



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



TÍTULO:

**“RESILIENCIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO
DE LAS PERSONAS CON QUEMADURAS DEL HOSPITAL
GENERAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA”**

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO
DE PSICOLOGIA CLÍNICA

AUTORA:

Stefany Giset Ortega Ortega

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2018

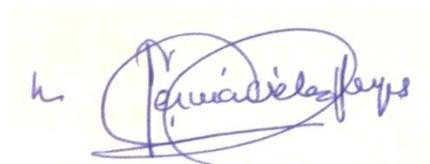
CERTIFICACIÓN

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación titulada “RESILIENCIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON QUEMADURAS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA” de autoría de la egresada señorita Stefany Giset Ortega Ortega, previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica, ha sido dirigida y orientada de acuerdo a los reglamentos de Graduación de la Universidad Nacional de Loja, por tal motivo autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Stefany Giset Ortega Ortega, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis “RESILIENCIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON QUEMADURAS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA” y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma: _____



Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Cédula: 1105732430

Fecha: Loja, 17 de octubre del 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Stefany Giset Ortega Ortega, declaro ser la autora de la tesis titulada: “RESILIENCIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON QUEMADURAS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA”, como requisito para optar el Grado de Psicóloga Clínica, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI). Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o la copia de la tesis que realice un tercero.

Por constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diez y siete días del mes de octubre del 2018, firma la autora.

Firma: 

Autora: Stefany Giset Ortega Ortega

Cedula: 1105732430

Dirección: Lourdes entre Bolívar y Sucre

Correo electrónico: stefany_o_94@outlook.com

Tel.: 2587518 **Celular:** 0995692501

Director de tesis: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Psic. Cli. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz. (Presidenta del Tribunal)

Psic. Cli. María Emilia Jaramillo Bustamante. (Vocal del Tribunal)

Psi. Cli. Silvia Eugenia Torres Díaz (Vocal del Tribunal)

DEDICATORIA

Primeramente a Dios, por bendecirme con memoria, sabiduría y fuerzas, por darme el impulso necesario en los momentos difíciles y brindarme fortaleza para salir adelante y poder alcanzar mis metas.

A toda mi familia, en especial a mis padres Rodrigo y Tatiana quienes han sido el motor que me han impulsado a seguir adelante durante este largo trayecto académico, quienes me han apoyado desde el primer día que escogí esta carrera y siempre han estado dispuestos a ayudarme y aconsejarme para salir adelante.

A mis hermanos por apoyarme, incentivarme y siempre estar a mi lado, brindándome todos los días su amor incondicional. A mi hermano Luis Germán por siempre alentarme y preocuparse para que me supere cada día más. A mi hermana Joselyne Priscila quien me brinda su compañía y cariño, le dedico este esfuerzo para que vea en mi un ejemplo a seguir.

A mi sobrina Monserrath, quien me ha llenado de amor y alegría, siempre sacándome sonrisas en los momentos difíciles.

A mis abuelitos Germán Ortega y Luis Ortega, quienes son mi ejemplo a seguir, en ellos he visto que con esfuerzo y dedicación se puede llegar muy lejos; quienes con sus enseñanzas y consejos me han ayudado a ser responsable, puntual y dedicada.

A mis abuelitas Blanca Silva y Estela Carrión, quienes son indispensables en mi vida, siempre brindarme su cariño, quienes me han enseñado a ser amable y respetuosa.

Stefany Ortega

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, en especial a la Carrera de Psicología Clínica por la formación académica recibida.

A mi Director de Tesis, Dr. Germán Vélez Reyes, Mg. Sc., un sincero agradecimiento por brindarme sus conocimientos y experiencias, lo cual me permitió desarrollar y culminar mi trabajo investigativo.

A la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, a todos quienes conforman el personal de la Unidad, por permitirme realizar mi trabajo investigativo y compartir con ellos durante un largo periodo.

CONTENIDO DE ÍNDICE

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
CONTENIDO DE ÍNDICE.....	vii
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
CAPITULO 1:.....	7
1. QUEMADURAS.....	7
1.1. Definición de quemadura	7
1.2. Epidemiología de las quemaduras.....	8
1.2.1. Incidencia	8
1.2.2. Edad del paciente	8

1.3. Clasificación de las Quemaduras	9
1.3.1. Clasificación según la profundidad	9
1.3.1.1. Quemaduras de 1° Grado o epidérmicas.....	9
1.3.1.2. Quemaduras de 2° Grado o dérmicas	10
1.3.1.3. Quemaduras de 3° Grado o de espesor total	10
1.3.2. Clasificación según la extensión.....	10
1.3.3. Clasificación según el agente etiológico	12
1.3.3.1. Quemaduras Térmicas	12
1.3.3.2. Quemaduras Químicas	13
1.3.3.3. Quemaduras eléctricas	13
1.3.4. Clasificación según la gravedad y el pronóstico	14
1.4. Tratamiento para el paciente quemado.....	15
1.4.1. Tratamiento ambulatorio	16
1.4.2. Tratamiento prehospitalario.....	16
1.4.3. Tratamiento hospitalario.....	17
1.5. Perfil psicológico del paciente quemado.....	19
CAPITULO 2: RESILIENCIA	21
2.1. Definición de Resiliencia	21
2.2. Tipos de resiliencia	21
2.3. Factores de Resiliencia.....	22

2.3.1. Factores que promuevan la resiliencia	24
2.3.1. Factores perjudiciales o no resilientes – vulnerabilidad	24
2.4. Resiliencia en la etapa adulta	25
2.4. Incrementar estrategias de afrontamiento	26
2.5. Resiliencia en pacientes con quemaduras	26
e. MATERIALES Y MÉTODOS	28
f. RESULTADOS.....	32
g. DISCUSIÓN.....	48
h. CONCLUSIONES	51
i. RECOMENDACIONES.....	52
j. BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS.....	57

a. TÍTULO

**“RESILIENCIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS
PERSONAS CON QUEMADURAS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO
AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA”**

b. RESUMEN

Las quemaduras son una de las lesiones más traumáticas que puede vivir una persona, el tener que superar un accidente y ser hospitalizado para su recuperación, son situaciones que la persona tiene que enfrentar. El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo 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, fue un estudio de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo-analítico y transversal. Para la recolección de la información se utilizó un registro de datos tomada de la historia clínica del paciente donde se obtuvo los datos de identificación y su valoración clínica, además se aplicó la escala de resiliencia de Wagnild y Young para medir el nivel de resiliencia, la muestra estuvo constituida por 30 pacientes con quemaduras. Los datos obtenidos demostraron que el 53,3% de los pacientes tienen alto nivel de resiliencia y son quienes permanecieron hospitalizados dos semanas; el 16,7% tienen moderada resiliencia los cuales el tiempo que permanecieron hospitalizados fue de dos semanas; y, el 30% tienen un escaso nivel de resiliencia los cuales estuvieron hospitalizados cuatro semanas. Se concluyó que la mayoría de los pacientes que tienen un alto nivel de resiliencia, su herida evoluciona y recupera en un tiempo mínimo de dos semanas. Por lo tanto, se recomendó un plan de psicoeducación a todos los pacientes con un alto o escaso nivel de resiliencia con el fin de que esta sea fortalecida y puedan afrontar de mejor manera la adversidad por la que vivieron.

Palabras claves: resiliencia, quemaduras, Unidad de Quemados, psicoeducación

ABSTRACT

Burns are one of the most traumatic injuries a person can experience, having to overcome an accident and being hospitalized for recovery are situations that the person has to face. The objective of this research was to analyze the level of resilience of burn patients during their treatment at the Isidro Ayora General Hospital in the city of Loja. It was a qualitative-quantitative, descriptive-analytical and transversal study. For the collection of the information, a data record taken from the patient's medical history was used, where the identification data and its clinical assessment were obtained. In addition, the resilience scale of Wagnild and Young was applied to measure the level of resilience, the sample consisted of 30 patients with burns. The data obtained showed that 53.3% of the patients have a high level of resilience and are those who remained hospitalized for two weeks; 16.7% have moderate resilience, the length of time they were hospitalized was two weeks; and, 30% have a low level of resilience, which were hospitalized for four weeks. It was concluded that the majority of patients who have a high level of resilience, their wound evolves and recovers in a minimum time of two weeks. Therefore, a psychoeducation plan was recommended to all patients with a high or low level of resilience so that it is strengthened and they can better face the adversity for which they lived.

Keywords: resilience, burns, Burn Unit, psychoeducation

c. INTRODUCCIÓN

Un estudio a nivel mundial de morbilidad del año 2010 reporto que hubo 52,8 millones de muertes, de las cuales 5.1 millones (9,65%) fueron debidas a lesiones. Las principales causas de muerte por lesiones fueron: los accidentes de tráfico con 33%, el ahogamiento con 22%, las quemaduras con 14% y caídas con el 8% (Moctezuma, et al, 2015).

Las quemaduras son lesiones producidas por agentes físicos o químicos, ocasionando desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción de los tejidos implicados (Perez, Martinez , Pérez y Cañadas, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), menciona que, las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 265 000 muertes al año.

En Ecuador en el año 2013 alrededor de 1.178.988 personas fueron atendidas por quemaduras, de las cuales en la provincia de Loja fueron atendidas 38.840 personas (INEC, 2014).

Todos los años decenas de adultos se queman con fuego, líquidos calientes, sustancias químicas y electricidad; esto ocurre por lo general en el hogar o el trabajo. Quienes ingresan a la Unidad de Quemados va a depender de la profundidad y extensión de la quemadura. Es en estas ocasiones donde las personas deben superar y salir fortalecidas del accidente que vivió y puedan recuperarse de mejor manera durante su tratamiento dentro de la Unidad de Quemados.

El tratamiento para estas lesiones es prolongado ya que la persona debe pasar por una adecuada curación de la parte quemada, un posible injerto y la recuperación de la cirugía. Por lo que hay que tener presente que el paciente presenciara diariamente sus propias heridas, sintiendo dolor con frecuencia y de gran intensidad (Alemany, 1997).

Una recuperación satisfactoria dependerá de la colaboración del paciente con el personal, del estado de ánimo del paciente, de las características personales que tenga la persona, el apoyo

familiar que ha recibido anteriormente o durante su recuperación, su estilo de afrontamiento o resiliencia. (Vera Poseck, 2006).

La resiliencia es la capacidad de superar eventos traumáticos, y ser capaz de tener un desarrollo satisfactorio a pesar de situaciones muy adversas (Becoña, 2006). Muchas personas en la edad adulta han llegado a experimentar problemas o accidentes ya sea a nivel personal, familiar, educativo o social, en donde poco a poco la persona ha ido cultivando habilidades para enfrentar aquellas adversidades por las que le tocó vivir de niño y de adolescente y ha tenido que salir adelante.

Es por ello que, en el presente estudio, se planteó los siguientes objetivos: evaluar el nivel de resiliencia de los pacientes con quemaduras mediante la aplicación del test de Walding y Young; analizar las características personales, familiares y sociales que puedan influir en la resiliencia del paciente durante el tratamiento; y, comprobar si el nivel de resiliencia en el paciente influye en la evolución y recuperación satisfactoria de la herida.

La revisión literaria consta de dos capítulos. El primer capítulo se menciona sobre: definición de quemaduras, tipo de quemaduras, profundidad y extensión de una quemadura y su respectivo tratamiento ambulatorio y hospitalario, y el perfil psicológico del paciente quemado. Dentro del segundo capítulo se menciona sobre: definición de resiliencia, tipos, factores, estrategias de afrontamiento y resiliencia en el paciente quemado.

La metodología investigativa fue descriptivo-analítico, de tipo transversal, con un enfoque mixto cuanti-cualitativo. Se utilizó el instrumento Escala de Resiliencia de Wagnild y Young; y un análisis de datos tomada de la historia clínica del paciente en donde se registró: datos de identificación del paciente (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, nivel socio-económico, tipo de familia, apoyo familiar, número de hijos) y su valoración clínica (tiempo de

hospitalización, localización de la herida, profundidad, extensión, tipo de quemadura, necesidad de injerto, colaboración del paciente con el personal de la Unidad de Quemados) para hacer un seguimiento del tratamiento.

Dentro de los resultados se obtuvo que el 53,3% de los pacientes presentan una mayor capacidad de resiliencia, el 30% presenta un nivel de escasa resiliencia y el 16,7% de los pacientes encuestados presentan un nivel de moderada resiliencia.

Finalmente se concluye que la mayoría de los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, presentan una mayor capacidad del nivel de resiliencia y son quienes la herida evoluciona y se recupera satisfactoria en un tiempo mínimo de una semana, mientras que aquellos pacientes con un escaso nivel de resiliencia el tiempo mínimo de hospitalización fue de tres semanas.

Por ende, recomiendo a la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora que realicen acuerdos con el Área de Salud Mental con el fin de que se les brinde a los pacientes de la Unidad una intervención psicológica, los cuales garanticen la estabilidad emocional del paciente. Además, que el personal de la Unidad sea una fuente motivadora para el paciente y le ayude a una mejor adaptación del lugar.

Se debería realizar psicoeducación en los pacientes para fortalecer su resiliencia a través de dinámicas e impartiendo información sobre la importancia de tener un alto nivel de resiliencia, como mejorar su resiliencia y el creer en sus capacidades y habilidades; los talleres les ayudarán al paciente para que se muestre con actitud positiva durante su tratamiento y fuera del hospital.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO 1:

1. QUEMADURAS

1.1. Definición de quemadura

Según Rodríguez y Navarro (2016) se denomina quemadura a la lesión producida por la destrucción de la piel e incluso tejidos subyacentes por el efecto, directo o indirecto, térmico, eléctrico, químico o radiactivo, provocando de entrada tres grandes consecuencias:

- Pérdida de barrera, conduce a infecciones.
- Pérdida de calor: hipotermia.
- Pérdida de líquidos: hipovolemia.

La quemadura es un trauma, lesión o herida tridimensional local, que puede ser causada por factores etiológicos como calor, frío, ácidos, radiaciones ionizantes, lumínicas, entre otras; cuya gravedad esta basada según la extensión y profundidad de la herida (Berrocal et al., 2011).

Una de las causas más frecuentes y que generalmente pueden provocar un daño irreversible son las lesiones térmicas debidas al calor. Una quemadura grave puede poner en peligro la vida de la persona por lo tanto siempre requerirá una atención médica especializada (Lorenzo , 2008).

Moctezuma et al. (2015) mencionan que las quemaduras ya no se las debe considerar como “accidentes” ya que no son sucesos debidos al azar sino más bien siniestros producidos por la exposición repetitiva a actividades de riesgo. A escala mundial las actividades de riesgo que generan entre el 80 y 95% de los traumatismos, intoxicaciones y quemaduras son:

- La falta de la cultura preventiva (teórica-practica) en toda la población.
- La pobreza

- La falta de la normatividad que regule, prohíba, supervise y sancione la realización de actividades de riesgo.
- El mal control de la violencia social.

1.2. Epidemiología de las quemaduras

1.2.1. Incidencia

El estudio de carga mundial de morbilidad del año 2010 reportó que hubo 52,8 millones de muertes, de las cuales 5.1 millones (9,65%) fueron debidas a lesiones, de las cuales 2.2% se presentaron en menores de un año de edad y 6.49 millones (12.3%) se presentaron en niños y adolescentes de 1 a 19 años de edad. Las cuatro principales causas de muerte por lesiones fueron: los accidentes de tráfico con 33%, el ahogamiento con 22%, las quemaduras con 14% y caídas con el 8%. En este estudio también se menciona que las lesiones produjeron 84% de las muertes de personas de países con ingresos económicos bajos y medios bajos, en cambio del 6% de muertes en personas de ingresos económicos altos. (Moctezuma, et al, 2015).

1.2.2. Edad del paciente

Generalmente se da en personas jóvenes entre los 20 y 30 años de edad lo que equivale el 44% del total de ingresos. Aunque en los últimos años las cifras están aumentando en personas de mayor de edad lo cual equivale el 17% de los ingresos son personas mayores de 61 años. Es importante recalcar que a mayor edad del paciente es mayor la profundidad de la quemadura. A partir de los 20 años de edad el paciente podría correr el riesgo de muerte tras una quemadura (Tapia , 2008).

“Las quemaduras está relacionada con las edades extremas de la vida (lactantes y ancianos); de este modo una quemadura del 10% de la superficie corporal puede ser crítica e incluso mortal en un paciente mayor de 70 años” (Lorenzo, 2008).

1.3. Clasificación de las Quemaduras

Es importante valorar tres características fundamentales de las quemaduras: extensión, profundidad y localización. De la extensión y la profundidad depende el pronóstico vital del enfermo quemado, ya que ambas condicionan las alteraciones fisiopatológicas que acompañan a la quemadura. En cambio, la profundidad y localización de las lesiones condicionan el pronóstico funcional y estético. También influye cualquier tipo de antecedente mórbido del paciente como la edad, desnutrición, cáncer, diabetes, antecedentes psiquiátricos, etc., que puedan condicionar el pronóstico del paciente (Lorenzo, 2008).

Las quemaduras eléctricas, químicas, radiactivas o por inhalación de humos se consideran graves y peligrosas desde el primer momento. Hay mayor gravedad aquellas quemaduras que afectan a cráneo, cara, cuello, axilas, manos, genitales, pies y zonas de flexión, vía aérea (Rodríguez & Nazarro, 2016).

1.3.1. Clasificación según la profundidad

La profundidad de una quemadura determina la evolución clínica que seguirá el proceso. Existe distintas clasificaciones que tratan de explicar la profundidad. Los elementos que se utilizan para su clasificación, incluyen la integridad de la membrana basal, la permeabilidad de los plexos dérmicos, la conservación de las terminaciones sensitivas y de los fanéreos. La profundidad se clasifica en tres tipos (Castillo, 2003).

1.3.1.1. Quemaduras de 1° Grado o epidérmicas

Las quemaduras de primer grado son aquellas que comprometen solo la epidermis y su aspecto es eritematoso (Ramírez, Ramírez, González, Ramírez, & Vélez, 2010).

1.3.1.2. Quemaduras de 2° Grado o dérmicas

Las quemaduras de segundo grado afectan la totalidad de la epidermis y parte de la dermis, presentan un color rojo cereza característico, llegando a un color rosado hasta el blanco de acuerdo a su profundidad. Tiende a ser doloroso ya que las terminaciones nerviosas no han sido destruidas, y reepitelizan a partir de anexos cutáneos como glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos que por su localización logran sobrevivir el trauma inicial; de estas células sobrevivientes un nuevo epitelio se puede constituir favoreciendo la reepitelización de la herida (Ramirez et al., 2010).

1.3.1.3. Quemaduras de 3° Grado o de espesor total

Las quemaduras de tercer grado afectan la totalidad de la epidermis y dermis, se pueden observar de diversos colores: blanco, céreo, nacarado oscuro, caqui, caoba, negro, carbonizado; en ocasiones no son dolorosas debido a que las terminaciones nerviosas han sido destruidas, los anexos han sido destruidos por lo cual no reepitelizan y requieren injertos de piel o colgajos para proporcional cubrimiento cutáneo (Ramirez et al., 2010).

1.3.2. Clasificación según la extensión

La extensión se la debe evaluar con la mayor exactitud posible, ya de ello depende en gran parte la probabilidad de shock y compromiso integral del paciente, siendo este un criterio básico para establecer el pronóstico vital del paciente. La extensión se la entiende como el porcentaje de la superficie corporal quemada y se puede utilizar diferentes esquemas para su cálculo (Castillo, 2018).

Por ejemplo, los más utilizados y recomendados son: para los adultos la Regla de los Nueve y para niños y adultos la tabla de Lund Browder. El esquema de la regla de los nueve presenta los siguientes porcentajes: cabeza (9%), cada extremidad superior (9%), cada extremidad inferior

(18%), zona anterior del tronco (18%), zona posterior del tronco (18%), cara (1%), cuello cara anterior (1%), genitales (1%), palma de la mano (1%), palma del pie (1%). Se debe tener presente el esquema de las Áreas Especiales corporales (Berrocal et al., 2011).

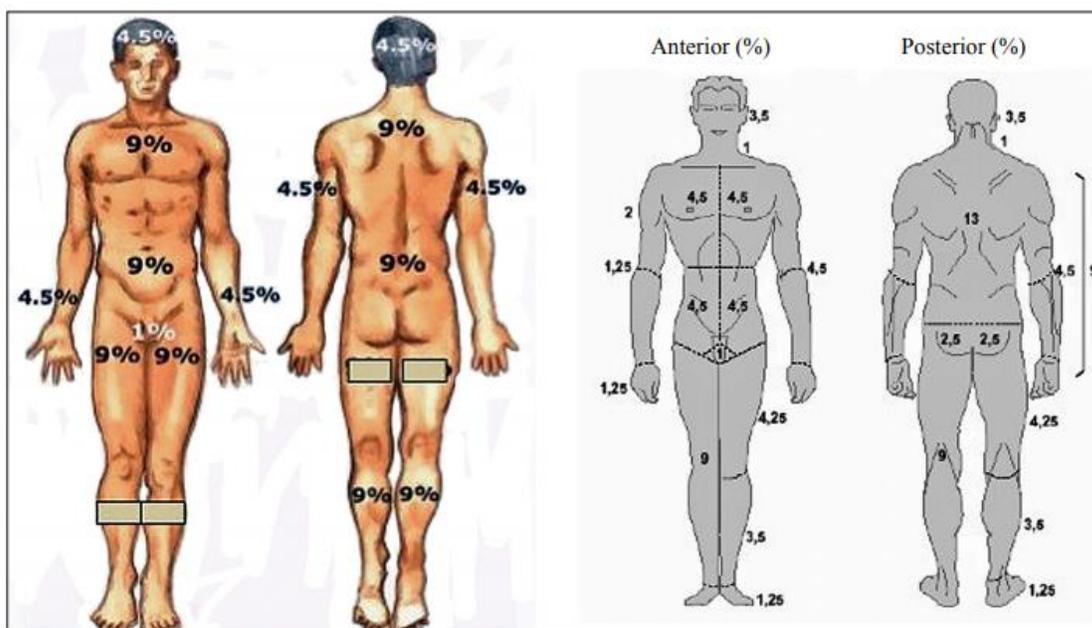


Figura 1. Diagrama Universal de Regla de los 9 (Muñoz, 2015).

Área	Edad - Años					% 2°	% 3°	% Total
	0-1	1-4	5-9	10-15	Adulto			
Cabeza	10	17	13	10	7			
Cuello	2	2	2	2	2			
Tronco anterior	13	13	13	13	13			
Tronco posterior	13	13	13	13	13			
Nalga derecha	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Nalga izquierda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Genitales	1	1	1	1	1			
Brazo derecho	4	4	4	4	4			
Brazo izquierdo	4	4	4	4	4			
Antebrazo derecho	3	3	3	3	3			
Antebrazo izquierdo	3	3	3	3	3			
Mano derecha	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Mano izquierda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Muslo derecho	5,5	6,5	8,5	8,5	9,5			
Muslo izquierdo	5,5	6,5	8,5	8,5	8,5			
Pierna derecha	5	5	5,5	6	7			
Pierna izquierda	5	5	5,5	6	7			
Pie derecho	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5			
Pie izquierdo	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5			
Total								

Figura 2. Tabla de Lund y Browder para el cálculo de superficie corporal versus edad (Muñoz, 2015).

La localización de la superficie corporal quemada es de gran importancia en el pronóstico estético y funcional, ya que hay zonas que podrían o no ser dadoras de injerto como por ejemplo los pliegues de flexión, cara y cuello, manos y pies, mamas, genitales y regiones periorificiales (Castillo, 2018).

Existen varias formas para evaluar la extensión de una quemadura, pero la forma que más se utiliza en grandes centros de quemados es la tabla de Lund-Browder y Dubois, la cual evalúa en más detalle e incluyen la profundidad de la quemadura, especificando por área anatómica y diferencias según edad. Según la extensión se considera un gran quemado con más de un 20% de extensión (Sciaraffia, Andrades , & Wisnia, 2001, págs. 87-88).

1.3.3. Clasificación según el agente etiológico

Las quemaduras son lesiones que pueden estar provocadas por agentes físicos como radiaciones, calor, frío, electricidad; y, agentes químicos como ácidos, álcalis, oxidantes, corrosivos, etc. (Lorenzo, 2008).

Debe establecerse el agente etiológico y las circunstancias en que se produjo la quemadura, ya que de ellos dependerá en gran medida que enfoque terapéutico necesita el paciente (Castillo, 2018).

Según Lorenzo una forma para clasificarlas según el agente etiológico sería:

- Quemaduras térmicas.
- Quemaduras químicas.
- Quemaduras eléctricas.

1.3.3.1. Quemaduras Térmicas

Son producidas por el efecto del calor. Como, por ejemplo: escaldaduras más frecuentes en niños, fuego, superficie candente, acción directa o indirecta del frío sobre los tegumentos.

El pronóstico, el tratamiento y la necesidad o no de ingreso hospitalario vienen definidos, prioritariamente, por el grado de la quemadura y por la extensión de la superficie quemada (Jiménez & Montero, 2010).

1.3.3.2. Quemaduras Químicas

Son lesiones corporales provocadas por compuestos químicos pueden ser de naturaleza sólida, líquida o gaseosa. Se han identificado 510 productos, de los cuales 145 son corrosivos. Generalmente este tipo de quemaduras son de carácter accidental.

El pronóstico, el tratamiento y la necesidad de ingreso hospitalario vienen definidos por la naturaleza del producto, la duración de la exposición, el mecanismo de acción, las vías expuestas (cutánea, ocular, respiratoria, digestiva o combinada), la presencia de lesiones asociadas, además por la extensión de la superficie afectada (Jiménez & Montero, 2010).

1.3.3.3. Quemaduras eléctricas

Son las quemaduras causadas por la corriente eléctrica. Son un tipo especial de quemadura térmica, ya que son el resultado de la generación de calor, que puede llegar alcanzar los 5000°C. La lesión se produce por el paso de la corriente eléctrica a través del organismo; y puede producir inmediatamente parálisis respiratoria, fibrilación ventricular o ambas (Lorenzo, 2008).

Lorenzo (2008) menciona que la magnitud de la quemadura va a depender de una serie de factores como:

- Tipo de corriente.
- Intensidad de la corriente
- Tiempo de contacto.
- Recorrido a través del cuerpo o resistencia de los tejidos.

Además, las quemaduras eléctricas pueden ser de dos tipos:

- Quemaduras por flash eléctrico en donde se produce un cortocircuito, por lo que la lesión es bastante superficial y afecta a superficies corporales expuestas.
- Quemaduras con paso de corriente a través del organismo en donde casi siempre son lesiones muy profundas, en la que la superficie corporal quemada no es indicativa del daño real existente.

1.3.4. Clasificación según la gravedad y el pronóstico

Relacionando los diferentes datos obtenidos en la clasificación según la profundidad, la extensión o el agente etiológico, se pueden identificar las quemaduras en leves, moderadas y graves, no solo con fines pronósticos sino también terapéutico:

- **Leves:** son todas las quemaduras de primer grado o quemaduras de segunda grado con menos de 15% de extensión y menos del 10% en niños y ancianos; y, todas las quemaduras de segundo grado profundas y tercer grado con menos del 2% de extensión. Su tratamiento y seguimiento es ambulatorio.
- **Moderadas:** son todas las quemaduras de segundo grado superficiales entre el 15-30% de extensión y menos del 20% en niños y ancianos; y, todas las quemaduras de segundo grado profundas o tercer grado con menos del 10% de extensión. Su tratamiento debe ser en el hospital.
- **Graves/ críticas:** son todas las quemaduras de segundo grado superficiales con más del 30% de extensión y mayor del 20% de extensión en niños y ancianos; todas las quemaduras de segundo grado profundas y tercer grado con más del 10% de extensión; todas las quemaduras de segundo y tercer grado que afecten cráneo, cara, axilas, manos, genitales, pies o pliegues de flexión sea cual sea su extensión; y, todas las quemaduras

eléctricas, químicas o radiactivas. El tratamiento se debe realizar en hospital de tercer nivel o en unidad de quemados.

- **Quemado crítico:** que tenga menos de 14 años y menos del 15% de extensión, más de 60 años y 15% de extensión; y, menos de 60 años y menos de 25% de extensión.

Pueden aparecer una serie de circunstancias capaces de agravar el pronóstico de las mismas:

- Edad: menores de 2 años y mayores de 70 años.
- Localización: cabeza, cuello, pliegues, manos y pies.
- Presencia de traumatismos y quemaduras a la vez.
- Enfermedades o circunstancias acompañantes: embarazo, alteraciones psiquiátricas, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, desnutrición, enfermedades broncopulmonares crónicas, insuficiencias orgánicas (renal, hepática, suprarrenal), enfermedades inmunosupresoras (SIDA), alteraciones sanguíneas, antecedentes de ulcera gástrica, etc.

1.4. Tratamiento para el paciente quemado

Las quemaduras sean estas causadas por fuego, explosión, electricidad, vapor, contacto con superficies calientes, sustancias químicas. La mortalidad de estos pacientes es alta, sin embargo, en los casos no mortales las secuelas tanto físicas como psicológicas que dejan las quemaduras son graves (Vinuesa & Quillay, 2006).

Los pacientes quemados pueden ser tratados a nivel hospitalario, en servicio de cirugía plástica o unidades de quemados, si la quemadura es leve puede ser tratada de forma ambulatoria (Lorenzo, 2008).

1.4.1. Tratamiento ambulatorio

Las quemaduras leves pueden ser tratadas ambulatoriamente mientras no afecten a ojos, pabellones auriculares, cara o genitales, o bien, no exista riesgo de lesión por inhalación. En los niños muy pequeños se debe considerar la posibilidad de malos tratos o mal cuidado, lo cual sería preferible ingresarlos para su protección (Lorenzo, 2008).

Además, durante el tratamiento ambulatorio, el personal encargado del seguimiento deberá estar siempre alerta, derivando a un centro especializado ante cualquier signo de empeoramiento o posible complicación. En todo tratamiento ambulatorio se debe realizar una historia clínica detallada (Lorenzo, 2008).

Las prioridades que se debe tomar en cuenta en el tratamiento ambulatorio son con control de las posibles infecciones mediante el lavado y la aplicación tópica de antibióticos, cobertura de la quemadura para protección, disminuir al máximo el dolor y el malestar causado por la quemadura, dotar al paciente y a su familia de apoyo emocional, y mantener movilizada las articulaciones (Lorenzo, 2008).

1.4.2. Tratamiento prehospitalario

Durango y Vargas (2004) refieren que “los primeros auxilios incluyen: extinguir la fuente de la quemadura, enfriar el área lesionada con agua fría por 10-15 minutos en los 30 primeros minutos después del accidente para disminuir el edema y el dolor, sin descuidar el riesgo de hipotermia sistémica especialmente en niños y ancianos. Los pacientes se pueden cubrir con sábanas secas y se debe evitar remover la ropa quemada especialmente la que se encuentra adherida a la piel. Una vez realizado la evaluación inicial se debe establecer un plan estratégico de manejo concordante con los cambios fisiopatológicos, lo cual permite diferentes etapas en el tratamiento.”

- **Vía aérea:** la primera prioridad es garantizar una vía aérea adecuada; se evalúan la expansión de la caja torácica, la frecuencia respiratoria y los ruidos respiratorios; la intubación se requiere en pacientes inconscientes, cuando hay presencia o inminencia de falla respiratoria y en pacientes hemodinámicamente inestables que no responden al tratamiento; de lo contrario, se debe administrar oxígeno por máscara.
- **Circulación:** la segunda prioridad es comenzar la resucitación con líquidos administrados por dos venas periféricas.
- **Analgesia:** el tercer aspecto fundamental es el control del dolor. Pueden usarse los analgésicos no opiáceos como la dipirona y el acetaminofén, pero no los AINE por el riesgo de nefrotoxicidad; si el dolor persiste, se puede recurrir a la morfina o a la meperidina y si el paciente presenta ansiedad generalizada están justificadas las benzodiazepinas.
- **Transporte:** El último aspecto es el traslado a un centro de referencia cuando esté indicado.

1.4.3. Tratamiento hospitalario

Peñalba y Maraión (2006) nos mencionan cinco indicaciones que se dan ya dentro de la intervención hospitalaria.

1. La antibioterapia profiláctica no reduce la incidencia de las infecciones. Las medidas de asepsia en la manipulación de las quemaduras, así como el empleo de antibioterapia tópica disminuyen la colonización bacteriana. Si se presentan en la evolución signos clínicos o analíticos de infección se realizará toma de cultivos e inicio de antibioterapia de amplio espectro cubriendo *Streptococos* y *Pseudomonas*.

2. Quirúrgico: en el caso de quemaduras dérmicas superficiales extensas se realizará desbridamiento en quirófano bajo anestesia ligera, con posterior cobertura de las mismas, bien con pomadas antibióticas o con aplicación de apósitos biosintéticos. Las localizadas en cara o genitales se dejan expuestas con curas periódicas con povidona yodada. Dentro de las pomadas antibióticas la más utilizada es la sulfadiazina argéntica al 0,5- 1% por su amplio espectro antibacteriano. Existen diversos apósitos biosintéticos siendo uno de los más utilizados el Biobrane®, que consiste en colágeno sobre malla de silicona, indicado en quemaduras de menos de 24-48 horas de evolución, dérmicas superficiales y superficies lisas. Tienen la ventaja que disminuyen el dolor al permitir curas más espaciadas y aceleran el proceso de cicatrización, si bien su coste económico es mayor que con las curas tradicionales con pomadas antibióticas. Quemaduras más profundas, articulares, circulares de cuello, tórax, abdomen o extremidades, requieren escariectomías y autoinjertos cuando el paciente esté estable, pero lo más precozmente posible.

3. Es importante el inicio de la alimentación precoz en las primeras 4-6 horas por sonda nasogástrica o transpilórica para prevenir la aparición de íleo paralítico. Las necesidades calóricas se calcularán de forma individualizada. Se aportarán proteínas entre 2-3 gramos/kg/día, siendo entre un 20-25% del aporte calórico total. El empleo de aminoácidos como arginina y glutamina puede ser útil en estos pacientes. Entre un 60- 70% de las calorías totales se administrarán en forma de hidratos de carbono con controles periódicos de glucemias. Se administrarán oligoelementos y vitaminas, con monitorización de niveles sanguíneos de magnesio y fósforo, que se suplementarán si fuera preciso.

4. Profilaxis con ranitidina de las úlceras de estrés.

5. Se administra toxoide tetánico si no ha sido vacunado en los 5 últimos años. Se añadirá gammaglobulina antitetánica en los no vacunados (Peñalba y Marañón, 2016).

1.5. Perfil psicológico del paciente quemado

Una quemadura cualquiera que sea su magnitud pone a la persona en una situación en donde puede manifestar síntomas emocionales de diversa intensidad en alguna etapa del tratamiento. Varios son los factores que influyen en el tipo de manifestaciones psicológicas y se podrían expresar durante su ingreso al hospital, los cuales pueden ser aquellos que estaban enfrentando previo al accidente, así como las que tiene que ver directamente con la lesión, el hospital o incluso por el tratamiento que están recibiendo (Fernández, Puebla y Carrillo. 2015).

Los trastornos varían en función en la fase evolutiva por la que esté pasando el paciente quemado:

- En la fase aguda la cual es inmediata al acontecimiento traumático, los pacientes graves presentan preocupación por el peligro de muerte, además de un gran estrés e impacto emocional que podría llevar a la aparición de delirios, confusión, desorientación, agitación o apatía, insomnio, pesadillas, alucinaciones o recuerdos súbitos del acontecimiento, así como ansiedad o depresión. (Pinillos, 2016).
- Al pasar algunos días hospitalizado la ansiedad que vive cada paciente es de diferente manera, cada persona refiere: malestar o sentirse triste, ansioso, irritable, indefenso, solo, distante de su familia, con dificultad para conciliar el sueño o mantenerse dormido, estar relajado, concentrarse, tener bajo nivel de energía y sentirse cansado (Fernández, Puebla y Carrillo. 2015).
- En la fase de convalecencia, el peligro ya disminuye dejando paso a la lucha contra el dolor. Es aquí donde los pacientes son más conscientes de su situación lo que los lleva a preocuparse por su imagen corporal o su futura funcionalidad de la parte quemada. Es muy frecuente el miedo al tratamiento, la ansiedad o la depresión. Puede haber ocasiones que se

exacerbe los síntomas los cuales puedan dar lugar a episodios de depresión severa o psicosis (Pinillos, 2016). Es importante que el personal de enfermería identificara la prevalencia de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumáticos para determinar cuál es la calidad de vida que están teniendo los pacientes quemados, ya que son varias las horas que convive la enfermera con el paciente. En muchas ocasiones la respuesta psicológica del paciente quemado podría ser clasificado en complicaciones psiquiátricas (Fernández, Puebla y Carrillo, 2015)

CAPITULO 2: RESILIENCIA

2.1. Definición de Resiliencia

Kalbermatter (como se citó en Maganto y Etxeberria 2010) explica la resiliencia como la capacidad de enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido y transformado ante las adversidades. Es la historia de las adaptaciones exitosas de las personas que, habiéndose visto expuestas a factores biológicos de riesgo, a eventos de vida estresantes o que se han enfrentado a diferentes grados de dificultades y adversidades, han desarrollado habilidades para salir de ellas, adaptarse y acceder a una vida significativa y productiva contando con el apoyo social, familiar y cultural.

Cyrułnik (como se citó en Maganto y Etxeberria 2010) indica que la resiliencia es la capacidad de salir adelante, sobrevivir y desarrollarse positivamente, a pesar de la fatiga o adversidad. Constituye un proceso natural en la persona para fortalecerse ante una situación de crisis.

2.2. Tipos de resiliencia

Según Rodríguez, Fernández, Pérez, y Noriega (2011) mencionan diversos tipos o modalidades de resiliencia:

- Resiliencia psicológica: es la combinación de rasgos personales positivos y de respuestas o conductas de afrontamiento que facilitan la gestión exitosa de los cambios inesperados o estresantes en la vida.
- Resiliencia familiar: es el conjunto de procesos interactivos entre los miembros de la familia que fortalecen con el transcurso del tiempo, tanto al individuo como al grupo, permitiéndoles acomodarse a sus diversos estilos de organización o creencias, recursos o limitaciones internas, así como amoldarse a los desafíos psicosociales que se les plantean desde fuera de la familia.

- Resiliencia comunitaria: es el conjunto de valores, disposiciones y movilizaciones colectivas que permiten a ciertas poblaciones enfrentar los daños causados por desastres naturales, saliendo exitosos de la crisis y con una autoimagen de fortaleza y cohesión entre las personas involucradas en el evento.
- Resiliencia vicaria: como efecto único y positivo que transforma al psicoterapeuta en respuesta a la propia resiliencia de un paciente sobreviviente de un trauma, proceso que podría darse también en forma generalizada en otros ámbitos como por ejemplo el de los familiares, amigos, compañeros de trabajo, entre otros.
- Resiliencia espiritual: es la capacidad para responder a los factores estresantes, a la diversidad y a los eventos traumáticos, sin presentar síntomas patológicos crónicos o verse disminuidas las capacidades vitales del espíritu (amar, perdonar, comprender o ser generoso), de la mente (como el pensar de forma racional, objetiva y equilibrada) y del cuerpo (funcionar de forma saludable), sino mas bien resultando estas fortalecidas.

2.3. Factores de Resiliencia

Edith Grotberg (2013) quien lleva desarrollando el Proyecto Internacional de Resiliencia, nos habla sobre los factores de resiliencia. Menciona que son la forma concreta y práctica que se expresan las diferentes resiliencias y se pueden reconocer en la forma en que el niño o joven hablan en las afirmaciones que hace. Estos factores se pueden clasificar en tres categorías:

1. Los que tiene que ver con el apoyo que el niño o joven cree que puede recibir: expresan perspicacia e interrelación; le permite afirmar: yo tengo personas:
 - A mi alrededor, en quienes puedo confiar y me quieren incondicionalmente
 - Que me ponen límites para que aprender a evitar peligros y problemas innecesarios.
 - Que me muestren con su conducta la forma correcta de actuar.

- Que quieren que aprenda a valerme por mí mismo.
 - Que me ayudan cuando estoy enfermo, en peligro o necesito aprender.
2. Los que tiene que ver con la fortalezas intra psíquicas del niño o el joven: expresan autonomía y cierta forma de interrelación. Le permite afirmar: yo soy:
- Una persona por la que los demás sienten aprecio y cariño.
 - Feliz cuando ayudo a los demás y les demuestro mi afecto.
 - Respetuoso de mi mismo y del prójimo
- También expresan ética y le permiten afirmar: yo estoy:
- Dispuesto a hacerme responsable de mis actos.
 - Seguro de que al final todo saldrá bien.
3. Los que tienen que ver con las habilidades del niño o joven para relacionarse y para resolver problemas: expresan, además de interrelación, creatividad, iniciativa y ética; le permiten afirmar: yo puedo:
- Hablar sobre cosas que me asustan o inquietan.
 - Buscar la manera de resolver los problemas.
 - Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
 - Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
 - Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Cualquiera de esta afirmación constituye un indicador de que hay un proceso de resiliencia en acción, que a la persona lo conducirá a superarse o salir delante de cualquier adversidad o situación por más difícil que se le presente.

2.3.1. Factores que promuevan la resiliencia

“Una combinación de factores contribuye a desarrollar la resiliencia. Muchos estudios demuestran que uno de los factores más importantes en la resiliencia es tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia. Relaciones que emanan amor y confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos y seguridad, contribuyen a afirmar la resiliencia de la persona” (American Psychological Association , 2016).

Según Fernández (2010) y Becoña (2006), los factores protectores y favorecedores de la resiliencia hacen referencia a:

- Control emocional y valoración positiva propia.
- Apoyo social, estilos de vida equilibrados.
- Afrontamiento activo de las adversidades diarias.
- Sentido del humor, actitud positiva ante la vida.
- Creencias religiosas o espirituales.
- Competencia intelectual.
- Aceptaciones de las limitaciones personales.
- Satisfacción personal y/o laboral.
- Organización comunitaria.
- Locus de control interno.

2.3.1. Factores perjudiciales o no resilientes – vulnerabilidad

Según Fernández (2010) estos factores, hacen referencia a:

- Carencias en el sentido del compromiso (alienación).
- Locus de control externo.
- Tendencia a considerar el cambio como algo negativo y no deseado.

- Personas rígidas.
- Experiencias traumáticas (muerte de un padre).
- Pobreza.
- Consumo de drogas, conducta criminal o salud mental.

2.4. Resiliencia en la etapa adulta

Este período no está tan marcado por los procesos biológicos como por la vivencia de ciertos acontecimientos vitales muy significativos. Lo que realmente marca el inicio de la nueva etapa es la integración personal del sujeto a la sociedad como individuo independiente. Este es el tiempo en que se enfrenta el desafío de conciliar los sueños e ideales adolescentes con la realidad concreta. Empieza a tener la sensación de que el tiempo se termina y que es necesario ocuparse de la vida de manera más decidida y comprometida (Saavedra y Villalta, 2008).

La etapa de la adultez refiere a quienes se perciben integrados al mundo laboral y que han desarrollado o sienten la demanda de cultivar vínculos afectivos, laborales, sociales que aseguren el cuidado de quienes están en proceso de crecimiento. En términos básicamente sociodemográficos esta puede ubicarse en el tramo de los 30 a 55 años. Y al igual que el periodo de la juventud se pueden hacer distinciones entre momento inicial y de plenitud (Saavedra y Villalta, 2008).

La promoción de la resiliencia en la adultez está estrechamente ligada a la capacidad de aprender de los resultados de sus esfuerzos sean estos de éxito o fracaso, y a la iniciativa para emprender y concluir proyectos. Otra etapa de la vida refiere a la etapa de la vejez, Erikson considera que en esta etapa de la vida tiene la tarea de integrar todas las experiencias vitales. La promoción de la resiliencia en este periodo de edad apunta al desarrollo de la sabiduría que se gana con la reflexión de la experiencia (Saavedra y Villalta, 2008).

2.4. Incrementar estrategias de afrontamiento

En la vida de todas las personas están siempre presentes las adversidades y las crisis como por ejemplo la pobreza, la violencia, la muerte, una enfermedad grave o un accidente. Afrontar estas situaciones supone para algunas personas desmoronarse, al sentirse invadidas por sentimientos de depresión, miedo o ansiedad. En ocasiones no pueden concentrarse en el trabajo y en la vida cotidiana les cuesta comer o dormir adecuadamente o tienen reacciones tan fuertes que no logran recuperarse a su modo de vida anterior al suceso.

Por lo tanto, es importante utilizar unas u otras estrategias para que la persona aprenda a aliviar su sufrimiento que provoco algún acontecimiento o situación negativa y así aprenda en el futuro a resolver una realidad similar con menos esfuerzo y más éxito (Maganto y Etxeberria, 2010).

2.5. Resiliencia en pacientes con quemaduras

Al sufrir una quemadura la persona comienza a sentir y percibir el mundo que lo rodea totalmente diferente a lo que acostumbraba. La persona bajo esas circunstancias ve la manera de afrontar aquella situación, lo cual le ayudará en su proceso de adaptación del nuevo estilo de vida que le tocará llevar. La ayuda de un profesional de la salud mental como un psicólogo, contribuirá en la aceptación y adaptación del paciente mediante la activación de aquellos recursos que le permitan superar esta condición (Cáceres, 2018).

Un aspecto para superar el trauma, es el intentar encontrar alivio a la angustia emocional que esta viviendo el paciente, este reto es llevado a esquemas del pensamiento. Las personas que no cuentan con estos esquemas los cuales son los que proporcionan un marco de referencia para la autoestima, benevolencia hacia los demás, confianza, sentido de la vida y seguridad, pues la vida parecerá menos comprensible, más atemorizante y le resultará difícil a la persona saber cómo salir

adelante. Las experiencias traumáticas en ocasiones alteran drásticamente estos esquemas (Quezada, Gonzáles y Mecott, 2014).

Después de una situación adversa no supone un retorno al estado anterior del trauma, donde la resiliencia debe implicar una dinámica entre los atributos del individuo, su ambiente familiar, social y cultural que hacen posible superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (Quezada, Gonzáles y Mecott, 2014).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

La presente investigación fue de tipo descriptivo-analítico de corte transversal, ya que señaló el nivel de resiliencia que presentan los pacientes que ingresaron a la unidad de quemados del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Según la información y los datos que se obtuvieron en la investigación es cuali-cuantitativa ya que los datos están medidos según el nivel de resiliencia que presenta cada paciente, y cualitativa porque se describió los rasgos característicos de la problemática en estudio

Área de estudio

- **Universo y muestra**

Se consideró a todos aquellos pacientes que ingresaron a la Unidad de Quemados del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en el periodo comprendido de enero-mayo 2018 que oscilen entre los 18 a 65 años de edad, hombre o mujer, dando un total de 30 personas.

- **Criterios de inclusión**

Pacientes hospitalizados en el Hospital General Isidro Ayora en la Unidad de Quemado.

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.

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 General Isidro Ayora.

Pacientes que no deseen realizar el proceso investigativo.

Técnicas e instrumentos

Registro de datos de la Historia Clínica del paciente

Se registró los datos del paciente, la cual se la obtuvo del expediente del paciente valorado por el médico residente, en donde se recogió datos como: características personales (edad, sexo, estado civil), familiares (tipo de familia, familiar responsable, apoyo familiar, número de hijos), sociales (nivel de instrucción, ocupación, nivel socio-económico), la evolución y recuperación de la herida (tiempo de hospitalización, localización de la herida, profundidad, extensión, tipo de quemadura, necesidad de injerto, colaboración del paciente con el personal de la Unidad de Quemados).

Escala de Resiliencia de Walding y Young

Se aplicó el test de Resiliencia de Wagnild y Young en el cual se midió el nivel de resiliencia del paciente.

Esta escala está compuesta por 25 ítems, en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde se comprende de la siguiente manera:

- 1 a 3 en desacuerdo
- 4 parcialmente de acuerdo
- 5 a 7 de acuerdo.

Todos los ítems se presentan en sentido positivo. Los puntajes más altos fueron calificados como indicadores de resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos.

- Mayor a 147 puntos equivale a: **mayor capacidad de resiliencia.**
- Entre 121-146 indican un nivel de: **moderada resiliencia.**
- Menores a 121 puntos equivale un nivel de: **escasa resiliencia.**

Además, la escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia como ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseveración (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems).

- a) Ecuanimidad: denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- b) Sentirse bien solo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.
- c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- d) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
- e) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.

La aplicación de la prueba puede ser de forma individual o colectiva, es autoadministrable, con una duración de 25 minutos aproximadamente; se la puede aplicar a adolescentes y adultos.

Procedimiento

Primera etapa

Autorización para la participación de los pacientes de la Unidad de Quemados.

Solicitud dirigida al Gerente del Hospital General Isidro Ayora para realizar la presente investigación en la Unidad de Quemados de la institución.

Aprobación por parte del Gerente del Hospital General Isidro Ayora para que se permita llevar acabo el trabajo investigativo.

Firma del consentimiento informado por parte de los pacientes que aceptaron participar conforme ingresaban a la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora.

Segunda etapa

Registro de datos y aplicación del reactivo

Se realizó el registro de datos y aplicación del reactivo en el periodo enero-mayo de 2018, conforme ingresaban las pacientes a la Unidad de Quemados.

Una vez valorado el paciente por el médico residente de la Unidad de Quemados, se recolecto datos de la historia clínica del paciente con la finalidad de dar seguimiento a la evolución clínica del paciente.

Se aplicó la escala de Resiliencia de Walding y Young a todos los pacientes convalecientes quienes ya estaban próximos a salir del hospital, con el fin de que no exista dolor causante de la quemadura.

Tercera etapa

Tabulación de datos.

Al obtener toda la información de los registros de datos y la aplicación del reactivo, se utilizó el programa IBM SPSS para tabular de manera más precisa la información recaudada.

f. RESULTADOS

Objetivo 1:

Evaluar el nivel de resiliencia de los pacientes con quemaduras mediante la aplicación del test de Wagnild y Young.

Tabla 1

Nivel de resiliencia

Nivel de Resiliencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Escasa Resiliencia	9	30,0%
Moderada Resiliencia	5	16,7%
Mayor capacidad de Resiliencia	16	53,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Escala de resiliencia de Wagnild y Young
 Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados analizados de la escala de resiliencia de Wagnild y Young el 53,3% de los pacientes presentan una mayor capacidad de resiliencia, el 30% presenta un nivel de escasa resiliencia y el 16,7% de los pacientes encuestados presentan un nivel de moderada resiliencia.

Por lo cual, se puede recalcar que la mayoría de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora poseen mayor capacidad de resiliencia.

Tabla 2

Factor de Resiliencia

Factor de Resiliencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfacción personal	3	10,0%
Ecuanimidad	3	10,0%
Sentirse bien solo	3	10,0%
Confianza en sí mismo	11	36,7%
Perseverancia	10	33,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados obtenidos de la escala de resiliencia de Wagnild y Young el 36,7% de los pacientes presentaron factores protectores de confianza en sí mismo, el 33,3% presenta perseverancia mientras que el 10% de los pacientes presentan factores como satisfacción personal, ecuanimidad y sentirse bien solo respectivamente.

Uno de los factores protectores que más presentan los pacientes con quemaduras es confianza en sí mismo. Lo que le permite al paciente potenciar sus capacidades y habilidades, además de tener la fortaleza de que puede salir de aquella adversidad por la que vivió.

Objetivo 2:

Analizar las características personales, familiares y sociales que puedan influir en la resiliencia del paciente durante el tratamiento.

CARACTERISTICAS PERSONALES

Tabla 3

Estado Civil

		Nivel de Resiliencia*Estado Civil del paciente						Total
		Estado Civil del paciente						
		Casado	Divorciado	Unión Libre	Viudo	Soltero		
Nivel de Resiliencia	Escasa Resiliencia	Frecuencia	0	0	4	0	5	9
		%	0,0%	0,0%	44,4%	0,0%	55,6%	100,0%
	Moderada Resiliencia	Frecuencia	2	0	1	0	2	5
		%	40,0%	0,0%	20,0%	0,0%	40,0%	100,0%
	Mayor capacidad de Resiliencia	Frecuencia	4	2	4	1	5	16
		%	25,0%	12,5%	25,0%	6,3%	31,3%	100,0%
Total		Frecuencia	6	2	9	1	12	30
		%	20,0%	6,7%	30,0%	3,3%	40,0%	100,0%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados analizados en la Historia clínica del paciente muestran que dentro del nivel de escasa resiliencia con un 55,6% el paciente se encuentra soltero y el 44,4% restante se encuentra en unión libre; dentro del nivel de moderada resiliencia el 40% de los pacientes se encuentran casadas, el 40% solteros y el 20% restante se encuentra en unión libre; dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 31,3% de los pacientes se encuentran solteros, el 25% se encuentra casado, el 25% en unión libre, el 12,5% divorciado y el 6,3% restante se encuentra viudo.

Se puede deducir que el estado civil del paciente no influye en el nivel de resiliencia, ya que los grados de resiliencia alcanzados son similares en número y porcentaje, por lo que no están sujetos a un determinado estado civil.

CARACTERISTICAS SOCIALES

Tabla 41

Ocupación

		Nivel de Resiliencia*Ocupación del paciente					Total
		Ocupación del paciente					
		Con	Sin	Quehaceres	Estudiante		
		trabajo	trabajo	domésticos			
Nivel de Resiliencia	Escasa	Frecuencia	5	2	2	0	9
	Resiliencia	%	55,6%	22,2%	22,2%	0,0%	100,0%
	Moderada	Frecuencia	3	0	2	0	5
	Resiliencia	%	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%	100,0%
	Mayor	Frecuencia	11	0	1	4	16
	capacidad de Resiliencia	%	68,8%	0,0%	6,3%	25,0%	100,0%
Total	Frecuencia	19	2	5	4	30	
	%	63,3%	6,7%	16,7%	13,3%	100,0%	

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados analizados en la Historia clínica del paciente muestran que dentro del nivel de escasa resiliencia el 55.6% de los pacientes poseen trabajo y el 22,2% restante realiza quehaceres domésticos o se encuentra sin trabajo respectivamente; dentro del nivel moderada resiliencia el 60% de los pacientes cuentan con un trabajo y el 40% restante realiza quehaceres domésticos; y, dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 68,8% de los pacientes tienen trabajo, el 25% son estudiantes y el 6,3% realiza quehaceres domésticos. Se puede recalcar que la totalidad de los pacientes que no poseen un trabajo o realizan quehaceres domésticos tiene un escaso nivel de resiliencia mientras que la mayoría de los pacientes que cuentan con un trabajo o están realizando sus estudios presentan una mayor capacidad de resiliencia.

Tabla 5

Nivel de instrucción

		Tabla cruzada Nivel de Resiliencia*Nivel de instrucción del paciente					Total
		Nivel de instrucción del paciente					
			Sin estudios	Primaria	Secundaria	Tercer Nivel	
Nivel de Resiliencia	Escasa Resiliencia	Frecuencia	3	4	1	1	9
		%	33,3%	44,4%	11,1%	11,1%	100,0%
	Moderada Resiliencia	Frecuencia	0	1	2	2	5
		%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
	Mayor capacidad de Resiliencia	Frecuencia	0	7	7	2	16
		%	0,0%	43,8%	43,8%	12,5%	100,0%
Total		Frecuencia	3	12	10	5	30
		%	10,0%	40,0%	33,3%	16,7%	100,0%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados analizados en la Historia clínica del paciente muestran que dentro del nivel de escasa resiliencia el 44,4% de los pacientes han culminado sus estudios primarios, el 33,3% no poseen estudios y el 11,1% cuentan con estudios secundarios y de tercer nivel respectivamente; dentro del nivel de moderada resiliencia el 40% de los pacientes han culminado sus estudios secundarios y con el mismo porcentaje los de tercer nivel y el 20% restante consta con estudios primarios; dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 43,8% consta con estudios primarios y secundarios respectivamente y el 12,5% restante cuenta con estudios del tercer nivel.

Por lo tanto, se puede recalcar que la totalidad de pacientes que no poseen estudios presentan una escasa nivel de resiliencia mientras que la mayoría de los pacientes con estudios primarios o secundarios presentan una moderada o mayor capacidad de resiliencia.

Es importante mencionar que dentro de la educación de una persona, la resiliencia juega un papel muy importante, ya que mediante esta se puede fortalecer el desarrollo de competencias sociales, académicas y personales, que permitan a la persona sobreponerse a situaciones adversas y salir adelante en la vida. (Peralta, Ramírez y Castaño, 2006)

Tabla 62

Nivel socio-económico

		Tabla cruzada Nivel de Resiliencia*Nivel socio-económico del paciente			
		Nivel socio-económico del paciente		Total	
		Bajo	Medio		
Nivel de Resiliencia	Escasa	Frecuencia	8	1	9
	Resiliencia	%	88,9%	11,1%	100,0%
	Moderada	Frecuencia	4	1	5
	Resiliencia	%	80,0%	20,0%	100,0%
	Mayor	Frecuencia	12	4	16
	capacidad de Resiliencia	%	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Frecuencia	24	6	30
		%	80,0%	20,0%	100,0%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados obtenidos en la Historia clínica del paciente muestran que dentro del nivel de escasa resiliencia el 88.9% de los pacientes posee un nivel socio-económico bajo y el 11,1% restante posee un nivel socio-económico medio; dentro del nivel de moderada resiliencia el 80% posee un nivel socio-económico bajo y el 20% restante posee un nivel socio-económico medio; y, dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 75% posee un nivel socio-económico bajo y el 25% restante un nivel socio-económico medio. Es decir, el nivel socio-económico no influye en el nivel de resiliencia que tenga el paciente. Además, cabe recalcar que la mayoría de paciente tienen un nivel socio-económico bajo ya que el Hospital General Isidro Ayora su hospitalización y medicamentos son gratuitos.

CARACTERISTICAS FAMILIARES

Tabla 7

Tipo de familia

		Nivel de Resiliencia*Tipo de familia que tiene el paciente		
		Tipo de familia que tiene el paciente		Total
		Funcional	Disfuncional	
Escasa Resiliencia	Frecuencia	2	7	9
	%	22,2%	77,8%	100,0%
Moderada Resiliencia	Frecuencia	2	3	5
	%	40,0%	60,0%	100,0%
Mayor capacidad de Resiliencia	Frecuencia	13	3	16
	%	81,3%	18,8%	100,0%
Total	Frecuencia	17	13	30
	%	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados analizados en la Historia clínica del paciente muestran que dentro del nivel de escasa resiliencia el 77,8% de los pacientes pertenece a un tipo de familia disfuncional y el 22,2% restante de una familia funcional; dentro del nivel de moderada resiliencia el 60% constituye de una familia disfuncional y el 40% de una familia funcional; y, en el nivel de mayor capacidad de resiliencia el 81,3% pertenece a una familia funcional mientras que el 18,8% restante pertenece a una familia disfuncional.

Por lo tanto, el tipo de familia disfuncional si influye en que el paciente presente un escaso nivel de resiliencia mientras que el tipo de familia funcional ayuda a que el paciente presente una mayor capacidad del nivel de resiliencia.

Tabla 8

Apoyo familiar

Tabla cruzada Nivel de Resiliencia*Apoyo familiar durante la Hospitalización del paciente					
		Apoyo familiar durante la Hospitalización del paciente			
			Si	No	Total
Nivel de Resiliencia	Escasa Resiliencia	Frecuencia	0	9	9
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	Moderada Resiliencia	Frecuencia	2	3	5
		%	40,0%	60,0%	100,0%
	Mayor capacidad de Resiliencia	Frecuencia	15	1	16
		%	93,8%	6,3%	100,0%
Total		Frecuencia	17	13	30
		%	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados obtenidos de la historia clínica del paciente dependiendo del nivel de resiliencia que dentro del nivel de escasa resiliencia el 100% de la población no tuvieron el apoyo de algún familiar durante su hospitalización; dentro del nivel de moderada resiliencia el 60% de los pacientes no tuvieron apoyo familiar mientras que el 40% restante si tuvieron apoyo de su familia; y, dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 93,8% de los pacientes si tuvieron apoyo familiar mientras que el 6,3% no tuvo apoyo de algún familiar.

Por lo tanto, se puede recalcar que un paciente que no tiene apoyo familiar presenta un nivel de resiliencia escaso, mientras que aquellos pacientes que cuentan con el apoyo de sus familiares tienen mayor capacidad de resiliencia.

Objetivo 3:

Comprobar si el nivel de resiliencia en el paciente influye en la evolución y recuperación satisfactoria de la herida.

Tabla 9

Tiempo de hospitalización del paciente

		Nivel de Resiliencia*Tiempo de hospitalización del paciente									
		Tiempo de hospitalización del paciente									
		1	2	3	4	5	6	8	9	Total	
		semana	semana	semana	semana	semana	semana	semana	semana		
Nivel de Resiliencia	Escasa	F	0	0	2	1	0	4	1	1	9
	Resiliencia	%	0,0%	0,0%	22,2%	11,1%	0,0%	44,4%	11,1%	11,1%	100%
Resiliencia Moderada	Moderada	F	0	3	1	0	1	0	0	0	5
	Resiliencia	%	0,0%	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Mayor capacidad de Resiliencia	Mayor capacidad de Resiliencia	F	3	10	0	2	0	1	0	0	16
		%	18,8%	62,5%	0,0%	12,5%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	100%
Total		F	3	13	3	3	1	5	1	1	30
		%	10,0%	43,3%	10,0%	10,0%	3,3%	16,7%	3,3%	3,3%	100%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young
 Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados obtenidos de la historia clínica del paciente de acuerdo al nivel de resiliencia que dentro del nivel escasa resiliencia el 44,4% de los pacientes han estado hospitalizados alrededor de 6 semanas, el 22,2,% ha estado hospitalizado por 3 semanas y el 11,1% ha estado hospitalizado durante 9, 8 y 4 semanas; dentro del nivel de moderada resiliencia el 60% de los pacientes han estado hospitalizados 2 semanas, el 20% ha estado hospitalizado durante 3 semanas y 5 semanas; y, dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 62,5% de los

paciente han estado hospitalizados durante 2 semanas, el 18,8% durante una semana, el 12,5% durante 4 semanas y el 6,3% restante ha estado hospitalizado durante 6 semanas.

Por lo tanto, las personas con un nivel de resiliencia escaso la duración máxima que ha permanecido hospitalizado el paciente es de 6 semanas; en cambio, aquellas personas con un nivel de mayor capacidad de resiliencia e tiempo que se han encontrado hospitalizados es de 2 semanas.

Es decir, a mayor resiliencia menor tiempo hospitalizado y a escasa resiliencia mayor tiempo de hospitalización.

Tabla 10

Profundidad de la quemadura

		Nivel de Resiliencia*Profundidad de la quemadura		
		Profundidad de la quemadura		Total
Nivel de Resiliencia		Grado 2	Grado 3	
	Escasa Resiliencia	Frecuencia	6	3
%		66,7%	33,3%	100,0%
Moderada Resiliencia	Frecuencia	3	2	5
	%	60,0%	40,0%	100,0%
Mayor capacidad de Resiliencia	Frecuencia	12	4	16
	%	75,0%	25,0%	100,0%
Total	Frecuencia	21	9	30
	%	70,0%	30,0%	100,0%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados analizados de la historia clínica del paciente dependiendo del nivel de resiliencia que dentro del nivel de escasa resiliencia el 66,7% de los paciente presentan una quemadura de segundo grado y el 33,3% restante presentan una quemadura de tercer grado; dentro del nivel de moderada resiliencia el 60% presenta una quemadura de segundo grado mientras que el 40% de tercer grado; y, dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 75% presenta quemaduras de segundo grado mientras que el 25% de tercer grado. Dentro de la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora se ingresa a pacientes con una profundidad mayor de segundo grado, ya que se destruye la primera capa de la piel (epidermis) y un espesor de la segunda capa (dermis), hay presencia de ampollas, por lo tanto, es necesario la hospitalización para prevenir alguna infección.

Tabla 11

Extensión de la quemadura

		Nivel de Resiliencia*Extensión de la quemadura					Total
		Extensión de la quemadura					
		1-10%	11 -20%	21-30%	31-40%	41-50%	
Escasa Resiliencia	Frecuencia	2	3	1	1	2	9
	%	22,2%	33,3%	11,1%	11,1%	22,2%	100,0%
Moderada Resiliencia	Frecuencia	2	3	0	0	0	5
	%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Mayor capacidad Resiliencia	Frecuencia	5	4	5	2	0	16
	%	31,3%	25,0%	31,3%	12,5%	0,0%	100,0%
Total	Frecuencia	9	10	6	3	2	30
	%	30,0%	33,3%	20,0%	10,0%	6,7%	100,0%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados obtenidos de la historia clínica del paciente dependiendo del nivel de resiliencia nos podemos dar cuenta que dentro del nivel de escasa resiliencia el 33,3% de los paciente tienen una extensión de 11% al 20% de quemadura, el 22,2% tiene una extensión del 1% al 10% de quemadura y el 11,1% tienen una extensión del 21% al 30% de quemadura y del 31% al 40% respectivamente; dentro del nivel de moderada resiliencia, el 60% de la población tienen una extensión del 11% al 20% de quemadura y el 40% restante tiene una extensión del 1% al 10% de quemadura; y, dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 31,3% tienen una extensión del 1% al 10% y del 21% al 30% de quemadura respectivamente, el 25% tiene una extensión del 11% al 20% de quemadura y el 12,5% con una extensión del 31% al 40% de quemadura.

Existen varias formas para evaluar la extensión de una quemadura, pero la forma que más se utiliza en grandes centros de quemados es la tabla de Lund-Browder y Dubois, la cual evalúa en más detalle e incluyen la profundidad de la quemadura, especificando por área anatómica y diferencias según edad. (Sciaraffia, Andrades , & Wisnia, 2001, págs. 87-88)

Tabla 12

Colaboración del paciente

		Colaboración del paciente con el personal de la Unidad de Quemados		
		Si	No	Total
Escasa Resiliencia	Frecuencia	2	7	9
	%	22,2%	77,8%	100,0%
Moderada Resiliencia	Frecuencia	2	3	5
	%	40,0%	60,0%	100,0%
Mayor capacidad de Resiliencia	Frecuencia	15	1	16
	%	93,8%	6,3%	100,0%
Total	Frecuencia	19	11	30
	%	63,3%	36,7%	100,0%

Fuente: Historia Clínica del paciente y Escala de resiliencia de Wagnild y Young

Autor: Stefany Giset Ortega Ortega

Análisis e interpretación

Según los resultados analizados de la historia clínica del paciente dependiendo del nivel de resiliencia nos podemos dar cuenta que dentro del nivel de escasa resiliencia el 77,8% de los pacientes no colaboraron con el personal de la Unidad de Quemados mientras que el 22,2% si hubo colaboración con el personal; y, dentro del nivel de mayor capacidad de resiliencia el 93,8% si colaboró con el personal mientras que el 6,3% no colaboró con el personal de la Unidad de Quemados. Cabe recalcar que la colaboración del paciente si influye en el nivel de resiliencia.

Es importante la colaboración del paciente en el momento que se realiza las curaciones de las heridas e incluso al momento de recibir el medicamento.

g. DISCUSIÓN

Una quemadura es un problema de salud física que pone en riesgo la vida de las personas que las sufren, el tratamiento médico es prolongado y las secuelas que dejan pueden ser muy graves. Además, son uno de los padecimientos más dolorosos a nivel físico, psicológico y social, pues son una experiencia desgarradora y las marcas corporales quedan para toda la vida (Soucheiron & San Martin, 2009).

Los objetivos de este estudio consisten en analizar el nivel de resiliencia que muestran los pacientes con quemaduras durante su tratamiento en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, como esta influye en la evolución y recuperación satisfactoria de la herida y analizar qué características personales, familiares y sociales puedan influir en la resiliencia del paciente durante el tratamiento.

Los resultados de la presente investigación mostraron que la mayoría de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora poseen un alto nivel de resiliencia. En donde los datos se puede comparar con otro estudio con características similares el cual se titula “Resiliencia en enfermedades crónicas en población adulta” realizado en 121 pacientes entre 18 y 65 años con diagnóstico de enfermedad crónica, hombres y mujeres, adscritos a una entidad prestadora de servicios de salud de la ciudad de Medellín, Colombia quienes en sus resultados obtuvieron un alto nivel de resiliencia, en donde les llevo a concluir que los pacientes del estudio tienen habilidades y capacidades personales de autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, ingenio; y, por otro lado, tienen capacidad de perseverancia, adaptabilidad, balance flexibilidad y una perspectiva de vida estable para lograr la autoaceptación tanto de si mismo como de la vida a pesar de la adversidad (Quiceno y Vinaccia, 2011)

Por otro lado, los datos estadísticos mostraron que aquellas personas que tienen un alto nivel de resiliencia estuvieron hospitalizadas en un tiempo máximo de dos semanas; mientras que aquellas personas que tienen un escaso nivel de resiliencia el tiempo máximo que ha estado hospitalizado es de seis semanas; por ende el nivel de resiliencia que tenga el paciente dependerá si tiene una evolución y recuperación temprana o tardía de la herida. Yunier Broche y Walter Medina (2011) mencionan que la resiliencia y el afrontamiento pueden influir en la recuperación de cualquier enfermedad y especialmente en la psicooncología; por lo que concuerda con el presente trabajo.

En cuanto a las características personales, sociales y familiares que puedan influir en la resiliencia del paciente, dentro de las características personales y sociales cabe recalcar que el estado civil, el nivel socio-económico y el tener una ocupación son factores que no influyen en el nivel de resiliencia de la persona; a diferencia de aquellas personas que se encuentran estudiando o han culminado sus estudios primarios y secundarios ya que presentan niveles altos de resiliencia. No hay investigaciones sobre qué factores podrían influir en el nivel de resiliencia de la persona y sería importante que se realicen estudios y que cuenten con suficiente base empírica. En cuanto a las características familiares en aquellas personas con un alto nivel de resiliencia cuentan con el apoyo de su familia y pertenecen a una familia funcional por lo tanto es un factor que si influye en el nivel de resiliencia. Coletti y Linares (1997) mencionan que en las familias que logran activar la resiliencia se puede observar un concepto evolutivo del tiempo y del devenir, como un proceso continuo de crecimiento y cambio; por lo contrario, las familias que se estacan en patrones disfuncionales en especial las familias multiproblemáticas carecen de este sentido y sus síntomas suelen aparecen en momentos de transición disruptiva, que las congelan y angustian.

Con el presente estudio es importante mencionar que una de las limitaciones que se presentó durante el desarrollo fueron el número de participantes, sería importante ampliar la muestra;

evaluar al paciente en los primeros días de hospitalización ya que puede presentar pensamientos negativos o dolor físico los cuales pueden alterar los resultados. Además, se recomienda incluir un mayor número de variables de estudio con la finalidad de brindar una visión más amplia.

h. CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, presentan mayor capacidad del nivel de resiliencia, de los cuales los factores que predominaron fueron confianza en sí mismo y perseverancia.

- En cuanto a las características personales, sociales y familiares se concluyó que el estado civil, el nivel socio-económico y el tener una ocupación son factores que no influyen en el nivel de resiliencia de la persona; en cambio, aquellas personas que se encuentran estudiando, han culminado sus estudios primarios y secundarios, pertenecen a una familia funcional y tienen el apoyo familiar son quienes presentan niveles altos de resiliencias.

- Se determinó que los pacientes con un nivel de resiliencia alto, su herida evoluciona y se recupera satisfactoria en un tiempo máximo de dos semanas, mientras que aquellos pacientes con un escaso nivel de resiliencia el tiempo máximo de recuperación fue de seis semanas.

i. RECOMENDACIONES

- A los jefes de la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora que realicen acuerdos con el área de Salud Mental con el fin de que se les brinde a los pacientes de la Unidad una intervención psicológica, los cuales garanticen la estabilidad emocional del paciente.

- Al personal de la Unidad de Quemados para sean una fuente motivadora para el paciente y así le ayuden a una mejor adaptación del lugar y pueda asimilar de mejor manera el internamiento y su respectivo tratamiento, con el fin de que el paciente colabore con el personal de la Unidad durante su tratamiento.

- Realizar un Plan de Psicoeducación para fortalecer la resiliencia de los pacientes y se muestren con actitud positiva durante su tratamiento a fin de que puedan afrontar la adversidad por la que pasaron durante su proceso de recuperación.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar, M. Fidalgo, M. Laplana, O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. Madrid. *Revista SciELO Analytics*, 40, 2. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Obtenida de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000200005
- Alemaný, M. (1997). *Cirugia General Quemaduras*. San Jose, Costa Rica.
- American Psychological Association . (2016). *El camino a la Resiliencia* . Obtenido de Centro de Apoyo: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125. Obtenido de
<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024/3878>
- Berrocal, M. Guette, A. Rodríguez, P. Rodríguez, G. Ruiz, M. Salgado, E. (2011). Paciente Quemado: manejo de urgencias y reanimación. *Ciencias Biomedicas*, 2, 2. Universidad de Cartagena. Obtenido de:
<http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1035/945>
- Cáceres, M. (2018). Estrategias de afrontamiento y reacciones de estrés de pacientes en situación de hospitalización por quemaduras de tercer grado en el servicio de quemados. Universidad Central del Ecuador. Obtenido de
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15959/1/T-UCE-0007-CPS-018.pdf>
- Castillo, P. (2018). Quemaduras. Conceptos para el médico general. *Cuadernos de Cirugía*, 17, 1. Universidad Austral de Chile Obtenido de:
<http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v17n1/art10.pdf>

- Durango, L. F., y Vargas, F. (2004). *Manejo medico inicial del paciente quemado*. Bolivia: Editorial IATREIA.
- Fidel, S. (2014). *Trayectorias Psicológicas y Evolución Clínica Post-Quemaduras*.
- Fernández, F. Puebla, I. Carrillo, L. Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. *Multimed*, 19, 1. Obtenido de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/88/1266>
- González, A. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes*. México.
- Gómez, E. Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familiar multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19, 2. Obtenido de: <https://auroradechile.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17112/17840>
- INEC. (2014). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y Camas*. (G. Lugmaña, Ed.) Quito, Ecuador. Recuperado el 08 de Noviembre de 2017, Obtenido de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf
- Jiménez Murillo, L., y Montero Perez, F. (2010). *Medicina de Urgencias Guía y Protocolos de Acción*. Barcelona, España: EdiDe, S.L.
- Lawrence, J., & Fauerbach, J. (2003). *Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and ptsd symptoms among adult burn survivor*.
- Lorenzo, F. (2008). *TCAE en la Unidad de Quemados*. España: Vértice S. L.
- Maganto, J., & Etxeberria, J. (2010). La Resiliencia: afrontar, construir, transformar. En C. Maganto, & J. Maganto, *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas* (págs. 81-82). Madrid: Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).

- McGraw-Hill Interamericana. (2000). *Trauma Atención Medicoquirurgica*. Mexico.
- Moctezuma, L., Páez, I., Jimenez, S., Miguel, K., Forcerrada, G., Sánchez, A., . . . Nuñez, V. (2015). epidemiologia de las quemaduras en México. *Redalyc.org*, 79. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/473/47345916013/>
- Muñoz, A. (2015). Reanimación del paciente gran quemado. *Rev, Chil. Anest*, 44,1, 62-77.
- OMS. (2016). *Quemaduras*. Quito.
- Peñalba, A., y Marañón, R. (2006). Tratamiento de las quemaduras en urgencias. En *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas* (págs. 202 -203). Madrid.
- Peralta, S. Ramírez, A. Castaño, H. (2006). Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes perteneciente a la Universidad de Sucre. Colombia. Obtenido de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/2054/9366>
- Perez, M., Martínez , P., Pérez, L., y Cañadas, F. (2011). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras*.
- Pinillos, P. (2016). Cuidado Emocional al paciente con quemaduras durante la cura de las lesiones. Universidad de Valladolid. Obtenida de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/20471/1/TFG-O%20865.pdf>
- Quezada, L., González, M., y Mecott, G. (2014). *Resiliencia en Pacientes Pediátricos Sobrevivientes de Quemaduras*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León .
- Ramirez, C., Ramirez, C., González, L. F., Ramírez, N., y Vélez, K. (2010). Fisiopatología del Paciente Quemado. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*.
- Rodriguez, M., Fernández , M. L., Pérez, M. L., y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología* .

- Rodriguez, R., y Nazarro, M. C. (2016). *Medicina de Urgencias Fundamentos y Enfoque Práctico*. España: Editorial Medica Panamericana, S. A.
- Sciaraffia, C., Andrades, P., y Wisnia, P. (2001). Quemaduras. En *Apuntes de Cirugia Plastica* (págs. 87-88).
- Soucheiron, M. B., y San Martin, M. A. (2009). *Programa de habilidades para el afrontamiento afectivo de situaciones adversas para niños con secuelas de quemaduras y sus familias*.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15.
- Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Redalyc.org*, 40-49. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/778/77827106/>
- Vinueza, G., y Quillay, E. (2006). Quemaduras. En *Emergencia Cirugía y Trauma* (pág. 344).
- Wagnild, G., y Young, H. (1993). *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER)*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/39013071/Escala-de-Resiliencia-de-Wagnild-y-Young>.

ANEXOS



ANEXO # 1
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

ESTIMADO/A:

Como estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de la Loja, solicito a usted de la manera más respetuosa en responder el presente inventario, las cuales tienen como finalidad recabar información sobre el nivel de resiliencia el cual me ayudará a realizar mi tesis de grado para la obtención del título. Los datos que se obtenga serán de absoluta confidencialidad.

INSTRUCCIONES:

A continuación, le presentamos una serie de afirmaciones referidas a diferentes aspectos de su vida, donde tendrá que leer cada una de ellas y marcar con una X que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas.

ITEMS	En desacuerdo			De acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7
1.- Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7
2.- Frente a un problema generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
4.- Es importante para mí mantenerme interesado de las cosas que suceden a mi alrededor	1	2	3	4	5	6	7
5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7.-Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7
8.- Soy amigo de mi misma	1	2	3	4	5	6	7
9.Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10.- Soy decidido	1	2	3	4	5	6	7
11.-Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12.- Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente	1	2	3	4	5	6	7

14. Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general encuentro algo de que reírme	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20.-Algunas veces me obligo hacer cosas que no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21.- Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22.- No me la lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	1	2	3	4	5	6	7

PUNTAJE: _____

FACTOR	ITEMS
Satisfacción personal	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	5, 3, 19
Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
Menor a 121	Escasa resiliencia
Entre 121 y 146	Moderada resiliencia
Mayor a 147	Mayor capacidad de resiliencia

FACTOR: _____

NIVEL DE RESILIENCIA: _____

ANEXO # 2

REGISTRO DE DATOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
EDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	OCUPACIÓN:
NIVEL DE INSTRUCCION:	NIVEL SOCIO-ECONÓMICO:
FAMILIAR RESPONSABLE:	TIPO DE FAMILIA:
VALORACIÓN DEL PACIENTE	
INGRESO:	EGRESO:
TIEMPO HOSPITALIZADO:	LOCALIZACION:
Nro. DE CURACIONES:	Nro. DE LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS:
PROFUNDIDAD:	EXTENSION:
TIPO DE QUEMADURA:	NECESIDAD DE INJERTO: SI () NO ()
APOYO FAMILIAR: SI () NO ()	COLABORACION DEL PACIENTE: SI () NO ()

ANEXO # 3

Consentimiento Informado

Señor(a) _____ por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización de una prueba psicológica, titulada “ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG”; la cual me ayudará a realizar mi tesis de grado para la obtención del título. Este reactivo tiene el objetivo de medir el nivel de resiliencia.

La información obtenida en la prueba psicológica tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público en ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de los resultados y puntuaciones obtenidas en la prueba.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba.

(Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

Yo, _____ con C.I. _____, de ____ años de edad, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de la prueba psicológica.

C.I.: _____

ANEXO # 4

PROPUESTA PSICOEDUCATIVA PARA LA RESILIENCIA EN LOS PACIENTES CON QUEMADURAS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

JUSTIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

El ser humano tiene la capacidad de afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas, pero ha sido ignorada por la psicología tradicional, la cual se ha dedicado al estudio de los efectos devastadores del trauma. Aunque vivir un acontecimiento traumático es sin duda una de las situaciones más duras a las que se deben afrontar una persona, supone una oportunidad para tomar conciencia y reestructurar la forma de entender el mundo, que se traduce en un momento idóneo para construir nuevos sistemas de valores. (Vera, Carbelo, y Vecina, 2006)

Es necesario que los pacientes con quemaduras ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, reciban información sobre resiliencia y puedan salir fortalecidos de la experiencia que vivieron.

OBJETIVO:

Fortalecer el nivel de resiliencia de los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora, a través de charlas psicoeducativas.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Debido al tiempo de hospitalización se realizará 4 sesiones a las pacientes, en donde se brindará información acerca de la resiliencia, pilares de la resiliencia, factores protectores a estimular, elementos y formas de construir la resiliencia.

SESIÓN 1: RESILIENCIA

OBJETIVO: Dar a conocer sobre el concepto de resiliencia y la importancia de tener un alto nivel de resiliencia.

ESTRUCTURA:

1. Dinámica.

Nombre: Fulano se comió el pan en las calles de San Juan

Objetivo: Conocer el nombre de los participantes.

Desarrollo: Los jugadores se ubican en sus sillas formando un círculo. Quien dirige el juego dice: “Fulano se comió un pan en las calles de San Juan”. El aludido (a) contesta: ¿Quién yo? Y responden Si, Tú al tiempo que contesta: Pero yo no fui, acto seguido se pregunta: ¿Entonces quién? A la cual él o ella responde de nuevo dando el nombre de otro participante: ¡Fue fulanito! Así pues, se repite el dialogo anterior, hasta que todos sean nombrados.

Resultados: Mayor integración y comodidad con el grupo.

2. Exposición

¿Qué es la Resiliencia?

“La capacidad de los sujetos para sobreponerse a periodos de dolor emocional y situaciones adversas. Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada y puede sobreponerse a contratiempos o incluso salir fortalecidos de éstos. Actualmente la resiliencia se aborda desde la psicología positiva, la cual se centra en las capacidades, valores y atributos positivos de los seres humanos y no en sus debilidades o patologías como lo hace la psicología tradicional”.

La resiliencia no es innata ni adquirida, tampoco es una característica que la gente tiene o no tiene. La resiliencia se la va adquiriendo según las experiencias vividas, depende de las adaptaciones de la persona y las oportunidades, incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona.

Pilares de la Resiliencia

Autoestima

Creatividad

Cooperación

Autonomía

Humor

Vivir con resiliencia

La doctora Santos menciona 12 consejos para vivir con Resiliencia:

1. Reflexiona sobre qué es lo que de verdad importa y vuelve a orientarte en tus objetivos vitales.
2. Desconecta al llegar a casa para conectar con tu familia y amigos
3. Proponte pistas de frenado auténticas cada fin de semana para regular el estrés y mantener las amistades
4. No admitidas en tu vida las quejas
5. Enfócate en el área de la influencia en vez de en el área de la preocupación para eliminar cuanto antes los conflictos
6. Aprende a sonreír y manejar la comunicación asertiva y no violenta ante los conflictos.
7. Crea un espacio de paz donde poder pensar

8. Evita las discusiones mediante la inteligencia emocional: inteligencia para saber a dónde voy y empatía para entender al otro
9. No te dejas invadir por la inmediatez
10. Mantén la forma física
11. Practica la ecología informativa: no difundas malas noticias gratuitamente
12. Dedicar tiempo a tus amigos de siempre y cultivar tus aficiones.

DURACIÓN: 90 minutos

MATERIALES: carteles, marcador, información de la exposición

RESULTADOS: Los pacientes conocerán la definición de resiliencia, sus pilares y cómo vivir con resiliencia.

SESIÓN 2: Estimular la Resiliencia

OBJETIVO: Instruir sobre los factores protectores, los cuales son capacidades y habilidades que pueden ser estimuladas para fomentar la resiliencia.

ESTRUCTURA:

1. Dinámica.

Nombre: Representaciones.

Objetivo: Mejorar la confianza en el grupo

Desarrollo: Cada jugador recibe un papel con una sílaba o palabra con la cual tiene que reunirse y combinar sus letras, el papel tiene que tener un color específico, y así obtener el tema de una canción o acción. Si le sale una acción, por ejemplo “paseo a la montaña” debe de representarlo con mímica. Los demás deberán adivinar la acción que está representando. Si le sale una canción, por Ej. “no sé tú” el grupo se reúne, ensaya y la canta.

2. Exposición

Factores Protectores a Estimular

La **autoestima** consistente que es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

La **introspección** que es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De

allí la posibilidad de captación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.

La **independencia** que se define como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.

La **capacidad de relacionarse** que es la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta produce aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

La **iniciativa** que supone el gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

El **humor** que encuentra lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos, aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.

La **creatividad** que es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

La **moralidad** que se entiende como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

La **capacidad de pensamiento crítico** que es un pilar de segundo grado, fruto de las combinaciones de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas.

UN MODELO DE SUPERACIÓN:

Boris fue un niño judío nacido en Ucrania, que residía en Francia al comenzar La Segunda Guerra Mundial. Cuando tenía seis años, logró escapar de un campo de concentración nazi del que no saldría vivo ningún miembro de su familia. Durante dos años vivió todo tipo de peripecias, hasta que finalmente fue instalado por la Asistencia Pública en una granja para huérfanos. Allí pasó su infancia y parte de su adolescencia.

Y su historia no sería demasiado diferente de la de millones de niños si no fuera porque hoy se ha convertido en el Dr. Boris Cyrulnik, investigador y científico destacado en Francia, que dedicó su vida a desarrollar ideas que pudieran ayudar a otros a superar experiencias como la que él mismo se vio forzado a afrontar. Muchas personas que han leído o escuchado esta historia reaccionan pensando: “Caramba, ¿qué son mis problemas al lado de lo que tuvo que superar este pobre chico?”. Y con solo provocar esa reacción ya estaría ayudando a mucha gente a relativizar sus dificultades y a enfrentarlas con mayor serenidad. Estudió, enseñó y escribió durante muchos años y sigue haciéndolo. Y, además, recorre el mundo difundiendo sus ideas, sobre el concepto de resiliencia.

DURACIÓN: 90 minutos

MATERIALES: carteles, marcador, información de la exposición, hojas, esferos.

RESULTADOS: Los pacientes conocerán la importancia de fortalecer su nivel de resiliencia.

SESIÓN 3: ¿Cómo construir la resiliencia?

OBJETIVO: Dar conocer las formas de construir o mejorar la resiliencia del paciente

ESTRUCTURA:

1. Dinámica.

Nombre: Los personajes y sus oficios

Objetivo: Desarrollar habilidades de expresión.

Desarrollo: A varios participantes escogidos con anterioridad, se le reparten papeletas con el nombre de algún oficio o personaje. Estos jugadores tratarán de representar su papel lo más fielmente posible; mediante mímicas, los espectadores deben adivinar correctamente. Los que no han sido adivinados pagan penitencia

2. Exposición.

Elementos de la resiliencia

Control: Control de sentimientos o emociones de su propia persona, de sus pensamientos. Ser autónomo para tomar sus propias decisiones y asumir sus responsabilidades, no depender de los demás, el miedo es lo que más dificulta a construir una resiliencia o el saber que es capaz. Cuando un reto se supera, los siguientes serán más fáciles.

Compromiso: Comprometernos con nosotros mismos y llevar una vida digna, seguir un sistema de valores y creencias con los cuales comprometemos nuestra existencia.

Cambio: Aceptar los cambios que le pueden ocurrir con el transcurso del tiempo, ser menos regidos, todo fluye y cambia (nadie se baña en mismo río dos veces), no preguntarnos ¿Por qué a mí? Hay que tener la capacidad de afrontar la vida. No aislarnos de los problemas.

Diez formas de Construir la resiliencia

1. Establecer relaciones
2. Evitar ver las crisis como obstáculos insuperables
3. Aceptar que el cambio es parte de la vida
4. Ir hacia sus metas
5. Llevar a cabo acciones decisivas
6. Buscar oportunidades para descubrirse a si mismo.
7. Cultivar una visión positiva de si mismo
8. Mantener las cosas en perspectiva
9. Nunca pierda la esperanza
10. Cuide de sí mismo
11. Pasos para desarrollar la resiliencia
12. Enriquecer los limites
13. Fijar límites claros y firmes
14. Enseñar habilidades para la vida
15. Brindar afecto y apoyo
16. Establecer y transmitir expectativas elevadas
17. Brindar oportunidades de participación significativa

DURACIÓN: 90 minutos

MATERIALES: carteles, marcador, información de la exposición, hojas, esferos.

RESULTADOS: Los pacientes mejorarán su nivel de resiliencia, durante su tratamiento.

SESIÓN 4: Yo tengo, yo soy o estoy y yo puedo

OBJETIVO: Dar conocer las formas de construir o mejorar la resiliencia del paciente

ESTRUCTURA:

1. Cierre.

Objetivo: Evaluar lo aprendido en los talleres desarrollados.

2. Dinámica.

Nombre: Yo tengo, yo estoy, yo soy, yo puedo

Objetivo: Promover la resiliencia a través de este modelo “Yo soy, yo tengo o estoy y yo puedo” de Edith Grotberg.

Desarrollo:

YO TENGO

- Personas a mi alrededor en quien confío y me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo, en peligro o necesito aprender.

YO ESTOY

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.

YO SOY

- Una persona por la que los otros tienen aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mi familia y vecinos.

YO PUEDO

- Hablar sobre las cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar una manera de resolver problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.
- Encontrar alguien que me ayuda cuando lo necesito.

DURACIÓN: 90 minutos

MATERIALES: carteles, marcador, información de la exposición, hojas, esferos.

RESULTADOS: Fomentar las capacidades y habilidades que tiene cada persona, los cuales deberán aplicarlos al recibir el alta.

ANEXO # 5

AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

Of. Nro. 008-DPSCL-FSH-UNL
Loja, 22 de Enero de 2018

Ingeniero
Byron Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente, es grato dirigirme a Usted, para expresar un atento y cordial saludo, a la vez solicitarle su importante colaboración, autorizando para que la Srta. Stefany Giset Ortega Ortega, Estudiante del X Ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda aplicar la toma de reactivos para el desarrollo de su Proyecto de Tesis, titulado: RESILIENCIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON QUEMADURAS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, requisito indispensable previo la obtención de Psicóloga Clínica.

Así mismo debo señalar que gracias al convenio existente con la Universidad Nacional de Loja, la Srta. Stefany Giset Ortega Ortega, se encuentra realizando el Internado en su Prestigiosa Institución.

En la seguridad de contar con su atención al presente pedido, le reitero el testimonio de agradecimiento.

Atentamente,



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

DIRECTOR (E) DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

Copia: Archivo
FPAAfao



Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros
Teléfonos: (07) 2571379 - Ext.110

ANEXO # 6**CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DE RESUMEN**

Loja, 19 de Julio del 2018

Dra.

Matilde Beatriz Moreira Palacios

DOCTORA EN CIENCIA DE LA EDUCACIÓN**CERTIFICA:**

Que el documentó del resumen de la tesis titulada “Resiliencia y su influencia en el tratamiento de las personas con quemaduras del Hospital General Isidro Ayora en la ciudad de Loja” es fiel traducción del idioma español al idioma inglés, de autoría la señorita Stefany Giset Ortega Ortega, con número de cédula 1105732430 egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Esto todo cuanto puedo certificar, en honor a la verdad, autorizando a la parte interesada para que haga uso del presente para los fines legales pertinentes.

Atentamente,



Dra. Matilde Beatriz Moreira Palacios

DOCTORA EN CIENCIA DE LA EDUCACIÓN

ANEXO # 7**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN****TEMA:**

“RESILIENCIA Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON QUEMADURAS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA EN LA CIUDAD DE LOJA”

PROBLEMÁTICA:

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), menciona que, las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 265 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano. En el 2004, casi 11 millones de personas de todo el mundo sufrieron quemaduras lo suficientemente graves para requerir atención médica.

Según la (OMS, 2017) define a una quemadura es una lesión traumática en la piel u otro tejido orgánico, que la afecta en sus diferentes capas o niveles. El origen de una quemadura entre los más comunes podría ser causado por fuego, contacto con solidos o líquidos calientes y electricidad.

De la misma manera, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos investigó que, en Ecuador el número de personas atendidas por quemaduras en el año 2013 fueron de 1.178.988 aproximadamente, de las cuales en la ciudad de Loja 38.840 personas fueron atendidas (INEC, 2014).

Una persona para ingresar en una Unidad de Quemados, se debe tomar en cuenta el porcentaje de la SCQ (superficie corporal quemada) y la profundidad de las heridas; también se podría incluir la edad y el estado global del paciente.

El tratamiento para estas lesiones es prolongado ya que la persona debe pasar por una adecuada curación de la parte quemada, un posible injerto y la recuperación de la cirugía. Por lo que hay que tener presente que el paciente presenciara diariamente sus propias heridas, sintiendo dolor con frecuencia y de gran intensidad; también observara a otros pacientes hospitalizados por lo que puede anticipar las secuelas de las heridas como por ejemplo cicatrices o deformidades (Alemany, 1997).

Los psiquiatras y psicólogos en las Unidades Especializadas de Quemados, conocen que las personas que tienen heridas por quemaduras, tienen unas secuelas psicológicas que los hacen singulares respecto a otros afectados por traumas: tienen recuerdos de las circunstancias del accidente y de la intensidad de las sensaciones físicas percibidas, tales como el dolor agudo. También el proceso de recuperación, en la existencia de secuelas visibles e incapacitantes, que además perduran con el tiempo, determina que el proceso de recuperación, se prolongue durante los años y es especialmente intenso durante los dos primeros años después del accidente (Fidel, 2014).

Durante la hospitalización es probable que los pacientes presenten signos o síntomas de estrés agudo, ansiedad, depresión, alteraciones en el patrón del sueño o alimentación. Una recuperación satisfactoria dependerá de la colaboración del paciente con el personal, del estado de ánimo del

paciente, de las características personales que tenga la persona, el apoyo familiar que ha recibido anteriormente o durante su recuperación, su estilo de afrontamiento o resiliencia. (Vera Poseck, 2006).

Se ha demostrado que para los pacientes con quemaduras son los factores personales y sociales los que influyen significativamente en el ajuste post-quemaduras. Especialmente los factores vinculados al apoyo social y el tipo de afrontamiento (Lawrence & Fauerbach, 2003).

Tomando en cuenta este último punto, las personas resilientes tiene mayor equilibrio emocional frente a diversas situaciones de estrés; tiene la capacidad de enfrentar y sobreponerse a la situación adversa y generara en él un aprendizaje, incluso cambiar y reorganizar la vida, después de haber recibido un alto impacto; por lo que ayudara al paciente a salir adelante con la recuperación y tener una mejor calidad de vida.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera influye el nivel de resiliencia del paciente en el tratamiento de las personas con quemaduras del hospital general Isidro Ayora en la ciudad de Loja?

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el nivel de resiliencia que muestran los pacientes con quemaduras durante su tratamiento del hospital general Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Objetivos Específicos

Evaluar el nivel de resiliencia de los pacientes con quemaduras mediante la aplicación del test de Wagnild y Young.

Analizar las características personales, familiares y sociales que puedan influir en la resiliencia del paciente durante el tratamiento.

Comprobar si el nivel de resiliencia en el paciente influye en la evolución y recuperación satisfactoria de la herida.

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación se justifica académicamente ya que es un requisito para optar por el título de psicóloga clínica, con los conocimientos adquiridos durante los 5 años de estudio para la formación profesional que esté de acuerdo con las necesidades presentes y futuras de la sociedad, he creído necesario la realización de un proyecto que permita como egresada aplicar estos conocimientos teóricos y obtener resultados reales que reforzaran la formación académica y profesional futura, así como asegurar el éxito de realización de futuras investigación.

Además, se pretende que este proyecto se constituya en una fuente de información para posteriores investigadores.

La investigación científica permite adquirir más compromisos a fin de cumplir a cabalidad y responsabilidad el presente trabajo de investigación y de esta manera dar alternativas a los problemas sociales, para generar ideas para mejorar la calidad de vida en la sociedad y en especial a los pacientes que estén pasando por una situación adversa en donde puedan estos enfrentar y sobreponerse de la situación en la que vivieron y así puedan salir adelante con su recuperación tanto física como emocional.

Uno de los aspectos que merece especial atención es para aquellos pacientes que tienen un nivel de resiliencia bajo, ya que para ellos se les dificulta afrontar de una manera positiva la situación adversa por lo que pasó y por las que tendrán que presenciar en sus curaciones y esto retrase su proceso de recuperación, ahí la importancia del presente tema de investigación.

Cabe recalcar que los resultados obtenidos en la presente investigación servirán para comprobar si las habilidades de afrontamiento influyen en la recuperación de la herida del paciente y así pueda servir para instituciones de salud en especial a las unidades de quemados; además, servirá como fuente educativa para los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja y profesional en la rama de la salud.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de verificación
Nivel de resiliencia	Capacidad de enfrentar y sobreponerse a la situación adversa y generara en él un aprendizaje	Cuantitativa Cualitativa	Ordinal	- Escasa resiliencia - Moderada resiliencia - Mayor capacidad de resiliencia	Reactivo de Wagnild y Young
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Cuantitativa	Intervalo	Años cumplidos	Análisis de documentos
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Cualitativa	Intervalo	Masculino Femenino	Análisis de documentos
Contexto familiar	Se refiere al entorno familiar y todo lo que les rodea en cuanto a la familia, tanto hechos como el aspecto físico.	Cualitativa	Nominal	Nuclear Monoparental Extendida Reconstruida	Análisis de documentos
Nivel de instrucción	Es el grado mas elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos.	Cualitativa	Nominal	Primario Secundario Medios Superiores superiores	Análisis de documentos

Estado civil	Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tienen con otros del mismo o diferente sexo y con son reconocidos jurídicamente.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado	Análisis de documentos
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona.	Cualitativa	Intervalo	Empleo que este realizando en la actualidad	Análisis de documentos
Nivel socio-económico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica.	Cualitativa	Nominal	Alto Medio-alto Medio Medio-bajo Bajo	Análisis de documentos

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La metodología para desarrollar la investigación es de tipo descriptivo-analítico de corte transversal, ya que señalará el nivel de resiliencia que pueden presentar los pacientes que ingresan a la unidad de quemados del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Según la información y los datos que se obtendrán en la investigación será cuali-cuantitativa porque los datos serán medidos según el nivel de resiliencia que presente cada paciente, y cualitativa porque se describirá los rasgos característicos de la problemática en estudio

UNIVERSO Y MUESTRA

Se considerará a todos aquellos pacientes que ingresen a la Unidad de Quemados del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, que oscilen entre los 18 a 65 años de edad, hombre o mujer, los cuales aproximadamente serán 30 personas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes hospitalizados en el Hospital Isidro Ayora en la Unidad de Quemados.

Pacientes que se encuentren entre los 18 y 65 años de edad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con cierto porcentaje de discapacidad intelectual.

Pacientes con más del 50% de superficie corporal quemada (SCQ) quienes son ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos o en otras áreas del Hospital General Isidro Ayora.

Pacientes que no deseen realizar el proceso investigativo.

CRITERIOS DE SALIDA

Pacientes que no deseen continuar con el proceso de investigación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información será necesario:

Registro de datos de la Historia Clínica del paciente

Se registrará los datos del paciente, la cual se la obtendrá del expediente del paciente valorado por el médico residente, en donde se recogerá datos como: características personales (edad, sexo, estado civil), familiares (tipo de familia, familiar responsable, apoyo familiar, número de hijos), sociales (nivel de instrucción, ocupación, nivel socio-económico), la evolución y recuperación de la herida (tiempo de hospitalización, localización de la herida, profundidad, extensión, tipo de quemadura, necesidad de injerto, colaboración del paciente con el personal de la Unidad de Quemados), datos que puedan influir en la recuperación satisfactoria del paciente.

Aplicación de Reactivo

Se aplicará el test de Resiliencia de Wagnild y Young en el cual se medirá el nivel de resiliencia del paciente.

La escala de Resiliencia fue desarrollada inicialmente por Walding y Young (1993) en Estados Unidos y posteriormente adaptada al idioma español por Heilemann, Lee y Kury (2003). Está compuesta por 25 ítems, en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde es en desacuerdo y de un máximo de acuerdo es 7. La escala se comprende de la siguiente manera: 1 a 3 en desacuerdo, 4 parcialmente de acuerdo y de 5 a 7 de acuerdo.

Todos los ítems se presentan en sentido positivo. Los puntajes más altos serán calificados como indicadores de resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos.

- Mayor a 147 puntos equivale a mayor capacidad de resiliencia.
- Entre 121-146 indican un nivel moderado de resiliencia.
- Menores a 121 puntos equivale un nivel escaso de resiliencia.

La aplicación de la prueba puede ser de forma individual o colectiva, es autoadministrable, con una duración de 25 minutos aproximadamente; se la puede aplicar a adolescentes y adultos.

FACTORES

Factor 1: COMPETENCIA PERSONAL; está integrado por 17 ítems que indican: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor 2: ACEPTACIÓN DE UNO MISMO Y DE LA VIDA; representados por 8 ítems que indican: adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

La escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia como ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseveración (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems).

- f) Ecuanimidad: denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- g) Sentirse bien solo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.
- h) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- i) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

- j) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.

CONFIABILIDAD

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella, 2002). Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; 0.86 y 0.85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas; 0.90 en madres primerizas post parto; y 0.76 en residentes de alojamientos públicos. Además, con el método testretest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de 0.67 a 0.84, las cuales son respetables.

El año 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 a 18 años de edad de tercer año de secundaria de la UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

VALIDEZ

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores. La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva.

La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con $r = -0.36$, satisfacción de vida, $r = 0.59$; moral, $r = 0.54$; salud, $r = 0.50$; autoestima, $r = 0.57$; y percepción al estrés, $r = -0.67$. En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemaný, M. (1997). *Cirugia General Quemaduras*. San Jose, Costa Rica.
- American Psychological Association . (2016). *El camino a la Resiliencia* . Obtenido de Centro de Apoyo: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024/3878>
- Durango, L. F., y Vargas, F. (2004). *Manejo medico inicial del paciente quemado*. Bolivia: IATREIA.
- Fidel, S. (2014). *Trayectorias Psicológicas y Evolución Clínica Post-Quemaduras*.
- González, A. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes* . México.
- INEC. (2014). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y Camas*. (G. Lugmaña, Ed.) Quito, Ecuador. Recuperado el 08 de Noviembre de 2017, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadísticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf
- Jiménez Murillo, L., y Montero Perez, F. (2010). *Medicina de Urgencias Guía y Protocolos de Acción*. Barcelona, España: EdiDe, S.L.
- Lawrence, J., y Fauerbach, J. (2003). *Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and PTSD symptoms among adult burn survivor*.
- Lorenzo Tapia , F. (2008). *TCAE en la Unidad de Quemados*. España: Vértice S. L.

- Maganto , J., y Etxeberria, J. (2010). La Resiliencia: afrontar, construir, transformar. En C. Maganto, y J. Maganto, *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas* (págs. 81-82). Madrid: Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).
- McGraw-Hill Interamericana. (2000). *Trauma Atención Medicoquirurgica*. Mexico.
- Moctezuma Paz, L. E., Páez Franco, I., Jiménez González , S., Miguel Jaimes, K. D., Foncerrada Ortega , G., Sánchez Flores , A. Y., . . . Nuñez Luna, V. (2015). Epidemiología de las Quemaduras en México.
- Moctezuma, L., Páez, I., Jimenez, S., Miguel, K., Forcerrada, G., Sanchez, A., . . . Nuñez, V. (2015). pidemiologia de las quemaduras en México. *Redalyc.org*, 79. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/473/47345916013/>
- OMS. (2016). *Quemaduras*. Quito.
- Peñalba Citores, A., y Marañón Pardo, R. (2006). Tratamiento de las quemaduras en urgencias. En *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas* (págs. 202 -203). Madrid.
- Perez, M., Martinez , P., Pérez, L., y Cañadas, F. (2011). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras*.
- Quezada, L., González, M., y Mecott, G. (2014). *Resiliencia en Pacientes Pediátricos Sobrevivientes de Quemaduras*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León .
- Ramirez, C., Ramirez Blanco, C., González, L. F., Ramírez, N., y Vélez, K. (2010). Fisiopatología del Paciente Quemado. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*.
- Rodriguez, M., Fernández , M. L., Pérez, M. L., y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología* .

- Rodriguez, R., y Nazarro, M. C. (2016). *Medicina de Urgencias Fundamentos y Enfoque Práctico*. España: Editorial Medica Panamericana, S. A.
- Sciaraffia, C., Andrades, P., & Wisnia, P. (s.f.). Quemaduras. En *Apuntes de Cirugia Plastica* (págs. 87-88). 2001.
- Soucheiron, M. B., y San Martin, M. A. (2009). *Programa de habilidades para el afrontamiento afectivo de situaciones adversas para niños con secuelas de quemaduras y sus familias*.
- Tedeschi, R., y Calhoun, L. (2004). Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15.
- Vera Poseck, C. V. (2006). *La Experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático*.
- Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Redalyc.org*, 40-49. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/778/77827106/>
- Vinueza, G., y Quillay, E. (2006). Quemaduras. En *Emergencia Cirugía y Trauma* (pág. 344).
- Wagnild, G., y Young, H. (1993). *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER)*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/39013071/Escala-de-Resiliencia-de-Wagnild-y-Young>.