un nivel escaso de resiliencia en el paciente quemado.
- (B) La satisfacción de la apariencia corporal en el paciente quemado se vincula a un mayor número de curaciones y limpiezas quirúrgicas.



14.4 Sugerencias

- A nivel del Hospital Regional del Cusco:

Se recomienda una evaluación y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico a todos los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados desde su ingreso hasta la alta médica.

Se sugiere la capacitación periódica al personal de salud para identificar aspectos que repercutan en el estado emocional de los pacientes a tratar.

- A nivel de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco:

Se recomienda realizar más estudios en este tema, con una mayor población de pacientes quemados y su posterior seguimiento, para el mejor contraste de los resultados de ésta investigación.

Se sugiere realizar otros estudios enfocados en la esfera mental de los pacientes quemados, para así brindar información en el desarrollo de nuevos métodos de apoyo a los mismos.

- A nivel de la población en general de la ciudad del Cusco:

Se sugiere dar importancia al tema de las quemaduras en la población general a través de las autoridades y centros de salud, brindando charlas preventivas y de las medidas auxiliares básicas ante diferentes causas de quemadura.

Se recomienda realizar tamizajes, con el fin de identificar alteraciones psicológicas ante diferentes situaciones adversas en la población.



15 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez LLM, Andrade ALC, Llaguno CAB, Arango MJB. Cirugía reconstructiva en pacientes con quemaduras comparación del grado de complejidad comparación en niños y adultos. RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc. 2019;3(1):1090–109.
2. Villalobos Zamora Melissa. Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la ciudad de Lima, Periodo 2018. [Lima- Perú]: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
3. World Health Organization. World Health Organization: A WHO plan for burn prevention and care. 2008.
4. Allué M. Características psicológicas del Gran Quemado. [España]: Universidad de Oviedo; 2013.
5. Chen Ya Lin. A Correlational Study of Acute Stress and Resilience Among Hospitalized Burn Victims Following the Taiwan Formosa Fun Coast Explosion. Clin Nurs Res. 2018;0(0):1–15.
6. Rodriguez M. Alteraciones psicológicas en pacientes quemados durante su estadia hospitalaria. Universidad de Ciencias Médicas Holguín. 2019;23(4).
7. Han J, Zhou X. The Process of Developing Resilience in Patients with Burn Injuries. The Journal of Nursing Research. febrero de 2020;28(1).
8. Andrade Quiguango Hadith. Rasgos de Personalidad y Niveles de Resiliencia en personas con quemaduras: Unidad de Quemados, HCAM. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2019.
9. Sinha I, Nabi M. Head and neck burns are associated with long-term patient- reported dissatisfaction with appearance: A Burn Model System National Database study. BURNS. el 22 de diciembre de 2018;30.
10. Abrams TE, Ratnapradipa D, Tillewein H, Lloyd AA. Resiliency in burn recovery: a qualitative analysis. Soc Work Health Care. 2018;57(9):774–93.
11. Ortega S. Resiliencia y su influencia en el tratamiento de las personas con quemaduras del Hospital General Isidro Ayora en la ciudad de Loja. [Loja Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2018.
12. Armstrong L, Cadogan J. An evaluation of the impact of a burn camp on children and young people's concerns about social situations, satisfaction with appearance and behaviour. Scars, Burns & Healing. 4:1–15.
13. Wiechman S, y col. The relation between satisfaction with appearance and ethnicity. Journal of Burn Care & Research. 2018;39(1):36.
14. Ghriwati N, Sutter M. Two year differences in satisfaction with Appearance after burn injury and prediction of five year depression: a latent growth curve approach. Arch Phys Med Rehabil. 2017;98(11):2274–9.



15. Mi Heui Jang, y col. Factors influencing resilience of burn patients in South Korea. *Journal of Nursing Scholarship*. septiembre de 2017;9(5):478–86.
16. Waqas Ahmed. Apoyo social y resiliencia entre pacientes con lesiones por quemaduras en Lahore, Pakistán. *Cureus*. el 8 de noviembre de 2016;8(11).
17. Masood A, Masud Y. Gender differences in resilience and psychological distress of patients with burns. *BURNS*. 2016;42(2):300–6.
18. Hodder K, Chur A. A Thematic Study of the Role of Social Support in the Body Image of Burn Survivors. *Health Psychol Res*. Enero de 2014;2(1).
19. Arancibia Raúl. Imagen corporal, Autoconcepto y Depresión en Adolescentes con Secuelas de Quemadura Atendidos en la Fundación Procentro del Quemado. [La Paz- Bolivia]: Universidad Mayor de San Andrés; 2014.
20. Yang Zhen y col. Factores que influyen en la resiliencia en pacientes con quemaduras durante el período de rehabilitación - ScienceDirect [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013214000209>
21. Thombs B, D Notes L. From survival to socialization: A longitudinal Study of body image in survivors of severe burn injury. *J Psychosom Res*. 2008;64(2):205–12.
22. Pope SJ, Solomons W. Body image, Mood and Quality of Life in Young Burn Survivors. *Burns*. 2007;33(6):747–55.
23. Fauerbach James y col. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosomatic Medicine*. 2000;62(4).
24. Yance Morales Moisés. Guía de Práctica Clínica Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2017.
25. Assessment and classification of burn injury - UpToDate [Internet]. [citado el 10 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-classification-of-burn-injury?search=management-of-burn-&topicRef=349&source=related_link
26. Orgill DP. A finite element model predicts thermal damage in cutaneous contact burns. *J Burn Care Res*. 1998;109.
27. Encabo B, Fernández J, Gaminde M, Gracia L, Gurruchaga A, Rodríguez E, et al. Quemaduras. *Farm Prof*. el 1 de junio de 2003;17(6):46–57.
28. Manrique Martínez I. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2019;23(2):81–9.
29. Nielson CB, Duethman NC, Howard JM, Moncure M, Wood JG. Burns: Pathophysiology of Systemic Complications and Current Management. *J Burn Care Res*. enero de 2017;38(1):e469–81.



30. Mertens DM. Outpatient burn management. 1997;32:343.
31. Baxter CR. Management of burn wounds. *Dermatol Clin*. 1993;4(11):709.
32. Pérez Boluda T. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud; 2011.
33. Kagan RJ. Surgical management of the burn wound and use of skin substitutes: an expert panel white paper. *Journal of Burn Care & Research*. 2013;34(2):60–79.
34. Warby Rachel. Burns Classification. el 16 de marzo de 2019;
35. Vale ECS do. Inicial management of burns: approach by dermatologists. *An Bras Dermatol*. febrero de 2005;80(1):9–19.
36. Fernández Yolanda M. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2019.
37. Heimbach D. Burn depth: a review. *World J Surg*. 1992;16(1).
38. Wasiak J. Topical negative pressure (TNP) for partial thickness burns. *Cochrane Syst Rev*. 2007;
39. Greenhalgh David. Management of Burns. *N Engl J Med*. junio de 2019;49–59.
40. Bowler PG. Wound microbiology and associated approaches to wound management. *Clin Microbiol Rev*. 2001;14(2):244.
41. Hartford CE. Care of outpatient burns. Herndon. 2007;third edition:67.
42. Norman G. Antiseptics for burns. *Cochrane Syst Rev*. 2017;7.
43. Wasiak J. Dressings for superficial and partial thickness burns. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;
44. White RJ. Topical antimicrobials in the control of wound bioburden. *Ostomy Wound Manage*. 2006;52(8):26.
45. D'Avignon LC. Prevention and management of infections associated with burns in the combat casualty. *J Trauma*. 2008;64(3).
46. ISBI Practice Guidelines Committee. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. *Burns*; 2016.
47. Sargent RL. Management of blisters in the partial thickness burn; an integrative research review. *J Burn Care Res*. 2006;27(1):66.
48. Kesting MR. The role of allogenic amniotic membrane in burn treatment. *J Burn Care Res*. 2008;29(6):907.



49. Larrea B, Añvila M. Manejo del dolor en pacientes quemados. *Rev Chilena de Anestesia*. 2015;44(1):78–95.
50. Norman A. Pain in the patient with burns. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. 2004;4(2):57–61.
51. Griggs C, Goverman J. Sedation and Pain Management in Burn Patients. *Clin Plast Surg*. 2017;44(3):535–40.
52. Becoña Elisardo. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*. 2006;11(3).
53. Joy Garcia Dia Mary. Concept analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2013;27:264–70.
54. Limonero JT. Estrategias de Afrontamiento Resilientes y Regulación Emocional: Predictores de Satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology*. 2012;20(1):183–96.
55. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [citado el 24 de febrero de 2020];8(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6009510/>
56. García del Castillo J. Conceptualización Teórica de la Resiliencia Psicosocial y su Relación con la Salud. *Health and Addictions*. Enero de 2016;16(1).
57. Fernandes de Araújo L. Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia psicológica*. Diciembre de 2015;33(3).
58. Aguiar Enrique AG. Resiliencia, Factores de Riesgo y Protección en Adolescentes Mayas de Yucatán: Elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*. 2012;15(2):53–64.
59. Luthar SS. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;7(1).
60. Braverman M.T. Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Focus*. 2001;7(2):1–12.
61. Cespedes Moises NJ. *Funcionamiento Familiar y Resiliencia en pacientes con Enfermedades no transmisibles de un hospital público en Lima Metropolitana*. [Lima -Perú]: Universidad Peruana Union; 2018.
62. Estefó Mariana Natalia. *Factores resilientes en adultos jóvenes de 25 a 30 años pertenecientes a la Universidad Abierta Interamericana, en Rosario, Santa Fe*. [Rosario]: Universidad Abierta Interamericana; 2011.
63. Salgado A.C. *Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana*. *Liberabit*. 2005;11(11).



64. Ferrándiz Sansano Claudia. El impacto de la resiliencia en pacientes con cáncer. [España-Elche]: Universidad Miguel Hernández; 2016.
65. Gonzáles Arratia NI. Resiliencia. Diferencias por Edad en hombres y mujeres mexicanos. Acta de Investigación Psicológica. Agosto de 2015;5(2):1996–2010.
66. Werner E.E. Resilience in development. *Curr Dir Psychol Sci*. 1995;4:81–5.
67. Polo Cecilia. Resiliencia: Factores Protectores en Adolescentes de 14 a 16 años. [Chile]: Universidad del Aconcagua; 2009.
68. Diaz Castillo Ricardo. Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Neurama, revista electrónica de psicogerontología*. diciembre de 2017;4(2).
69. Rodriguez Piaggio. Resiliencia. *Rev Psicopedagogia*. 2009;26(80):291–302.
70. Taormina Robert J. Adult Personal Resilience: a new theory, new measure, and practical implications. *Psychological Thought*. 2015;8(1).
71. Arriagada Fabiola JP. Nivel de Resiliencia en familiares de personas hospitalizadas en Cuidados Intensivos y Factores asociados. 2017;23(2):33–44.
72. Marra Gabriel. Un aporte de la resiliencia a la Clínica Psicoanalítica. *Psicología: teoría e práctica*. 2012;14(3):168–79.
73. Lezring TD, Block J. Ego control and ego resiliency: generalization of selfreport scales based on personality descriptions from acquaintances, clinician and the self. *J Res Pers*. 2005;39:395–422.
74. De Sousa A. Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian J Plast Surg*. 2010;43.
75. Akhtar B, Sundas K. Post- traumatic stress disorder and resilience among adult burn patients in Pakistan: a cross- sectional study. *Burns & Trauma*. 2018;6(8).
76. Castilla H, Coronel J. Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia (Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*. 2016;4(2).
77. Castro CJ. Resiliencia en los padres de los bebés con habilidades diferentes de 0-5años del Programa de Intervención Temprana (PRITE)- Callo. [Lima- Perú]: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
78. Gómez M.A. Estandarización de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young en universitarios de Lima metropolitana. [Lima -Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2019.
79. Zhe Yuan Xia. The impact of acceptance of disability and psychological resilience on post traumatic stress disorders in burn patients. *International Journal of Nurses*. diciembre de 2014;1(4):371–5.



80. Lau U., Van Niekerk A. Restorying the Self: An exploration of young burn survivors' narratives of resilience. *Qualitative Health Research*. 2011;21(9):165–81.
81. Morse J.M. Researching illness and injury: Methodological considerations. *Qualitative Health Research*. 2000;10:538–46.
82. Appelt I. Narratives of hope: Trauma and resilience in a low- income South African community. [Cape Town, South Africa]: University of Stellenbosch; 2006.
83. He,F; Cao, R. Feng Z. The impacts of dispositional optimis and psychological resilience on the subjectie well-being of burn patients. A structural equation modelling analysis. *PLoS One*. 2013;8(12).
84. Kornhaber Rachel y col. The role of resilience in the recovery fo the burn-injured patient: an integrative review. *Dovepress JournalChronic Wound Care Manag Res*. mayo de 2016;3:41–50.
85. Cáceres Pérez Marco. Estrategias de afrontamiento y reacciones de éstres de pacientes en situacion de hospitalización por quemaduras de tercer grado en el servicio de quemados del Hospital Carlos Andrade Marin, periodo febrero- abril 2018. [Quito -Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2018.
86. King CC Ian. Body image in paediatric burns: a review. abril de 2018;6(12).
87. Salaberria K. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*. 2007;8:171–83.
88. Rodríguez Diego. Generalidades de la Imagen Corporal y sus implicaciones en el deporte. *Rev FacMed*. 2015;63(2):279–87.
89. De la Serna I I de la S de. Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monografías de psiquiatría*. 2004;16(2):1–2.
90. Salazar Mora Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones, Universidad de Costa Rica*. 2008;87(2):67–80.
91. López Ana. Percepción de satisfacción-insatisfaccion de la imagen corporal en na muestra de adolescentes de Reus (Tarragona). *BIBLID- Zainak*. 2008;30:125–46.
92. Estévez Díaz M. Relación entre la insatisfaccion con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto fisico y la composicion corporal en el alumnado de segundo ciclo de educacion secundaria de la ciudad de Alicante. [Granada]: Universidad de Granada; 2012.
93. Woodburn S.S. La Imagen Corporal en Niños. Mario Murillo. Vol. 1. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 1997.
94. Ramírez M, Godoy D. Imagen corporal y satisfaccion corporal en adultos: diferencias por sexo y edad. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. 2014;10(1):63–8.



95. Muñoz A.M. La image corporal en la sociedad del siglo XXI. [Catalunya- España]: Universidad Internacional de Catalunya; 2014.
96. Sánchez R, Maganto M. Satisfaccion corporal y vital de personas mayores de 50 años en España. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2009;62(4):293–302.
97. Sánchez R. Mejora de la satisfaccion corporal en la madurez a través de un programa específico de imagen corporal. *Pontificia Universidad Javeriana*. 2019;19.
98. Ramírez M,. Imagen corporal, Satisfacción corporal, Autoeficacias específicas y conductas de salud y riesgo para la mejora de la imagen corporal. [España]: Universidad de Granada; 2007.
99. Caltran MP. Satisfaction with Appearance Scale- SWAP: Adaptation and validation for Brazilian burn victims. *Burns*. 2016;3(25).
100. Vaquero Raquel. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*. 2013;28(1):27–35.
101. Borrás A. Intervenciones para el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer. [España]: Universitat Jaume I; 2016.
102. Trimble M.R. Body image and the temporal lobes. *Br J Psychiatry*. 1988;153:12–4.
103. McGrouther D.A. Facial disfigurement. The last bastion of discrimination. *BMJ*. 1997;314(7086):991.
104. Fidel Kinori Sara. Trayectorias Psicológicas y Evolución Clínica Post Quemaduras. [Barcelona-España]: Universidad Autónoma de Barcelona; 2014.
105. TARRIER N. Psychological Morbidity in adult burns patients: prevalence and treatment. *Journal of Mental Health*. 1995;4(1):51–62.
106. Martín Noelia. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. *Rev ROL enferm*. 2014;37(2):100–9.
107. Taal L.A. Post- traumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1-2 years postburn. *Burns*. 1998;24(4):285–92.
108. Noronha Delilah y col. Identifying the variables impacting post burn psychological adjustment: a meta analysis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(3).
109. Ngaage M., Agius M. The psychology of scars: a mini review. *Psychiatria Danubina*. 2018;30(7):633–8.
110. Tagkalakis P, Demiri E. A Fear avoidance model in facial burn body image disturbance. *Ann Burns Fire Disasters*. 2009;22(4):203–7.
111. Newell R. Body image disturbance:cognitive behavioural formulation and intervention. *J Advanced Nursing*. 1991;16.



112. Newell R.J. Altered body image: a fear avoidance model of psycho social difficulties following disfigurement. *J Advanced Nursing*. 1999;30.
113. Tedstone J.E, Tarrier N. An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn injured patients. *Burns*. 1998;24(4):07-15.
114. Ballén A Riveros F. Satisfacción de la imagen corporal en universitarios que cuenten con el 10% del cuerpo tatuado y universitarios no tatuados. *Informes Psicológicos*. 2015;15(2):67–92.
115. Sainsbury D.C. Body Image and Facial Burns. *Advances in Skin & Wound Care*. 2009;22(1):39–44.
116. Dahl O, Wickman M. The cultural adaptation and validation of a Swedish version of the Satisfaction with Appearance Scale (SWAP-Swe). *BURNS*. 2013;40:598–605.
117. Mills S, Fox R, Merz E. Evaluation of the Satisfaction with Appearance Scale and its Short Form in Systemic Sclerosis: Analysis from the UCLA Scleroderma Quality of Life. *J Rheumatol*. 2015;42(9):1624–30.
118. Munster Andrew. Development and Validation of the Satisfaction with Appearance Scale: Assessing Body Image Among Burn-Injured Patients. *Psychol Assess*. 1998;10(1):64–70.
119. Yoder Linda. The evolution and utility of the burn specific health scale: a systematic review. *BURNS*. 2010;36:43–56.
120. Microsoft. Microsoft Office Excel version 10. Windows; 2010.
121. Norman H. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.22. IBM; 2012.
122. Fauerbach James. Coping with body image changes following a disfiguring. *Psicología de la salud*. 2002;21(2).
123. Uriarte Juan de Dios. La Resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*. 2005;10(2):61–80.
124. Acosta Irma, Sánchez Yamna. Manifestación de la Resiliencia como Factor de Protección en Enfermos Crónico Terminales Hospitalizados. *Psicol Iberoam*. julio de 2009;17(2):24–32.
125. Kurian S, Padickaparambil S. Psychological evaluation of adult burn survivors: a pilot study. *International Surgery Journal*. Diciembre de 2019;6(12):4428–34.
126. Lawrence JW Fauerbach JA. Visible vs hidden scars and their relation to body esteem. *J Burn Care Rehabil*. 2004;25(1):25–32.

15.1 ANEXOS

Cuadro 01: Clasificación de Quemaduras Según Profundidad

CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS SEGÚN LA PROFUNDAD DE LA LESIÓN			
PROFUNDIDAD	APARIENCIA	SENSACIÓN	TIEMPO DE RECUPERACIÓN
Superficial	Eritema, edema mínimo, blanquea a la presión, no exudativa, no flictenas	Doloroso	3-6 días
Espesor parcial superficial (afecta < 50 % dermis)	Rosado hasta rojo brillante, ampollas intactas, exudativo, blanquea a la presión	Muy doloroso	7- 21 días No cicatriz (salvo infección) Puede dejar despigmentación
Espesor parcial profundo (afecta >50 % dermis)	Pálido y moteado Ampollas rotas Exudativas No blanquea a la presión	Hipoalgesia o hiperalgesia	Mayor de 21 días Si cicatriz Pérdida de vello Puede precisar cirugía con injertos cutáneos
Espesor total	Blanco nacarado hasta negruzco Escara Aspecto apergaminado Vasos trombosados	No dolor o solo dolor a la presión profunda	Raramente curan salvo si cirugía Si cicatriz
Lesión más profunda (cuarto grado)	Afectación de fascia y/o musculo	No dolor	Nunca curan salvo si cirugía Si cicatriz

Fuente: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019

Cuadro 02: Tabla de Lund Browder

TABLA DE LUND BROWDER modificada para evaluar el porcentaje de quemadura total en la superficie corporal en niños y adultos

ZONA	< 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	Adulto
Cabeza	9.5	8.5	6.5	5.5	4.5
Cuello	1	1	1	1	1
Tronco	13	13	13	13	13
Parte superior del brazo	2	2	2	2	2
Antebrazo	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Mano	1.25	1.25	1.25	1.25	1.25
Muslo	2.75	3.25	4	4.25	4.5
Pierna	2.5	2.5	2.5	3	3.25
Pie	1.75	1.75	1.75	1.75	1.75
Nalga	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Genitales	1	1	1	1	1

Los valores listados son para un área de superficie y cada extremidad individual. Los valores del área superficial anterior y posterior son equivalentes al estimar el área de superficie corporal total (SCT).
Extradío de UptoDate

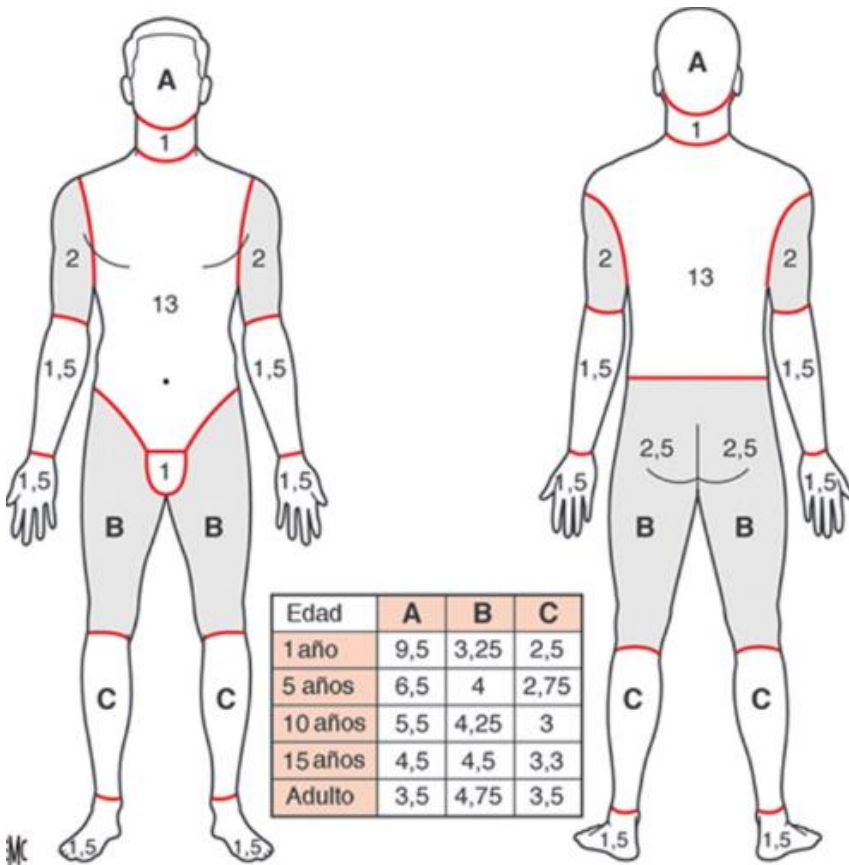
Fuente : Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019

Cuadro 0 3: Regla de los “ Nueve” de Wallace

Regla de los nueve de Wallace para el cálculo de la superficie corporal quemada	
Cabeza y cuello	9%
Tronco	18%
Espalda	18%
Extremidad superior	9% (x2)
Extremidad inferior	18% (x2)
Área genital	1%

Fuente : Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019

Figura 01: Diagrama de Lund Browder



Fuente: Cirugía de las quemaduras graves en la fase aguda, A. Lakhel, Cirugía Plástica Reparadora y Estética 2008, pag 1-39

Cuadro 04: Criterios De Gravedad De Quemaduras**Criterios de gravedad de las quemaduras según la American Burn Association**

Quemadura menor	<ul style="list-style-type: none">≤ 15% SCQ de primer o segundo grado en adultos≤ 10% de SCQ de primer o segundo grado en niños≤ 2% SCQ de tercer grado en niños o adultos(que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura moderada	<ul style="list-style-type: none">15 a 25% de SCQ de segundo grado en adultos10 a 20% de SCQ de segundo grado en niños2 a 10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
Quemadura mayor	<ul style="list-style-type: none">> 25% de SCQ de segundo grado en adultos> 20% de SCQ de segundo grado en niños> 10% de SCQ de tercer grado en niños o adultosQuemadura de segundo y tercer grado que involucran ojos, oídos, orejas, cara, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitalesTodas las lesiones inhalatorias con o sin quemadurasQuemaduras eléctricasQuemaduras químicas en ares como cara, parpados, orejas, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitalesQuemaduras asociada a traumatismosQuemaduras en personas de alto riesgo: diabetes, desnutrición, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, alteraciones sanguíneas, SIDA u otras enfermedades inmunodepresoras, cáncer

SCQ: superficie corporal quemada

Fuente : Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019