

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
“Luis Guillermo Ibarra Ibarra”

AFRONTAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL EN LAS PERSONAS
CON QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO EN UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

ALUMNO:

GARCÍA RAMÍREZ KARLA BETZAYDA
MARTÍNEZ MARTÍNEZ DANIELA

ASESORA: MTRA. MARIBEL AGUILERA RIVERA

ASESOR: Dr. MARTIN PANTOJA HERRERA

2022 – 2023

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
5. OBJETIVOS.....	13
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
6. MARCO TEÓRICO	14
MODELO DE ADAPTACIÓN.....	14
FUENTES TEÓRICAS.....	14
PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES	16
MODO DE ADAPTACIÓN DEL AUTOCONCEPTO DEL GRUPO	19
MODO DE ADAPTACIÓN DE FUNCIÓN DE ROL	20
MODO DE ADAPTACIÓN DE LA INTERDEPENDENCIA	21
MODO DE ADAPTACION FISIOLÓGICO.....	21
PRINCIPALES SUPUESTOS.....	22
AFIRMACIONES TEÓRICAS	24
FORMA LÓGICA.....	27
7. MARCO CONCEPTUAL.....	29
LA PIEL Y SUS COMPONENTES	29
EPIDERMIS.....	29
DERMIS.....	30
HIPODERMIS	30
FUNCIONES DE LA PIEL.....	31
QUEMADURAS	32
FISIOPATOLOGIA	33
ETIOLOGÍA.....	33
QUEMADURAS TÉRMICAS.....	33
QUEMADURAS ELÉCTRICAS	35
QUEMADURAS QUÍMICAS	35
QUEMADURAS POR RADIACIÓN	36
CLASIFICACIÓN.....	37
SEGÚN LA PROFUNDIDAD.....	37

SEGÚN LA EXTENSIÓN.....	39
ESTIMACIÓN DE LA GRAVEDAD	41
COMPLICACIONES.....	43
TRATAMIENTOS	44
TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS DE ESPESOR PARCIAL SUPERFICIALES	45
QUEMADURAS PROFUNDAS O DE ESPESOR TOTAL	46
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	47
AFRONTAMIENTO	49
ADAPTACIÓN.....	49
8. MARCO REFERENCIAL	51
9. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
TIPO DE ESTUDIO:	56
TIPO DE MUESTRA:.....	56
MUESTRA.....	56
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	56
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	57
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	57
VARIABLE DEPENDIENTE.....	57
VARIABLES INDEPENDIENTES.....	57
DESCRIPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE APLICACIÓN	59
VALIDEZ DE EXPERTOS.	59
CONFIABILIDAD.....	62
APLICACIÓN DE PRUEBA PILOTO.....	62
PROCESO DE APLICACION DEL INSTRUMENTO.....	62
10. RECOLECCION DE DATOS.....	64
11. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	65
12. RESULTADOS	66
RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA.....	66
RESULTADOS DE TIPOS DE AFRONTAMIENTO	71
RESULTADOS PREDOMINANTE EN CADA TIPO DE FACTOR	72
13. DISCUSIÓN.....	75
14. CONCLUSIONES- IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	79
Bibliografía	82

1. INTRODUCCIÓN

La imagen corporal desempeña un papel fundamental en la forma en que nos percibimos y en cómo nos relacionamos con los demás. Sin embargo, cuando una persona experimenta una quemadura, esta percepción puede verse alterada de manera significativa. El afrontamiento y la adaptación de la imagen corporal se definirán en procesos cruciales para aquellos que enfrentan esta difícil situación.

Una quemadura puede tener efectos devastadores tanto físicos como psicológicos. Las cicatrices y cambios en la apariencia física pueden generar sentimientos de vergüenza, ansiedad y depresión. La persona afectada puede enfrentar desafíos para aceptar su nueva apariencia y adaptarse a los cambios en su cuerpo.

El afrontamiento de la imagen corporal tras una quemadura implica una serie de estrategias que ayudan a la persona a lidiar con los desafíos emocionales y sociales que surgen. Esto puede incluir el apoyo de profesionales de la salud mental, el aprendizaje de técnicas de relajación y manejo del estrés, la participación en grupos de apoyo con personas que han experimentado situaciones similares, y el desarrollo de habilidades de afrontamiento personalizado.

La adaptación de la imagen corporal implica un proceso de aceptación y reajuste de la percepción de uno mismo. Es importante reconocer que la belleza y el valor de una persona no se limitan a su apariencia física, sino que se extienden a su personalidad, habilidades y logros. La autoaceptación y el fortalecimiento de la autoestima son aspectos esenciales en este proceso de adaptación.

A medida que la persona afectada se enfrenta a su nueva realidad, es fundamental contar con el apoyo emocional y social de amigos, familiares y profesionales de la salud. El amor incondicional y la comprensión de aquellos que la rodean pueden desempeñar un papel crucial en la recuperación y en la construcción de una imagen corporal positiva.

Por lo anterior el afrontamiento y la adaptación de la imagen corporal tras una quemadura constituye un proceso desafiante, pero posible. Con el apoyo adecuado y la implementación de estrategias efectivas, es posible superar los obstáculos emocionales y reconstruir una imagen corporal saludable y positiva.

Por lo cual la siguiente investigación se realizó con el objetivo de identificar cual es el tipo de afrontamiento con respecto a la imagen corporal de las personas que reciben el cuidado ante una quemadura de segundo grado profundo y tercer grado, atendidas en el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), tomando como referencia el modelo de adaptación de Callista Roy, la cual considera a la persona como un sistema que interactúa con su entorno, capaz de adaptarse y modificar las condiciones del ambiente para obtener su bienestar. La presente investigación tuvo una parte metodológica donde se llevó a cabo de abordaje cuantitativo, en el que se aplicó un instrumento con adecuada validez y confiabilidad que permite evaluar el afrontamiento de acuerdo a la Teoría de Callista Roy en el que se realizaron 30 encuestas a pacientes del área de subagudos y consulta externa del CENIAQ, encontrándose que el 70% tienen un afrontamiento Evasivo y el 30% Afectivo, así mismo el primer factor relacionado a recurso y enfoque la respuesta más predominante fue “casi siempre”; el factor dos, Físico y preparado obtuvo como respuesta “siempre”; el factor 3 proceso de alerta obtuvo como respuesta “siempre”; y los factores 4-5 procesamiento sistemático y conociendo y relacionando obtuvo como respuesta “casi siempre”, obteniendo como conclusión, el afrontamiento de la imagen corporal después de una quemadura de tercer grado es un proceso desafiante y personal que requiere tiempo, apoyo y resiliencia. Es importante recordar que la belleza y el valor de una persona no se limitan a su apariencia física, y que la aceptación de uno mismo y el desarrollo de una actitud positiva hacia el propio cuerpo son fundamentales para recuperar la confianza y el bienestar emocional.

2. JUSTIFICACIÓN

Las quemaduras son una lesión traumática que no sólo afecta la piel y las estructuras subyacentes, sino que también puede tener consecuencias emocionales y psicológicas significativas en los pacientes. Uno de los problemas más comunes que enfrentan las personas que han sufrido quemaduras es la alteración de la imagen corporal, lo que puede afectar su autoestima, confianza y calidad de vida.

Es importante que los pacientes aprendan a afrontar y adaptarse a los cambios en su imagen corporal después de una quemadura para mejorar su capacidad de recuperación y reducir las posibilidades de desarrollar problemas emocionales a largo plazo.

Además, los profesionales de la salud deben proporcionar apoyo y orientación adecuados a los pacientes para ayudarles a enfrentar y adaptarse a estos cambios en la imagen corporal. Esto implica trabajar en una estrecha colaboración con los pacientes para desarrollar estrategias y habilidades para enfrentar los sentimientos y pensamientos negativos, para ayudarles a mejorar su autoimagen y para aprender a sentirse bien en su piel después de una quemadura.

Hace algunos decenios, las quemaduras que cubrían la mitad del cuerpo solían ser mortales. Hoy en día, gracias a las investigaciones (la gran mayoría patrocinadas por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas Generales [NIGMS]), las personas con quemaduras que les cubren el 90% del cuerpo pueden sobrevivir, aunque, a menudo, quedan con deficiencias y cicatrices permanentes (1)

Las quemaduras al no tener un desenlace fatal, se convierte en una causa de morbilidad que implican tiempo prolongado de hospitalización, desfiguración estética, física y discapacidad, lo que suele generar estigmas sociales y rechazo, trayendo para el ser humano que sufrió la quemadura una serie de problemas que repercuten en su desarrollo personal, familiar y laboral, todo lo cual implica malestar no sólo físico sino también psicológico que involucra en muchos casos baja calidad de vida y dificultades de adaptación (2)

Durante la hospitalización de la persona que recibe el cuidado, debe hacer frente a experiencias adversas como el dolor físico, el riesgo diario de adquirir infecciones intrahospitalarias, los largos periodos de estancia en un medio que no controla, la pérdida de la independencia y de roles en su hogar, el descuido de sus posesiones o seres queridos.

Si la persona que recibe el cuidado logra salir fortalecido de su periodo de hospitalización, debe enfrentar por fuera del hospital otros efectos que serán permanentes en su vida, como son los cambios físicos: las probables deformidades, amputaciones o cicatrices que le van a dejar las quemaduras (3)

Es así como las personas que reciben el cuidado han enseñado que una quemadura es un trauma severo físico y emocional que sucede por múltiples causas, en múltiples escenarios, en todos los grupos etarios, y de amplia afectación en la vida de las personas (3)

Por lo cual, la adaptación y afrontamiento de la imagen corporal son esenciales para el tratamiento integral de las personas con quemaduras y debe ser una parte clave de la atención médica que se les brinda.

Por lo que esta investigación tiene importante relevancia en identificar el tipo de afrontamiento de la imagen corporal ante una quemadura en la persona que recibe el cuidado para así contribuir a la adaptación ante su imagen corporal y desarrollar diferentes estrategias que fortalezcan y ayuden a su afrontamiento, así mismo aumentar su calidad de vida.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las quemaduras son siniestros, no accidentes, que en 90% de los casos se producen por una exposición repetitiva a actividades de riesgo debido a la falta de cultura preventiva de toda la población, pobreza, falta de normatividad legal y falta de control de la violencia social.

La literatura médica y los datos epidemiológicos registrados en los sistemas estadísticos electrónicos de la Secretaría de Salud de México demuestran que los “accidentes” y las quemaduras son enfermedades prevenibles que generan alta mortalidad y discapacidad, así como altos costos de atención médica integral; por ello es necesario que se establezca una norma oficial mexicana intersectorial de prevención y tratamiento de siniestros que incluya a las quemaduras (4)

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 180.000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano, y casi dos tercios, en las regiones de África y de Asia Sudoriental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5).

Por lo que en algunos países como en India, más de 1 millón de personas sufren quemaduras moderadas o graves cada año, en Bangladesh casi 173,000 niños sufren estas quemaduras; así mismo en zonas rurales de Nepal las quemaduras son la segunda causa de lesión más común y provocan el 5% de las discapacidades (5)

En muchos países de ingreso alto, las tasas de muertes por quemaduras han ido disminuyendo y la tasa de mortalidad infantil es actualmente más de siete veces más elevada en los países de ingreso bajo y mediano que en los de ingreso alto (5)

Las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que incluye hospitalización prolongada, desfiguración y discapacidad, lo que suele generar estigmatización y rechazo, así como se presentan en países como Bangladesh, Colombia, Egipto y Pakistán donde el 17% de los niños con quemaduras sufren una discapacidad temporal y el 18% una discapacidad permanente (5)

Las personas que viven en los países de ingreso bajo y mediano corren mayor riesgo de sufrir quemaduras que las que viven en países de ingreso alto. Sin embargo, dentro de todos los países el riesgo de sufrir quemaduras guarda correlación con la posición socioeconómica (5)

En México, las estadísticas muestran que las lesiones por quemaduras ocupan el decimotercer lugar de las causas de defunción con 2 mil 775 muertes al año, reveló la doctora Jocelyn Sue Alonso Beltrán, integrante del Centro Nacional de Investigación y Atención al Paciente Quemado (CENIAQ): “La mayoría de quemados han sido adultos de 20 a 50 años y sólo el 32 por ciento de estas quemaduras se presentan en niños entre 0 a 19 años, pero ocurren con mayor frecuencia en menores de 4 años”, dijo la especialista (6)

En el año 2017, en el país se reportaron alrededor de 16 133 casos de quemaduras en menores, 623 casos en menores de un año, 5 336 en menores de entre 1 y 4 años, 3 342 casos en menores de entre 5 y 9 años, 2 956 casos en menores de entre 10 y 14 años y por último 3 926 casos en menores de entre 15 y 19 años, por lo que se considera como una de las principales causas de muerte en los niños y adolescentes en México (6)

El Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), perteneciente al Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, inició operaciones en 2011. En este centro -único en su tipo en América Latina-, se impulsa el desarrollo de la investigación epidemiológica, básica, clínica y tecnológica especializada en quemaduras. Asimismo, proporciona atención quirúrgica y rehabilitación a quienes han sufrido una lesión severa de este tipo, a consecuencia de algún accidente o por situaciones de emergencia, a través de tecnología de última generación y personal altamente especializado, quien otorga calidad, eficiencia, seguridad y calidez humana en su atención (7)

El CENIAQ también promueve normas para regular la atención a quemados, la creación de guías clínicas y la certificación de servicios. Brinda atención a hombres y mujeres de todas las edades que presenten quemaduras de distintos tipos, como quemaduras de cara, manos, pies, genitales, perineo o articulaciones mayores; de

tercer grado, eléctricas, químicas, por inhalación, aquellas requieran intervención especial: social, emocional y de rehabilitación, por mencionar algunas (7)

Además de pacientes pediátricos, el centro atiende entre 250 y 300 personas adultas por año, de igual manera atienden a personas de toda la República Mexicana, así como de Honduras y Guatemala. En poco más de una década ha atendido 180 niñas, niños y adolescentes, más de mil 500 personas adultas, sobre todo de zonas de bajos recursos de estados como Oaxaca y Chiapas (8)

El CENIAQ cuenta con el único banco de piel certificado en toda Latinoamérica, e incluso con un helipuerto para el traslado oportuno de personas afectadas. El Centro consta de diez pisos, cinco de ellos para investigación y cinco para quirófanos, hospitalización, terapias, intensivas e intermedias, ventiladores y equipo especializado necesario para el tratamiento de pacientes (8)

El sufrir de una quemadura es una situación que conlleva a un fuerte impacto emocional que se manifiesta en numerosas respuestas como: miedo, ansiedad, tristeza, depresión, angustia, rabia, ira, apatía, llanto, abatimiento, desesperanza mismas que interfieren en el funcionamiento de la persona provocando un desequilibrio a nivel físico, psicológico y social, afectando la calidad de vida, por lo que requieren de apoyo, ayuda y orientación que les permita comprender y asumir esta nueva etapa de su vida.

La problemática que representan las quemaduras no solo en México, sino, en todo el mundo, en la sociedad, en el entorno familiar y en la salud, ha propiciado que se realicen investigaciones sobre el proceso de afrontamiento con el propósito de buscar soluciones que permitan una pronta adaptación al cambio, y con ello mejorar la calidad de vida (9)

Una vez que las personas reciben el cuidado reconocen e interpretan la gravedad de su situación se inicia un plan de acción en el que recurre a estrategias de afrontamiento mediante las cuales se buscará controlar el problema, y lograr su adaptación ante su nueva apariencia física. En este escenario, Enfermería tiene un amplio marco de acción, puede identificar diversos tipos de estrategias eficaces o ineficaces que permitan llegar a un punto de bienestar para ellos, ya que por su cercanía con la paciente tienen la oportunidad de brindar una atención tanto

asistencial como educativa con la finalidad de mejorar las condiciones de los pacientes en su proceso de adaptación ante un cambio físico (9)

La literatura especializada señala; en la medida que las personas reconocen el momento de afrontamiento en donde se encuentran y las estrategias que tienen para abordar el problema, considerando su circunstancia, desarrollan mecanismos altamente eficaces que favorecen su toma de decisión en torno a sus tratamientos y al devenir en su vida personal. Se requerirán acciones concretas para apoyar y reducir riesgos mayores que limiten o pongan en mayor riesgo la vida (10)

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento con respecto a la imagen corporal en las personas que reciben el cuidado ante una quemadura de segundo grado profundo y tercer grado, atendidas en el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ)?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los tipos de afrontamiento con respecto a la imagen corporal de las personas que reciben el cuidado ante una quemadura de segundo grado profundo y tercer grado, atendidas en el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ).

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a través de la escala Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) el nivel de adaptación y afrontamiento de las personas que han sufrido una quemadura de segundo grado profundo y tercer grado.
- Analizar cuál es el resultado predominante de cada tipo de factor que describe Roy en una persona que recibe el cuidado en el CENIAQ para afrontar su proceso ante una quemadura.
- Establecer un plan de intervención de acuerdo con las características de afrontamiento de la persona quemada que coadyuve en sus procesos de recuperación.

6. MARCO TEÓRICO

MODELO DE ADAPTACIÓN

Sor Callista Roy (Imagen. 1)



FUENTES TEÓRICAS

En el origen del modelo de adaptación de Roy para la enfermería se puede identificar la mención que hace del trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales hasta las de la conducta humana. En la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación. El estímulo es un factor que provoca una respuesta. Los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como del externo (11). El nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinatorio de tres tipos de estímulos.

Imagen 1. Lifeder. Callista Roy. [Fotografía]. Callista Roy es una religiosa católica, profesora y teórica de la enfermería estadounidense. De familia muy creyente, la influencia de su madre, enfermera titulada, fue fundamental en su carrera.

1. Estímulos focales, que son los que se presentan ante el individuo.
2. Estímulos contextuales, que son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales.
3. Estímulos residuales, factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro en una situación determinada. (11)

Con su trabajo, Helson desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa. Según la teoría de Helson, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno.

Roy combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema que dio Rapoport, que veía a la persona como un sistema de adaptación. Con la teoría de la

adaptación de Helson como base, Roy desarrolló y profundizó en la revisión del modelo gracias a los conceptos y a la teoría de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye. Roy atribuyó gran valor a la labor de las que fueron sus coautores, Driever (por haber señalado las subdivisiones de la integridad de un individuo) y Martínez y Sato (por haber identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en el modo de vivir). También elaboraron los conceptos otros colaboradores, como Poush-Tedrow y Van Landingham, por su interpretación sobre la interdependencia, y Randell, por el modo de vida según la función del papel que hay que desempeñar. (11)

Tras desarrollar su modelo, Roy lo presentó como un marco que sirviese para la práctica de la enfermería, para la investigación y la formación. Presentó el modelo como marco curricular a una gran audiencia en la Nurse Educator Conference de 1977 en Chicago. Y en 1987 se calculó que más de 100.000 enfermeras de Estados Unidos y Canadá se habían formado para la práctica de su profesión bajo el modelo de Roy. (11)

Según Roy: “Las personas coexisten con su entorno físico y social” y “comparten un destino común con el universo, además de ser responsables de las mutuas transformaciones” (11).

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Dentro de este apartado se presentan conceptos y definiciones principales de Callista Roy siendo estas de la Figura 1 a la Figura 3, así como los principales modelos de adaptación que ella define en su teoría presentados de la Figura 4 a la Figura 7.

SISTEMA

- «Conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes». «Los sistemas también tienen entrada y salida de información, y procesos de control y de realimentación».

NIVEL DE ADAPTACIÓN

- El nivel de adaptación de una persona es «un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación».

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN

- Describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva. Roy afirma: En este punto, puede observarse la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos enfermeros, basada en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos enfermeros sino como áreas de interés de las enfermeras en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar.

ESTÍMULO FOCAL

- «El estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano».

ESTÍMULOS CONTEXTUALES

- «Son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal», es decir, hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía.

ESTÍMULOS RESIDUALES

- «Son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento».

PROCESOS DE AFRONTAMIENTO

- «Son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno».

Figura 1. Principales conceptos y definiciones en la teoría de Callista Roy. Elaboración propia basada en el texto Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

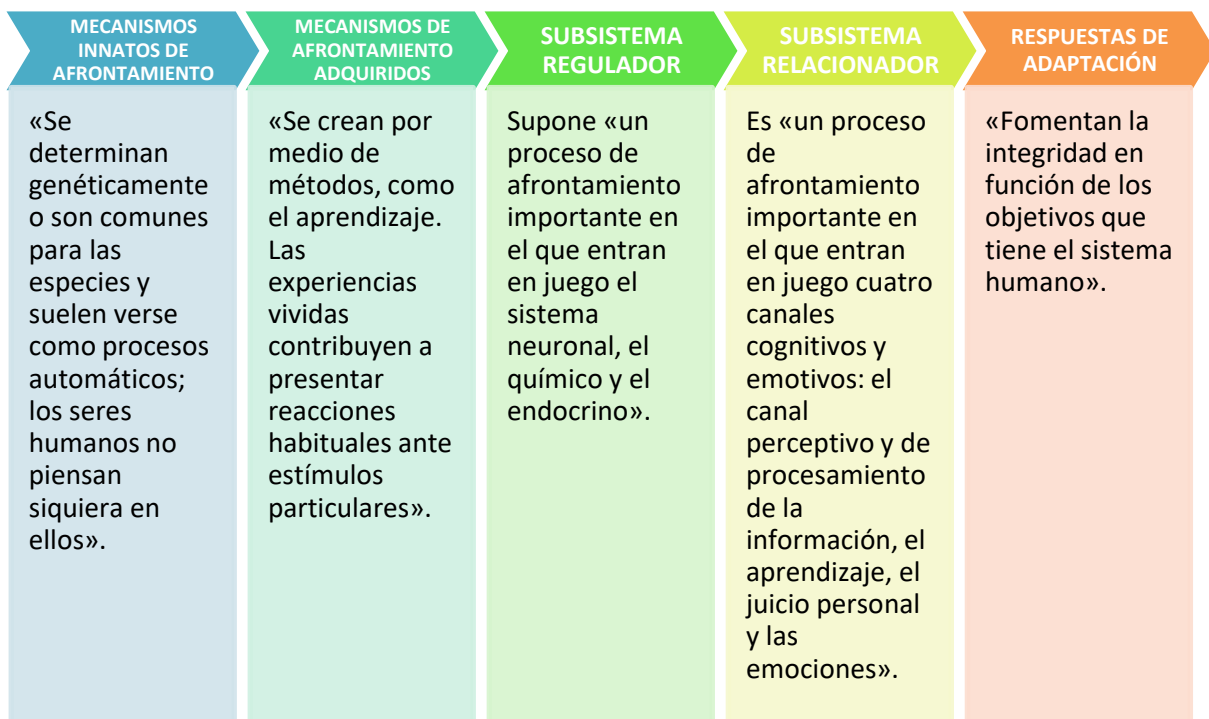


Figura 2. Principales conceptos y definiciones en la teoría de Callista Roy. Elaboración propia basada en el texto Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.



Figura 3. Principales conceptos y definiciones en la teoría de Callista Roy. Elaboración propia basada en el texto Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

MODO DE ADAPTACIÓN DEL AUTOCONCEPTO DEL GRUPO

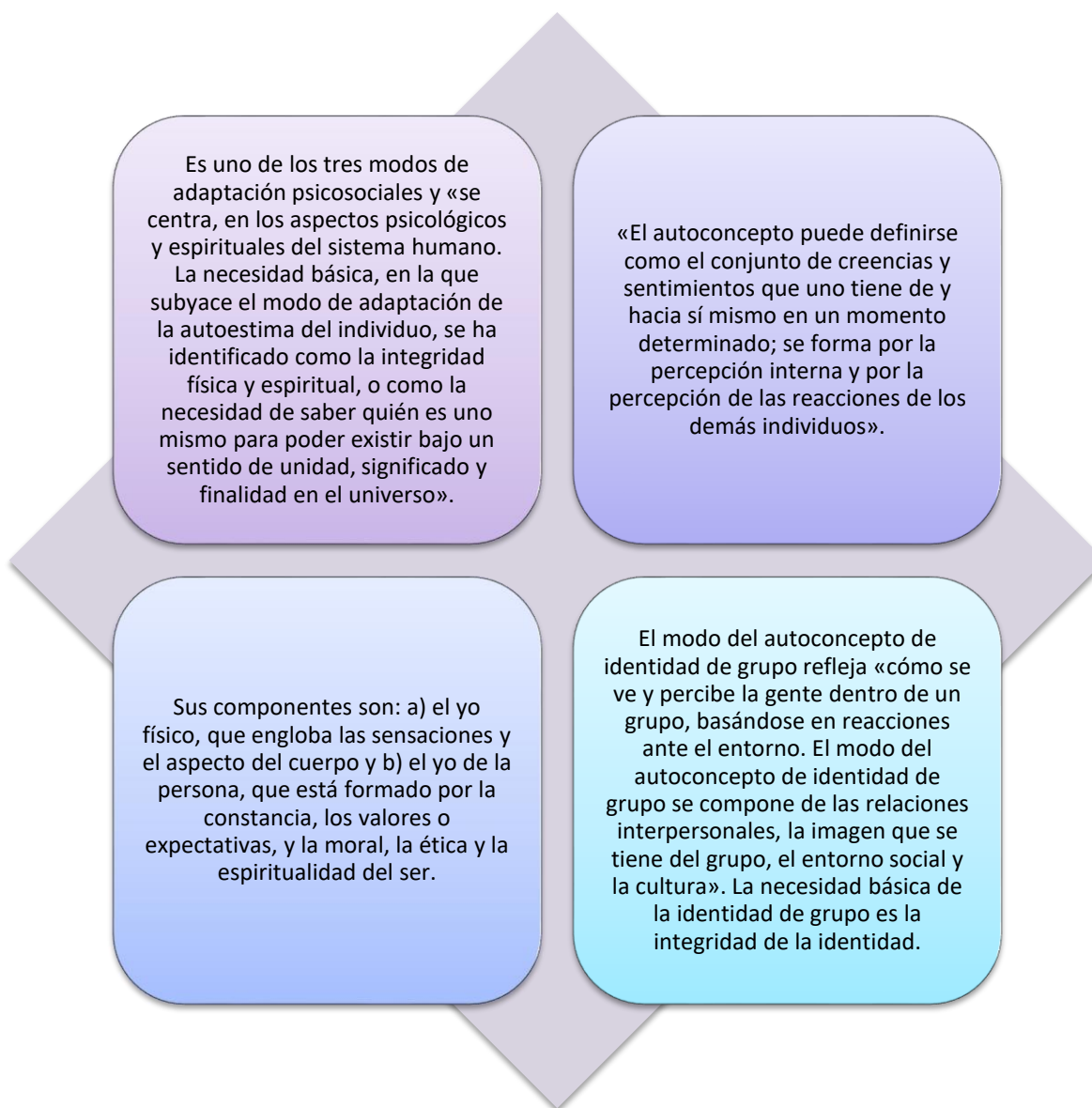


Figura 4. Modo de adaptación del autoconcepto del grupo. Elaboración propia basada en el texto Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011

MODO DE ADAPTACIÓN DE FUNCIÓN DE ROL

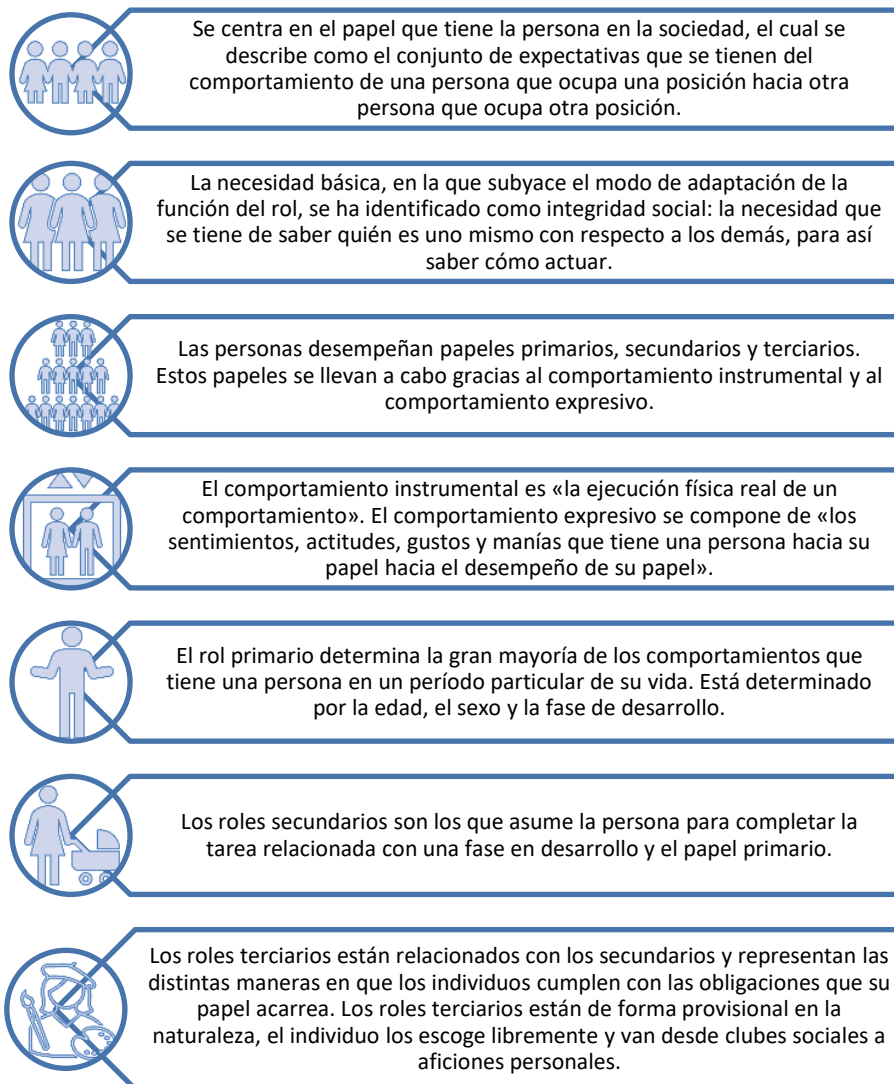


Figura 5. Modo de adaptación de función del rol. Elaboración propia basada en el texto Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

MODO DE ADAPTACIÓN DE LA INTERDEPENDENCIA

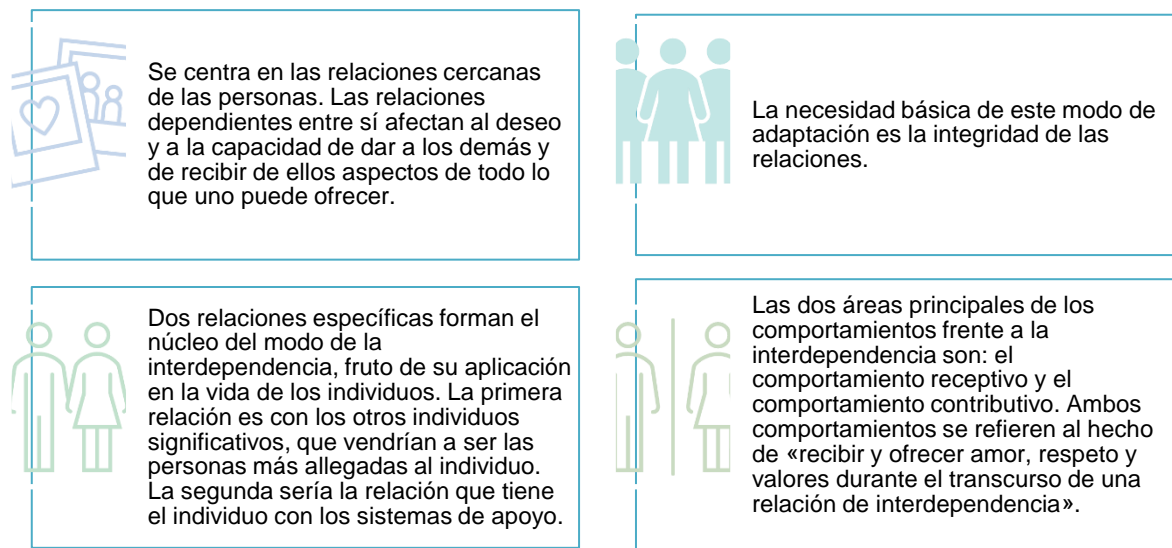


Figura 6. Modo de adaptación de la interdependencia. Elaboración propia basada en el texto Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

MODO DE ADAPTACION FISIOLÓGICO

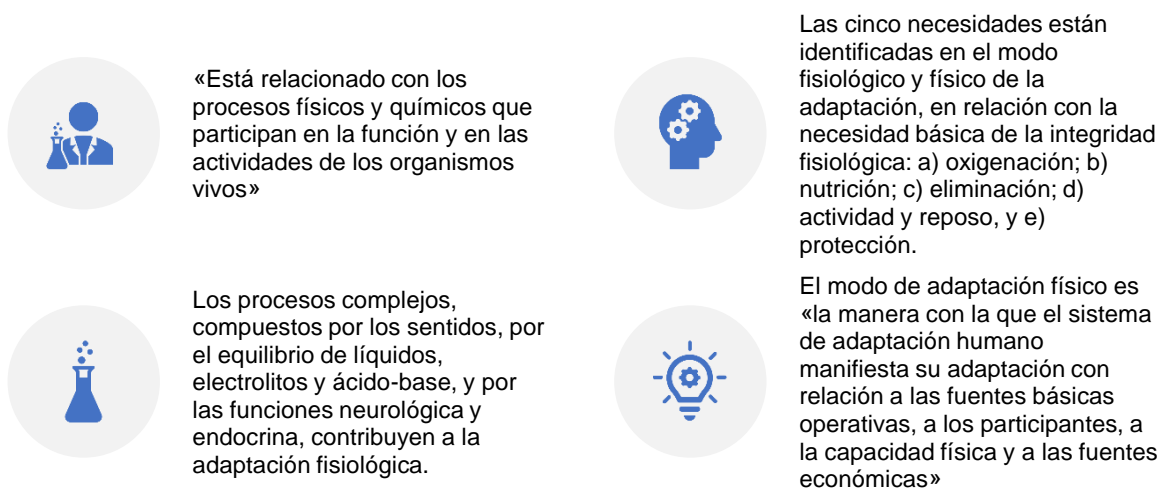


Figura 7. Modo de adaptación de la interdependencia. Elaboración propia basada en el texto Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011

PRINCIPALES SUPUESTOS

Los supuestos surgidos de las teorías de sistemas y los surgidos de la teoría del nivel de adaptación se han unido en un mismo conjunto de supuestos científicos. Basándose en los supuestos surgidos de las teorías de sistemas, los sistemas humanos de adaptación se observan como sistemas compuestos por partes interactivas que actúan al unísono para obtener cierto propósito. (11)

Los sistemas humanos de adaptación son complejos, con multifacetas, y reaccionan ante millones de estímulos procedentes del entorno para, así, conseguir adaptarse. Con su capacidad para adecuarse a los estímulos del entorno, los humanos pueden llegar a crear cambios a su alrededor. Gracias a las características ofrecidas por Swimme y Berry de la creación de la espiritualidad, Roy unió los supuestos del humanismo y de la verdad en un mismo conjunto de supuestos filosóficos. El humanismo afirma que las experiencias individuales y de la raza humana son vitales para conocer y valorar, y que participan de un poder creador. La verdad afirma su creencia en la finalidad, en el valor y en el significado de la vida humana en su totalidad. Estos supuestos científicos y filosóficos se han sometido a revisión para utilizar el modelo en el siglo XXI (11). (Figura 8).



Figura 8. Metaparadigmas. Elaboración propia basada en el texto Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona (11)

Como sistema vital abierto que es, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona (11)

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionado. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: a) necesidades fisiológicas; b) autoestima; c) función del rol, y d) interdependencia (11)

Roy considera que tanto el regulador como el relacionado son métodos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, «reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos». ¹ El subsistema del relacionado, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del

rol, «reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones». La percepción de la persona enlaza el regulador con el relacionado «y esa entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso relacionado. Las reacciones que suceden a la percepción son un retorno al relacionado y al regulador» (11)

Los cuatro modelos de adaptación de ambos subsistemas del modelo de Roy ofrecen la forma o aportan pruebas de las actividades del relacionado y del regulador. Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse (11)

El autoconcepto de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como «el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado» (11)

El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual).

El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad.

El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro.

El modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores (Figura 9.). Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social (11)

El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Las proposiciones relacionadas entre los subsistemas del relacionado y del regulador unen los sistemas de los modos de adaptación (11)

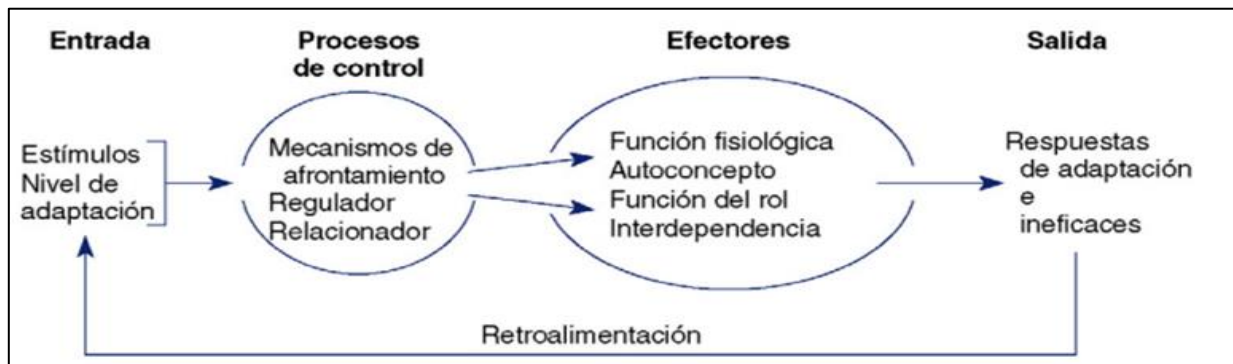


Figura 9. La persona vista como un sistema de adaptación. (De Roy, C. [1984]. Introduction to nursing: An adaptation model [2.ª ed., p. 30]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.)

La persona vista como un todo está compuesta por seis subsistemas. Estos subsistemas (el regulador, el relacionador y los cuatro modos de adaptación) se relacionan entre sí para formar un complejo sistema cuyo propósito es la adaptación. Las relaciones existentes entre los cuatro modos de adaptación tienen lugar: cuando los estímulos internos y externos influyen en más de un modo de adaptación; cuando hay un comportamiento negativo en más de un modo o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo (11)

Con respecto al sistema social humano, Roy categoriza de forma amplia los procesos de control situados en el subsistema estabilizador y en el innovador. El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad. Con el fin de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una estructura organizativa, valores culturales y una regulación de las actividades diarias del sistema (Figura 10.). El subsistema innovador se asocia con el subsistema relacionados del individuo y se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento (11)

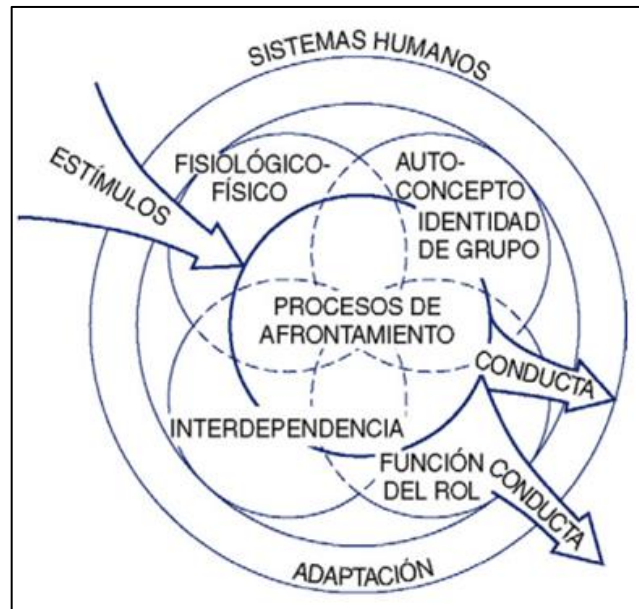


Figura 10. Diagrama en el que se representa el sistema de adaptación humano. (De Roy, C., & Andrews, H. [1999]. *The Roy adaptation model* [2.ª ed.]. Upper River Saddle, NJ: Pearson Education, Inc.)

FORMA LÓGICA

El modelo de adaptación de enfermería de Roy es tanto deductivo como inductivo. En lo que cabe, es deductivo, puesto que la teoría de Roy deriva de la teoría psicofísica de Helson. Éste desarrolló los conceptos de los estímulos focales, contextuales y residuales, lo que Roy (1971) redefinió en el campo de la enfermería para formar así una tipología de los factores que están relacionados con los niveles de adaptación de las personas. Roy también usa otros conceptos y teorías que no pertenecen a la disciplina de la enfermería y sintetiza todos éstos en su teoría de la adaptación (11)

La teoría de la adaptación de Roy es inductiva por el hecho de que la autora formuló los cuatro modos de adaptación a raíz de la investigación y de las experiencias que tanto ella como sus colaboradores y estudiantes tuvieron al practicar la profesión. Roy construyó el marco conceptual de la adaptación y desarrolló un modelo detallado con el que las enfermeras usan el proceso de atención de enfermería para proporcionar cuidados de enfermería y facilitar la adaptación en situaciones de salud o enfermedad (11)

El objetivo del modelo es la adaptación en los cuatro modos de adaptación en la salud y la enfermedad de una persona. Las intervenciones o prescriptores significan el hecho de controlar los estímulos al eliminarlos, aumentarlos, disminuirlos o alterarlos. Estas prescripciones pueden encontrarse en la lista de hipótesis relacionadas con la práctica y que estén generadas por el modelo (11)

Al usar el proceso de enfermería en seis pasos de Roy, la enfermera realiza las seis funciones siguientes:

1. Evalúa las conductas manifestadas en los cuatro modos de adaptación.
2. Evalúa los estímulos para esas conductas y los clasifica en estímulos focales, contextuales o residuales.
3. Expone su juicio o establece un diagnóstico sobre el estado de adaptación de la persona.
4. Fija objetivos para fomentar la adaptación.
5. Establece las intervenciones que irán dirigidas a controlar los estímulos para fomentar la adaptación.
6. Evalúa qué objetivos se han alcanzado.

Al controlar los estímulos y no al paciente, la enfermera consigue una mejora en «la interacción de la persona con su entorno, y así fomenta una buena salud» (11)

El uso del proceso de atención de enfermería encaja en el ámbito de la práctica. La valoración a dos niveles es exclusiva de este modelo y lleva a identificar los problemas de adaptación o los diagnósticos enfermeros.

7. MARCO CONCEPTUAL

LA PIEL Y SUS COMPONENTES

La piel es un órgano de protección que recubre toda la superficie exterior de nuestro cuerpo. En un humano adulto, podemos estar hablando de alrededor de dos metros cuadrados y un peso de entre cuatro y cinco kilos. Su grosor es muy variable; rondará entre los 0.5 y los 4 milímetros en la mayor parte del cuerpo. Sin embargo, puede llegar a tener varios centímetros en zonas concretas (fundamentalmente, zonas con mucho roce), como la planta del pie (12)

La piel es el principal sistema de protección de nuestro cuerpo, nos separa del exterior, evita que perdamos agua por transpiración o evaporación (ayuda a que no nos deshidratemos), ayuda a controlar nuestra temperatura corporal (gracias a cambios de flujo sanguíneo y a la emisión de sudor) (12). Por lo que está formado por diferentes estructuras (Imagen 2.) como:

EPIDERMIS

La epidermis se compone de cinco capas, de la superficie a la profundidad: Estrato córneo: forma la capa más externa de la epidermis y la integra células muertas convertidas en proteínas. Sirve como barrera física para las ondas de luz y de calor, microorganismos y la mayor parte de sustancias químicas (13)

Estrato lúcido: los queratinocitos del estrato lúcido son diáfanos y se encuentran agrupados. Carecen de núcleo y el citoplasma está lleno de una sustancia gelatinosa, la eleidina, que se transformará en queratina. La eleidina es muy rica en lipoproteínas y cumple la función de impedir la entrada o salida de agua (13)

Estrato granuloso: en esta capa se inicia el proceso de queratinización. Las células contienen unos gránulos que tiñen intensamente, rellenos de una sustancia llamada queratohialina, necesaria para la producción de queratina. Las células se distribuyen en dos a cuatro capas, y como han empezado a degenerar se observa en el citoplasma altas concentraciones de enzimas lisosomales, faltando ocasionalmente el núcleo (13)

Estrato de células espinosas: consta de 8 a 10 capas de células de forma irregular con puentes intercelulares (los desmosomas) muy destacados. Las células de esta capa son ricas en ADN, necesario para la síntesis proteica que resultará en la producción de queratina (13)

Estrato basal o germinativo: es una monocapa de células cilíndricas, siendo estas células las únicas que experimentan mitosis. A medida que se forman nuevas células, las primeras emigran o se desplazan hacia las capas superiores de la epidermis hasta que se desprenden en la superficie cutánea (13)

DERMIS

Está integrada por tejido conectivo fibroso, filamentoso y difuso. En la dermis se encuentran las redes de nervios y vasos, los apéndices epidérmicos y células transitorias del sistema inmune. En su parte superior es llamada dermis papilar y en la más profunda dermis reticular (14)

HIPODERMIS

Tejido celular subcutáneo, sirve como reservorio de energía, protección de la piel y ayuda al movimiento de los órganos. Tiene efecto cosmético que le da el contorno al cuerpo, y está constituida por adipocitos y redes de vasos y nervio (14)

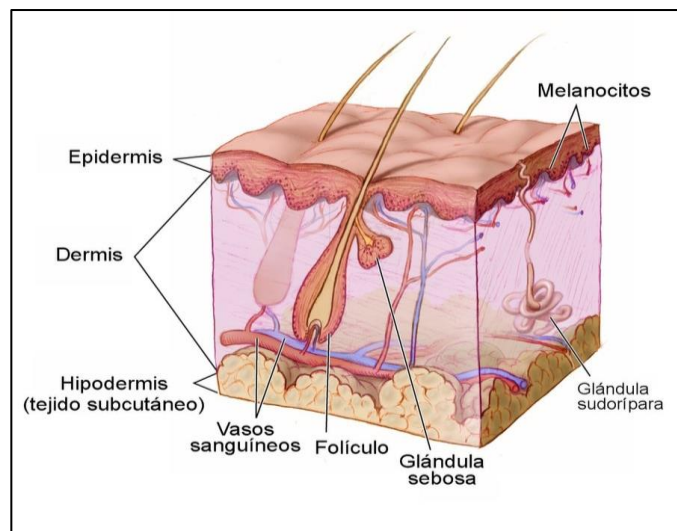


Imagen 2. Don Bliss, Archivo:Anatomy The Skin - NCI Visuals Online esp.jpg [Imagen]; Wikimedia Commons, 2019. Versión esquemática de la piel en las que son visibles las principales estructuras que la forman.

FUNCIONES DE LA PIEL

Protección o función inmunológica: la piel es el primer órgano que suele recibir a los agentes externos invasores; por eso tiene muy desarrollado el sistema inmunológico. La respuesta inmunológica comienza en la epidermis, pero se lleva a cabo sobre todo en la dermis (14)

Relación: en la piel se encuentra el sentido del tacto, por lo cual es un órgano de recepción de estímulos del exterior. Por la piel se reciben sensaciones de tacto, presión, temperatura (frío y calor) y dolor (14)

Regulación corporal: la piel controla tres aspectos básicos de la regulación corporal, es decir, de la homeostasis: la temperatura, el equilibrio hídrico y el volumen de sangre circulante. La posibilidad de variar el tono vascular de los vasos sanguíneos de las diferentes zonas de la dermis, así como las anastomosis presentes en el sistema circulatorio suponen un mecanismo muy eficaz para luchar contra las variaciones térmicas (14)

Síntesis de Vitamina D: la vitamina D, encargada de la absorción y metabolismo del calcio y fósforo, se sintetiza a partir de un derivado del colesterol, por la acción sobre este de la radiación ultravioleta (14)

Función excretora: mediante el sudor puede excretarse y por lo tanto eliminarse, por vertido al exterior, tantos iones, como sustancias tóxicas y de desecho en pequeñas cantidades (desde sustancias tan habituales como la urea y el ácido úrico a sustancias tóxicas ingeridas del exterior, como restos de medicamentos) (14)

Función endocrina: la piel actúa como receptor de muchas hormonas (sobre todo de hormonas sexuales) y es en la piel donde muchas de ellas se modifican, generándose las hormonas realmente activas (14)

QUEMADURAS

Las quemaduras son el resultado de un traumatismo físico o químico que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados (Imagen 3.). Producen tres efectos: pérdida de líquidos, pérdida de calor, lo que puede causar hipotermia y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección (14)

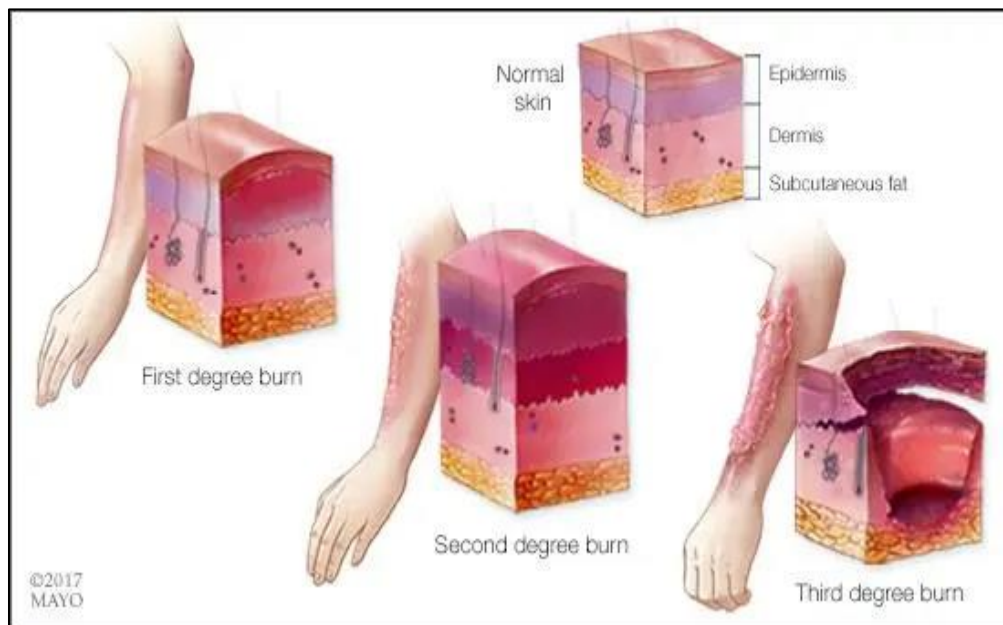
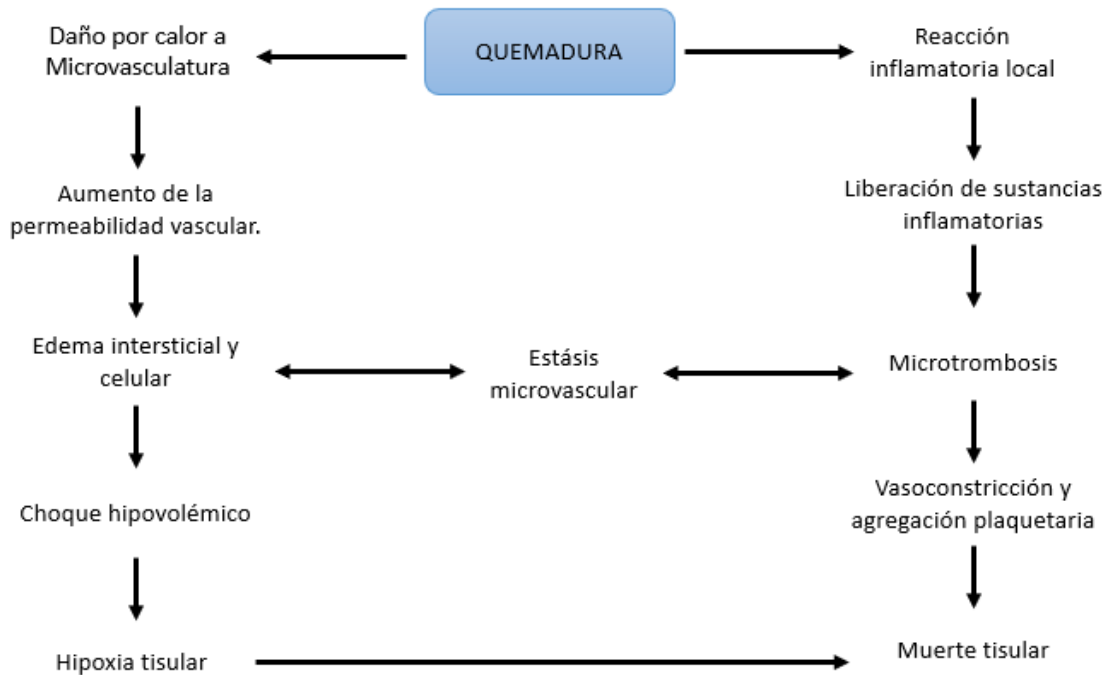


Imagen 3. Sharon Theimer. Con los cuidados adecuados una quemadura menor generalmente puede tratarse en casa [imagen]; Mayo Clinic, 2017. Esquema de los niveles de daños que provocan las quemaduras en la piel.

FISIOPATOLOGIA



Mapa 1. Fisiopatología de la quemadura. Elaboración propia basada en el texto David N. Herndon. Total Burn Care. 5ª ed. Elsevier, 2018

ETIOLOGÍA

Los agentes causales son muy variados y se agrupan básicamente en cuatro categorías:

QUEMADURAS TÉRMICAS

Son las más frecuentes (85% de los casos) y se producen por contacto con un sólido caliente (generalmente provoca una quemadura profunda pero poco extensa) o un líquido caliente (más extensa pero habitualmente menos profunda como se observa en la imagen 4). De entre estas últimas destaca la escaldadura (o quemadura por contacto con un líquido caliente) que es el mecanismo más frecuente de quemadura térmica (65% de los casos) y generalmente se da en menores de 5 años (Imagen 5). Así mismo pueden producirse quemaduras térmicas por llama (Imagen 6) (fuego, agentes volátiles, cerillas, encendedores) y por inhalación de humo o sustancias

tóxicas producidas por la combustión. También hay quemaduras térmicas por frío (congelación), poco frecuentes en los niños (14)



Imagen 4. Rama. Archivo: quemar segundo grado 1.jpg [fotografía]; Wikimedia Commons, 2005. Evolución de una quemadura de segundo grado (causada por contacto directo en un horno caliente por una mujer de 24 años) A los pocos minutos de la quemadura.



Imagen 5. Nalimilán. Archivo: Blister2.jpg [fotografía]; Propio trabajo, 2007. Ampolla causada por quemadura de café caliente.



Imagen 6. Martínez Marínez, D. Archivo: 302b0a25-5a21-481f-857d-af003dbc79a4.jpg [fotografía]; Propio trabajo, 2023. Quemadura de tercer grado por fuego directo en paciente que asistió al INR LGII, en el CENIAQ

QUEMADURAS ELÉCTRICAS

Se producen por el paso de la corriente a través del organismo. Son casi siempre lesiones profundas en las que, a diferencia de lo que ocurre con las quemaduras térmicas, el porcentaje de superficie corporal quemada no es indicativo del daño real existente y pueden asociarse a lesiones por electrocución (Figura 7). Aunque infrecuentes (3%), presentan una elevada morbimortalidad. En niños pequeños pueden producirse también quemaduras eléctricas por contacto con enchufes, cables pelados o electrodomésticos en mal estado. Son quemaduras eléctricas de bajo voltaje, pero suelen afectar a las manos y a la boca, y por ello provoca cicatrices y graves secuelas. Las complicaciones más habituales que pueden producir las quemaduras eléctricas son arritmias, tetania muscular, edema por destrucción tisular, o fallo renal por rhabdomiólisis (14)



Imagen 7. Martínez Marínez, D. Archivo: 2ae601fb-c141-48d8-bafe-4fd51306615c.jpg [fotografía]; Propio trabajo, 2023. Quemadura eléctrica en paciente que asistió al INR LGII, en el CENIAQ.

QUEMADURAS QUÍMICAS

Existen gran cantidad de cáusticos (ácido sulfúrico, clorhídrico, etc.) y álcalis (sosa cáustica, amoníaco, etc.) que pueden producir quemaduras. La mayoría de los casos son por productos de limpieza. Los álcalis ocasionan quemaduras más

profundas y progresivas. En general son muy graves y con una alta morbilidad, sobre todo funcional y estética (Imagen 8) (14)



Imagen 8. Blazius. Archivo: Hidróxido de sodio quemado jpg [fotografía]; Propio trabajo, 2009. Quemadura química causada por la exposición a una solución de hidróxido de sodio (lejía) < 10% (en peso). Fotografiado 44 horas después de la exposición

QUEMADURAS POR RADIACIÓN

Son las producidas fundamentalmente por los rayos ultravioleta tras las exposiciones solares o por radiaciones ionizantes como se observa en la imagen 9. Existe un grupo de niños en el que, ya sea por el tipo de lesión o por datos extraídos de la historia clínica, se puede sospechar la presencia de un maltrato físico como fondo de las quemaduras.

De estas, la más frecuente apreciada en el maltrato es la escaldadura por inmersión en agua caliente, pero también pueden verse quemaduras pequeñas, redondas y profundas provocadas por cigarrillos o quemaduras simétricas y profundas en manos y pies con clara delimitación (14)



Imagen 9. Mayo Clinic. Quemaduras por radiación [fotografía]; Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). All rights reserved, 2019. Quemadura por radiación en la piel.

CLASIFICACIÓN

Para clasificar las quemaduras y poder estimar la gravedad y pronóstico de las mismas se deben tener en cuenta la profundidad, la extensión y la localización de las lesiones (14)

SEGÚN LA PROFUNDIDAD

La clasificación tradicional de quemaduras como primer, segundo y tercer grado está siendo reemplazada por un sistema que refleja el potencial de curación y la necesidad de intervención quirúrgica (injertos cutáneos). Así, las designaciones actuales en cuanto a la profundidad de la quemadura son: superficial (primer grado), espesor parcial superficial (segundo grado superficial), espesor parcial profundo (segundo grado profundo) y espesor total (tercer grado). El término cuarto grado todavía se usa para describir las quemaduras más graves que se extienden más allá de la piel hacia el tejido blando subcutáneo y pueden involucrar vasos, nervios, músculos, huesos y articulaciones subyacentes (15)

Las características de cada tipo de quemadura según su profundidad quedan reflejadas en la **Tabla 1**. Hay que tener en cuenta que una evaluación de la profundidad de la quemadura puede ser difícil inicialmente dado que no suelen ser uniformes en profundidad, y muchas tienen una mezcla de componentes profundos y superficiales. Los niños (sobre todo <5 años) y los ancianos son susceptibles a quemaduras más profundas dado que tienen una piel más fina (15)

Tabla 1. Clasificación de las quemaduras según la profundidad de la lesión

Profundidad	Apariencia	Sensación	Tiempo de recuperación
Superficial	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema • Edema mínimo • Blanquea a la presión • No exudativa • No flictenas 	Dolorosa	3-6 días No cicatriz
Espesor parcial superficial (afectan)	<ul style="list-style-type: none"> • Rosado hasta rojo brillante • Ampollas intactas • Exudativo • Blanquea a la presión 	Muy dolorosas	7-21 días No cicatriz (salvo infección) Puede dejar despigmentación
Espesor parcial profundo (afectan >50% dermis)	<ul style="list-style-type: none"> • Pálido y moteado • Ampollas rotas • Exudativas • No blanquea a la presión 	Hipoalgesia o hiperalgesia	>21 días Sí cicatriz Pérdida de vello Puede precisar cirugía (injertos cutáneos)
Espesor total	<ul style="list-style-type: none"> • Blanco nacarado hasta negruzco • Escara • Aspecto apergaminado • Vasos trombosado 	No dolor o solo dolor a la presión profunda	Raramente curan salvo si cirugía Sí cicatriz
Lesión más profunda (cuarto grado)	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación de fascia o músculo 	No dolor	Nunca curan salvo si cirugía Sí cicatriz

SEGÚN LA EXTENSIÓN

Salvo en las quemaduras superficiales (de primer grado), se debe calcular la extensión de la superficie corporal quemada (SCQ). Los métodos más conocidos para el cálculo son (15)

Regla “de los 9” de Wallace: se usa frecuentemente para valorar grandes superficies de un modo rápido en > 14 años y adultos (**Tabla 2**). En ella las distintas regiones anatómicas representan un 9% o un múltiplo del 9% de la superficie corporal total (SCT). No debe utilizarse en quemaduras superficiales (15)

Tabla 2. Regla de los nueve de Wallace para el cálculo de la superficie corporal quemada

<i>Cabeza y cuello</i>	9 %	
<i>Tronco</i>	18 %	
<i>Espalda</i>	18 %	
<i>Extremidad superior</i>	9 % (x2)	
<i>Extremidad inferior</i>	18 % (x2)	
<i>Área genital</i>	1 %	

Tabla de SCT modificada según Lund-Browder: es el método más preciso para estimar la SCT tanto para adultos como para niños. Se usa preferentemente en niños porque tienen cabezas proporcionalmente más grandes y extremidades inferiores más pequeñas, por lo que el porcentaje de SCT se calcula con mayor precisión (**Tabla 3**). Tampoco se debe utilizar en quemaduras superficiales (15).

Tabla 3. Tabla de Lund-Browder modificada para evaluar el porcentaje de quemadura total en la superficie corporal en niños y adultos

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

Método palmar: en quemaduras poco extensas, o sobre todo cuando ésta es irregular o parcheada, se puede calcular sabiendo que la palma del paciente (desde el borde de la muñeca a la punta de los dedos) equivale a un 1% de la SCT. Si solo se cuenta la palma sin los dedos, equivale al 0,5% de la SCT. Se puede utilizar a cualquier edad (15)

SEGÚN LA LOCALIZACIÓN

Existen áreas del cuerpo denominadas zonas especiales o de mayor gravedad que son la cara, cuello, manos, pies, genitales, zona perineal y zonas de flexión, que tienen gran movilidad y que, aunque no son de compromiso vital, se consideran de suma gravedad por mayor riesgo de secuelas funcionales y estéticas (15)

ESTIMACIÓN DE LA GRAVEDAD

La American Burn Association ha clasificado las quemaduras en menores, moderadas y mayores (**Tabla 4**) basándose principalmente en la profundidad, el tamaño y la localización de la quemadura. Tanto el tratamiento como el pronóstico se correlacionan con esta clasificación y proporciona una guía general para la disposición y el cuidado que requieren estos pacientes (15)

Tabla 4. Criterios de gravedad de las quemaduras según la American Burn Association

<p style="text-align: center;">Quemadura menor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ≤15 % SCQ de primer o segundo grado en adultos • ≤10% de SCQ de primer o segundo grado en niños • ≤2% SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
<p style="text-align: center;">Quemadura moderada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 15-25% de SCQ de segundo grado en adultos • 10-20% de SCQ de segundo grado en niños • 2-10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)
<p style="text-align: center;">Quemadura mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • >25% de SCQ de tercer grado en adulto • >20% de SCQ de segundo grado en niños • >10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos • Quemaduras de segundo y tercer grado que involucran ojos, oídos, orejas, cara, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales • Todas las lesiones inhalatorias con o sin quemaduras • Quemaduras eléctricas • Quemaduras químicas en áreas como cara, párpados, orejas, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales • Quemaduras asociadas a traumatismos • Quemaduras en personas de alto riesgo: diabetes, desnutrición, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, alteraciones sanguíneas, sida u otras enfermedades inmunodepresoras, cáncer.

COMPLICACIONES

Las liberaciones de proteínas de fase aguda actúan localmente, pero dependiendo de la magnitud del daño, pueden actuar en el resto del organismo desencadenando una respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) (15)

Esta SIRS puede afectar diferentes sistemas: (15)

a. Cardiovascular: aumento de permeabilidad vascular, que llevará a una importante pérdida de líquidos y proteínas desde el intravascular hacia el compartimiento intersticial, vasoconstricción periférica y del territorio esplácnico, disminución de la contractilidad miocárdica y finalmente shock.

b. Respiratorio: broncoconstricción, polipnea y en casos severos, síndrome de distress respiratorio del adulto.

c. Metabolismo: incremento del metabolismo basal hasta 3 veces, lo que obliga a un agresivo manejo nutricional.

d. Inmunidad: disminución no específica tanto de la inmunidad celular como humoral, lo que lleva a una susceptibilidad a las infecciones. Cuando la superficie corporal quemada supera el 20% de quemadura profunda en adulto, el proceso es gradual y evolutivo, distinguiéndose 2 fases: (15)

1. Fase aguda: primeras 48 a 72 horas. Se produce pérdida masiva de electrolitos, proteínas, células sanguíneas y líquidos hacia el intersticio y el ambiente, llevando finalmente a shock hipovolémico, en presencia de un edema generalizado.

2. Fase sub-aguda: después de 48 a 72 horas, si no se ha efectuado adecuado manejo, se produce anemia, hipercatabolismo, desequilibrio hidroelectrolítico, colapso circulatorio y finalmente, pérdida de funciones globales multiorgánica (FOM)

TRATAMIENTOS

Tratamiento de las quemaduras de primer grado

En primer lugar, hay que hacer una limpieza de la superficie quemada, inicialmente mediante hidroterapia, en condiciones de asepsia, con suero salino estéril al que se añade algún jabón bactericida (ej. Clorhexidina, Hibiscrub®). Esta maniobra terapéutica permite hacer una valoración inicial de la profundidad de la quemadura (16)

Para limpiar la piel quemada o retirar restos de productos (cremas, ceras, etc.) es efectivo el agua del grifo (si es agua potable), el agua hervida, el agua destilada o el suero salino isotónico (suero fisiológico al 0.9%). Tras el lavado se procederá al secado minucioso con toques, nunca se frota la zona lesionada para no dañar los tejidos (Imagen 10) (17)

Es necesaria la analgesia, e incluso a veces la sedación anestésica ya que se procede a la fricción de la superficie quemada con una compresa estéril y grandes cantidades de solución salina estéril. Con éste auténtico “cepillado de la herida” se consigue eliminar los cuerpos extraños (restos de vestidos, tierra...) y los restos cutáneos necróticos (16)

- Las ampollas es preferible dejarlas intactas porque se acelera la curación al conservar húmeda la superficie de la herida y, además disminuye el riesgo de infección, al preservar la barrera cutánea, y las cicatrices son menos profundas.
- Las quemaduras deben ser desbridadas diariamente y cada 3-5 días reevaluadas por el cirujano (se trata de lesiones dinámicas).
- Aunque las quemaduras de primer grado no requieren ningún tratamiento tópico específico, para disminuir el dolor se pueden administrar antiinflamatorios no esteroideos tópicos, pomadas de Aloe vera (eficaz antiinflamatorio, antagoniza las acciones de TxA2) o, si son muy dolorosas Ibuprofeno.
- Por último, se cubren con apósitos secos. (16)



Imagen 10. jehsomwang. Cómo tratar una infografía de quemaduras. Ilustración vectorial [imagen]; shutterstock, s/f. Representación gráfica de primeros auxilios ante una quemadura

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS DE ESPESOR PARCIAL SUPERFICIALES

Además del desbridamiento quirúrgico, necesitan tratamiento tópico específico, que consiste en crear un medio ambiente húmedo, con lo cual se disminuye el dolor y se favorece la curación de la lesión al estimular la angiogénesis y la reepitelización. Para ello existen varias posibilidades como: aplicar un agente antimicrobiano tópico (plata, se comporta como un agente bactericida); colocar un apósito oclusivo seco biológico o sintético y; si se trata de quemaduras que liberan gran cantidad de exudados hay que aplicar apósitos hidrocoloides absorbentes (Son más eficaces en la reducción del dolor y mejoran la curación, ej. Acticoat®, que proporciona cobertura antimicrobiana durante 3 a 7 días) (16)

También se dispone ahora de mallas de Silicona que se adhieren suavemente a la superficie de la herida y permiten la salida a su través de los exudados, consiguiendo una curación más rápida. (16)

QUEMADURAS PROFUNDAS O DE ESPESOR TOTAL

Desbridamiento inicial, igual que en las quemaduras superficiales. El objetivo de la limpieza quirúrgica de la zona quemada consiste en obtener una óptima cicatrización ya que la eliminación de los cuerpos extraños y de los restos necróticos acelera la reparación tisular y disminuye el riesgo de infección (16)

Escisión precoz (24h-5º día) quirúrgica de la escara, que consiste en la extirpación tangencial del tejido quemado. Una escara posee una consistencia similar al cuero y se caracteriza por la presencia de proteínas desnaturalizadas y vasos cutáneos coagulados. La excisión tangencial, consiste en la extirpación quirúrgica de capas sucesivas de la zona quemada hasta llegar a dermis viable (16)

Con estas técnicas quirúrgicas se libera la compresión de los tejidos subyacentes, permitiéndoles recuperar su perfusión y evitando su necrosis. Las incisiones se suelen realizar a ambos lados del torso o en las caras laterales y mediales de los miembros. Cobertura de la solución de continuidad en el mismo acto quirúrgico con:

- Autoinjertos son injertos de piel de espesor total, parcial o bien, células epiteliales cultivadas, todos ellos del propio paciente. Se suelen utilizar los de espesor parcial porque la zona donante cura con mínima cicatrización y más rápidamente. Si se realiza su “mallado” se consigue aumentar mucho la superficie del injerto y, por tanto, se pueden cubrir soluciones de continuidad más amplias (Imagen 11).
- Aloinjertos: (procedentes de otro sujeto, pero de la misma especie) de piel de cadáver, que incluyen epidermis y dermis.



Imagen 11. Martínez Marínez, D. Archivo: 66802b41-f911-42bf-85c1-45801d048ee6.jpg [fotografía]; Propio trabajo, 2023. Colocación de autoinjerto mayado en paciente con quemadura por fuego que asistió al INR LGII, en el CENIAQ

- Xenoinjertos (procedentes de un individuo de especie distinta), generalmente a expensas de piel de cerdo, pero en este caso únicamente se trasplanta la dermis (Imagen 12)
- Sintéticos o sustitutos de piel (piel artificial): tiene como objetivo cubrir la herida y protegerla de agresiones externas y de bacterias procedentes del medio ambiente y proporcionar un medio ambiente óptimo para la cicatrización (16)



Imagen 12. Chau Ramos, E. A. Evaluación de cicatrización de zonas donantes de injerto de piel parcial con uso de xenoinjerto en comparación con sustituto dérmico sintético de celulosa [figura]; Horizonte Médico (lima), 2019. Colocación de Xenoinjerto.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Es la oportunidad que tiene el estudiante de mostrar los conocimientos adquiridos al cursar su carrera, desde la selección del tema, el marco referencial, la justificación, los objetivos generales y específicos, la descripción de la propuesta, los alcances y limitaciones, el esquema de acopio de información, el plan de acción, el cronograma de desarrollo del proyecto y, en general, los aspectos de organización y contenido de este documento (18)

Es un género discursivo del ámbito profesional que cumple un rol importante en las prácticas profesionales de campos disciplinares como el urbanismo, la sociología, las políticas sociales, el trabajo social, la administración pública, la economía y la salud. Su propósito consiste en diagnosticar y caracterizar un problema de orden

práctico o una situación problemática para plantear estrategias que permitan articular acciones para su superación (19)

La intervención puede tener diversas finalidades: correctiva, preventiva o de desarrollo. Más concretamente, se trata de la planificación de acciones articuladas que permitan que el ente, sector, institución o territorio que se debe intervenir alcance un nivel óptimo de funcionamiento o desarrollo (19)

La elaboración de proyectos de intervención forma parte de una práctica profesional dividida en etapas que varían en número según los autores que se han ocupado de describir estos proyectos. Suelen considerarse cuatro fases generales: diagnóstico, diseño, desarrollo y evaluación. Sin embargo, estas pueden especificarse aún más. Horejs (1995) plantea que se trata de seis etapas: 1) la identificación del problema, 2) la formulación y el análisis de factibilidad, 3) la negociación y el financiamiento, 4) la ejecución, 5) la fase de operación o funcionamiento y 6) el seguimiento y la evaluación (19)

Organización del proyecto de intervención

El propósito del proyecto de intervención es aportar una solución nueva a las demandas o problemas identificados en una población específica. Para el logro de esta meta comunicativa, el texto suele organizarse en varias partes o etapas (19)

- **Título** que condensa la problemática o demanda a la que se pretende dar respuesta, además de referir a la población o territorio específicos sobre los que recae la intervención.
- **Marco teórico** que presenta la definición de los principales conceptos que se utilizan para el planteo del problema, de los indicadores y el desarrollo de la propuesta de intervención.
- **Antecedentes del proyecto** en este segmento se incorpora información acerca de las condiciones tanto económicas como sociales que condujeron a la elaboración del proyecto.
- **Diagnóstico** en el cual se relevan y analizan las necesidades o demandas que fundamentan la intervención.

- **Definición de objetivos** se trata de la formulación de los objetivos generales y específicos del proyecto que surgen del análisis de las necesidades presentado previamente en el diagnóstico.
- **Definición de resultados esperados** los resultados se formulan en términos de productos que expresan cuantitativa y cualitativamente los cambios esperados en relación con los objetivos específicos.
- **Diseño de estrategias y plan de actividades** se trata de la presentación de las estrategias sistemáticas planificadas que dan respuesta a las necesidades halladas y, por otro, de la enumeración y la organización de las actividades distribuidas temporalmente.
- **Evaluación o Sistema de evaluación** se detallan los indicadores que permitirán medir resultados parciales y finales, las distintas actividades y dispositivos de evaluación como, por ejemplo, el monitoreo (19)

AFRONTAMIENTO

El afrontamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles». Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (20)

ADAPTACIÓN

La adaptación es un concepto que la psicología retoma de la biología. En la biología se habla de adaptación principalmente a partir de las teorías de la evolución propuestas por: (21)

- Lamarck: considera que la evolución tiene un fin predeterminado que es la producción del ser humano y propone la herencia de caracteres adquiridos,

esto es, que en su interacción con el medio el organismo establece hábitos y desarrolla características adaptativas que hereda a sus descendientes.

- Darwin: propone que la evolución acontece en tres momentos: la aparición de variación entre los organismos mediante el surgimiento de mutaciones genéticas aleatorias, la selección natural propiamente dicha mediante la cual los organismos con mutaciones que resultan adaptativas en cierto entorno tienen más posibilidades de sobrevivir y reproducirse, y un tercer momento en el cual se conservan las características por descendencia (21)

Piaget propone que la adaptación se presenta en lo biológico mediante un equilibrio entre la asimilación y la acomodación, esto es, entre las acciones del individuo sobre el medio y los objetos y las acciones de los objetos que modifican al individuo en una relación recíproca; en lo psicológico se agrega la capacidad de los sujetos de modificar sus propios esquemas y de modificar el medio mediante acciones tales como la creación de conceptos, de tradiciones culturales, etc. y no solamente influyendo en los objetos (21)

Hartmann propone que existen dos formas de adaptación: la adaptación autoplástica, que consiste en modificaciones que el individuo realiza en sus propios esquemas o en su biología y la adaptación aloplástica, que consiste en modificaciones apropiadas que el individuo realiza activamente en su entorno (21)

Lo anterior nos permite plantear una definición de adaptación psicológica como un proceso de relación recíproca del individuo con el entorno, de inter-modificación (dialéctica), que tiene en cuenta al resolver las tensiones existenciales la búsqueda de un vivir bien (armonía), más allá de solo el equilibrio. Y para esto el sujeto instituye normas provisionales y coincide con estas, pero mantiene la posibilidad de modificarlas cuando sea conveniente por el cambio propio o de las circunstancias (21)

8. MARCO REFERENCIAL

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, basada en las siguientes fuentes: tesis, artículos científicos y trabajos realizados en la institución de estudio, por medio de páginas de internet, donde se llevó a cabo la selección mediante las palabras claves: “afrentamiento de la imagen corporal de la imagen corporal ante una quemadura de segundo y tercer grado”, “adaptación de la imagen corporal ante una quemadura de segundo y tercer grado”. De los cuales se obtuvo un conjunto de 9 archivos relacionados al tema de investigación abarcando el lapso de 5 años (2018-2023). Ver anexo 1

El trabajo titulado “Efecto de las curaciones en la resiliencia e imagen corporal del paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, enero- junio 2020”, por los autores Villanueva Arias, Danna Melani, publicado en el año 2020, tiene como objetivo determinar el efecto de las curaciones y/o procedimientos en la resiliencia e imagen corporal del paciente quemado durante su hospitalización. Es un estudio descriptivo, cuantitativo, correlacional y transversal, la muestra está conformada por 19 pacientes hospitalizados de la Unidad de Quemados del Hospital Regional del Cusco, entre las edades de 18 a 65 años, de ambos sexos, sin ninguna patología psiquiátrica de base. Como resultados se obtuvo que 26.3% fueron pacientes entre 32 – 38 años, sexo femenino (57.8%), teniendo quemaduras con una extensión de 2% a 5% de superficie corporal, con una profundidad de espesor completo (52.6%) y con visibilidad de la lesión en un 84.2%. Un menor número de curaciones se asocia a un nivel escaso de resiliencia (50%) ($p=0.003$), correlacionándose con un mayor número de procedimientos como son las limpiezas quirúrgicas y colocación de injertos implican un mayor nivel de resiliencia (62.5%) $p=0.001$ y (57.1%) $p=0.000$ respectivamente. En cambio, al realizarse el mayor número de curaciones se asocia a una satisfacción con la apariencia corporal (60%) ($p=0.005$), así mismo un menor número de limpiezas quirúrgicas implican una insatisfacción con la apariencia corporal (64.2%) ($p=0.000$). Conclusiones: La resiliencia y la imagen corporal, son

aspectos que cambian constantemente con las curaciones y procedimientos que se les realizan a los pacientes quemados.

El siguiente trabajo titulado “Ajuste psicosocial del paciente gran quemado. Revisión bibliográfica”, de la autora Alba Santacruz Rosa, publicado en el año 2019, tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica en inglés o castellano para describir y analizar los aspectos más relevantes acerca del ajuste psicosocial del paciente gran quemado. Como metodología se realizó una búsqueda bibliográfica retrospectiva de los artículos en inglés o español publicados entre los años 2009 y 2019 en las bases de datos/ buscadores: PUBMED, SCIELO, DIALNET, LILACS, IBECs y ENFISPO, usando los descriptores “burns/quemaduras”, “psychology/psicología”, “nursing/enfermería”, “social support/soportesocial”, “psychosocial impact/ impacto psicosocial” y “quality of life/calidadde vida”. Así mismo, se realizó una búsqueda manual en la Revista ROL de Enfermería y se consultaron las páginas web de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Estadística. Se seleccionaron 36 artículos, generándose 3 categorías de análisis: aspectos psicosociales del paciente gran quemado, impacto en la calidad de vida y actuación de los profesionales sanitarios y, concretamente, del personal de enfermería. Se concluyen que existen diversos factores que influyen en el ajuste psicosocial tras las quemaduras, afectando a la calidad de vida del paciente. Las necesidades psicosociales deben incorporarse como parte esencial de las estrategias sanitarias a través de un enfoque holístico y ser evaluadas durante todo el periodo de recuperación.

El presente trabajo titulado “Nivel de autoestima en pacientes con quemaduras graves de segundo y tercer grado” del autor Ochoa Lima, Enith Maricela del año 2018, cuyo objetivo principal fue analizar las afectaciones en el nivel de autoestima en pacientes con quemaduras graves de segundo y tercer grado. Los niveles de autoestima pueden verse afectados por situaciones adversas como una quemadura, y la capacidad que se tenga para afrontar dichas situaciones tras el sistema de creencias personales. La base teórica utilizada fue la teoría cognitiva

conductual de Beck, así como la teoría de los constructos sociales basados en la autoestima de Rosenberg, que señala la importancia de los factores bio-psicosociales y en el rol activo que desempeñan en la manera como nos vemos. Investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo, con método científico, estadístico, basada con mediciones en: La escala de Rosenberg, ficha nemotécnica, consentimiento informado. Aplicados en una muestra de 15 pacientes. La investigación muestra que existe afectación del 73% de los pacientes en los niveles de autoestima siendo esta baja o media, siendo en su mayoría hombres los afectados y con mayor prevalencia las causas térmicas con el 47%.

El trabajo titulado “Estrategias de afrontamiento y reacciones de estrés de pacientes en situación de hospitalización por quemaduras de tercer grado en el servicio de quemados del Hospital Carlos Andrade Marín, periodo febrero – abril 2018”, de los autores: Cáceres Pérez, Marco Antonio, publicado en 2018 tiene como objetivo: determinar las estrategias de afrontamiento y reacciones de estrés de pacientes en situación de quemaduras de tercer grado, hospitalizados en el Hospital Carlos Andrade Marín, a través de la aplicación de dos reactivos psicológicos en conjunto con una ficha sociodemográfica. El presente estudio se fundamenta en la corriente Cognitiva – Conductual tomando como referentes a Lazarus y Folkman; las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que están en constante cambio y se desarrollan para el manejo de situaciones que exceden los recursos de una persona como el estrés y otros. La investigación es descriptiva – transversal, no experimental, junto a la utilización de técnicas psicométricas, en una muestra de 20 pacientes. Se concluye que las principales reacciones de estrés de los pacientes en situación de hospitalización son: estar separado de sus hijos o de personas que atiende normalmente, estar hospitalizado lejos de casa, no saber con seguridad como se quedará después de la operación, no saber cuándo le darán el alta y tener que ser ayudado para ir al baño. Además, las principales estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes en situación de hospitalización por quemaduras de tercer grado son las centradas en el problema, siendo la aceptación,

el afrontamiento activo y la reevaluación positiva las más usadas; y de las estrategias centradas en la emoción la que mayor frecuencia es utilizada es la religión.

El siguiente trabajo titulado: Plan de atención psicosocial enfermera dirigido a pacientes en situación aguda con el diagnóstico NANDA “Trastorno de la imagen corporal”. Escrito por los autores: Baeyens Gracia, Ana Muro Baquero, Carmen Magdalena, publicado en el año 2018 tiene como objetivos: Elaborar un plan de atención de enfermería estandarizado dirigido a pacientes adultos diagnosticados, según la taxonomía NANDA, de “Trastorno de la imagen corporal”. Su metodología utilizada fue una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas para analizar la literatura existente acerca del Trastorno de la imagen corporal en pacientes de las características comentadas, revisar su contenido y adecuación al tema y elaborar un plan de cuidados basado en instrumentos de valoración, válidas y de interés para el tema de estudio. En su trabajo concluyen que el paciente con Trastorno de la imagen corporal ve afectada su calidad de vida, no solo por las secuelas físicas provocadas por el trauma, sino también por el componente psicológico derivado de ellas. Tan importante es el brindar atención psicosocial durante la estancia hospitalaria como de atender a la rehabilitación física.

El presente trabajo titulado “Corporeidad en pacientes quemados - Autopercepción de los pacientes quemados antes y después de sufrir una quemadura “Experiencias que cambian vidas”” del autor Santiago Santos Leticia, tiene como Objetivo: conocer el significado que tienen los pacientes que han sufrido algún tipo de quemadura de su cuerpo desde las cuatro esferas: físico, psicológico, social y espiritual. Metodología: se realizó una entrevista semi estructurada con 5 ítems acerca de la autopercepción que tenían los pacientes antes y después de sufrir la quemadura en el aspecto físico o imagen corporal; el aspecto psicológico; el aspecto social; aspecto espiritual; y por último se verán los logros que se han obtenido después del accidente, Realizada a tres pacientes que fueron seleccionados por conveniencia que sufrieron quemaduras uno de 0 a 6 meses de haber sufrido el

accidente, otro de 7 a 12 meses y por último de más de un año. Resultados: Se encontró que el aspecto físico los sujetos no mostraron mayor problema en cuanto a lo físico, sin embargo si a al utilizar el cuerpo, ya que en el área de quemadura se perdió una parte de la fuerza y sensibilidad de la extremidad , por otro lado en lo psicológico y espiritual, se menciona que pasaron por un proceso de duelo, culpabilidad y negación por el accidente que les ocasionó la quemadura, siendo que por ello se acercaron más a la parte religiosa, así mismo en la parte social se encontró que los amigos, la familia, amigos, etc. los ayudaban a salir adelante y tener más fuerza para su recuperación. Conclusión los sujetos que se enfrentan con algún tipo de quemadura, no importa cuál sea la etiología, ni el grado de esta, siempre va a tener secuelas y repercusiones tanto físicas, psicológicas, espirituales y sociales la gravedad de cada una de ellas dependerá del significado que les sea asignado por el sujeto en cuestión.

El trabajo titulado “Proceso de afrontamiento y adaptación en mujeres mexicanas con cáncer de mamá” de los autores Lic. en Enf. Olga Barrientos Galicia en el año 2009, el cual tiene como Objetivo: Identificar el proceso de afrontamiento y adaptación en mujeres mexicanas con cáncer de mama. Metodología: El universo se conformó por 920 mujeres con cáncer de mama, que acudieron a consulta médica oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México. La muestra fue de 216 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: La validación de la escala implicó tres tiempos: validez por expertos, análisis de contenido y aplicación de la prueba piloto, que permitió identificar a un alfa de .8198. Se identificó 3 estrategias o tipos de afrontamiento: cognitivo, afectivo y evasivo siendo el afecto el predominante en la muestra 49%. Conclusiones: El proceso de validación del instrumento en población mexicana requiere una revisión semántica, cultural y conceptual para adaptar su contenido, lo cual permitió obtener un instrumento válido. La muestra presenta afrontamiento efectivo y evasivo lo cual probablemente limita a las mujeres para que logren una adaptación.

9. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de una investigación de tipo cuantitativo, descriptiva y transversal.

TIPO DE MUESTRA:

Hombres y mujeres entre 20 a 55 años con quemadura de 2do grado profunda y 3er grado, que hayan sido injertados o incluso amputados dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (INR “LGII”), pertenecientes a CENIAQ.

MUESTRA

Muestreo por conveniencia, con un total de 30 participantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres y mujeres entre 20 y 55 años
- Persona que recibe el cuidado en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados
- Que hayan presentado quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado.
- Que se encuentren en hospitalización en el área de subagudos.
- Que hayan sido injertados o incluso amputados dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Que acudan al servicio de consulta externa del Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados
- Que hayan firmado el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres y hombres menores de 20 años
- Mujeres y hombres mayores a 55 años
- Personas que reciben el cuidado con quemaduras de primer grado y segundo grado superficial.
- Persona que recibe el cuidado fuera del Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos.
- Que no hayan firmado el consentimiento informado.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Proceso de afrontamiento y adaptación

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Diagnóstico (nivel de quemadura)
- Tiempo que lleva asistiendo en el hospital
- Pertenece algún grupo de apoyo

DESCRIPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento informado (CI) es un escrito mediante el cual un paciente o participante en una investigación médica o clínica es informado de manera completa y comprensible sobre los riesgos, beneficios y alternativas de un tratamiento o procedimiento médico antes de dar su consentimiento para someterse a él. La metodología para realizar un consentimiento informado incluye los siguientes pasos:

- Información: El profesional de la salud o investigador debe proporcionar información detallada y precisa sobre el procedimiento o tratamiento, incluyendo su propósito, beneficios esperados, riesgos, efectos secundarios y alternativas disponibles.
- Comprensión: El paciente o participante debe tener la capacidad de comprender la información proporcionada, por lo que se debe utilizar un lenguaje claro y sencillo y asegurarse de que se han comprendido los aspectos más importantes.
- Consentimiento: El paciente o participante debe dar su consentimiento voluntario y libremente, sin presiones externas o coerción.
- Documentación: El consentimiento informado debe ser documentado por escrito en un formulario de consentimiento informado que el paciente o participante debe firmar y fechar. Este formulario también debe incluir el nombre del profesional de la salud o investigador que proporcionó la información y la fecha en que se obtuvo el consentimiento.

Para fines de la presente investigación se diseñó un CI (Anexo 2), tomando en consideración el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (22). El cual consta del título de la investigación, posteriormente la fecha en la que el participante está contestando el cuestionario, seguido de una breve explicación donde se define que es voluntad del paciente participar en dicha investigación, el objetivo, así mismo, se informa que los datos de la presente encuesta serán utilizados con fines académicos, por lo que serán

tratados y custodiados con respeto a su intimidad, de tal forma que la información contenida en el cuestionario se mantendrá en completa confidencialidad.

Terminando con la firma voluntaria del participante y un testigo, el cual podría ser cualquier persona que acompañara en ese momento al participante.

Este CI, se le dio al paciente previo al llenado de la encuesta para que tuviera la total libertad de participar o no y de igual manera se da la explicación que es para fines académicos y totalmente confidencial.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

El presente instrumento fue utilizado para recopilar datos de un grupo de personas, con el fin de obtener información sobre sus opiniones, actitudes, comportamientos o características demográficas. La metodología para aplicar una encuesta incluye los siguientes pasos:

1. Definir los objetivos: El investigador debe definir los objetivos de la encuesta, establecer las preguntas a realizar y determinar el tamaño de la muestra que se va a encuestar.
2. Diseño del cuestionario:

Se recabo un instrumento ya validado llamada en su versión inglés Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) y denominado en español Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Roy; 2004) (Ver anexo 3) fue adaptada y validada para ser utilizada en mujeres mexicanas con cáncer de mama. Por lo que el procedimiento para la validación del instrumento constó de tres fases: validación de expertos, de contenido y prueba piloto.

VALIDEZ DE EXPERTOS.

La validez de expertos se realizó con dos grupos: los expertos teóricos y los clínicos. Para la primera se solicitó la colaboración de tres Maestras en Enfermería conocedoras e integrantes del grupo de estudio de Roy en México en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. (10)

Se les informó por escrito el propósito de la revisión de la escala y se les hizo llegar una cédula de evaluación vía internet, misma que explicaba la forma de calificar cada ítem en cuanto a precisión, claridad y comprensión, otorgando los siguientes valores para sí = 1 y no = 0 al final se solicitó un comentario general de la escala. (10)

Paralelamente se seleccionaron a cuatro expertas clínicas de la consulta externa de oncología médica del Instituto Nacional de Cancerología, enfermeras en el ejercicio del cuidado a mujeres con cáncer de mama quienes poseen más de 10 años de experiencia. Cada una evaluó los ítems en función de la terminología y la semántica, contaron con tres semanas para enviar sus opiniones escritas, para el análisis de la investigadora y realizar los ajustes correspondientes.

Una vez recabadas las opiniones de expertos teóricos y clínicos se procedió a identificar los términos e ítems de comprensión ambigua en opinión de los evaluadores; se adaptó la redacción buscando preservar la esencia conceptual del instrumento, para ello se revisaron y caracterizaron los conceptos de la teoría para reducir el riesgo de ofrecer un significado distinto. (10)

El instrumento ajustado se aplicó a cinco mujeres con cáncer de mama para estimar el grado de comprensión, claridad y precisión de los ítems, los resultados permitieron considerar que la adaptación de la escala era suficiente para aplicarla en el escenario de investigación. (10)

VALIDEZ DE CONTENIDO.

La segunda fase de la validez fue la de contenido, misma que se realizó en tres tiempos: el primero consistió en la revisión de la teoría de Callista Roy sobre adaptación y la profundización sobre el concepto afrontamiento en las corrientes psicológicas que sustentan al modelo. A cada concepto se le reconocieron los elementos claves o sustantivos, mismos que permitieron pasar al segundo tiempo. (10)

El segundo momento para la validación de contenido fue la traducción y retraducción de la Escala Coping Adaptation Processing Scale (CAPS, Roy; 2004). Para ello se recuperó la versión en idioma inglés del CAPS, se tradujo al español

por dos traductores bilingües, profesores del Centro de Estudios de Lenguas Extranjeras (CELE) de la Universidad Nacional Autónoma de México. (10)

Cada traductor enfatizó la equivalencia semántica de los ítems que se habían identificado como ambiguos en la fase de validación por expertos conservando el significado de la versión original.

Posteriormente se obtuvo una primera versión del instrumento de la cual se realizó la retraducción español - inglés, por profesores del CELE, el resultado fue una versión piloto misma que se analizó y comparó con la primera traducción, por último, se realizaron cambios en los términos de algunos ítems. (10)

El tercer tiempo de validación de la escala Proceso de Afrontamiento y Adaptación (PAA) para población mexicana consistió en el análisis factorial de los ítems para observar su agrupación en cuanto a los 5 factores o dominios que Roy describe de la siguiente manera (ver tabla 5) (10).

Tabla 5. Factores de la Escala Proceso de Afrontamiento y Adaptación.

Factor 1 Recursos y enfoque	Factor 2 Físico y preparado	Factor 3 Proceso de alerta	Factor 4 Procesamiento sistemático	Factor 5 Conociendo y relacionando
Comportamientos personales y recursos que se concentran en expandir las entradas, ser inventivo y buscar salidas.	Reacciones físicas y fase de entrada, en el manejo de situaciones	Comportamientos personales que se enfoca en los procesos de entrada, centro y salida.	Estrategias físicas y personales que se toman en las situaciones difíciles y manejo metódico.	Estrategias que usan la memoria e imaginación de otros y uno mismo.

Tomado de Roy; 2004.

Con la finalidad de observar el comportamiento de la escala Proceso de afrontamiento y Adaptación (Roy; 2004) versión piloto, se elaboró una base de datos con los 47 ítems. La información se analizó en el programa SPSS versión 11, a través del procedimiento Análisis factorial con Rotación Varimax que dio origen a la

identificación en la primera corrida de 5 dominios y en la segunda de 13, la primera similar a lo expuesto por Roy. (10)

CONFIABILIDAD

En cuanto a la confiabilidad del instrumento PAA se obtuvo el alfa de Cronbach por ítem y general en el programa SPSS 11 obteniendo un índice de .8198 (10)

APLICACIÓN DE PRUEBA PILOTO.

Para la prueba piloto se aplicó el instrumento a 216 mujeres con cáncer de mama considerando el cálculo de la muestra estimado (10).

PROCESO DE APLICACION DEL INSTRUMENTO

La escala Proceso de Afrontamiento y Adaptación (PAA) para población mexicana consta de 3 secciones: las 2 primeras abordan aspectos sociodemográficos (10 ítems) y redes de apoyo (10 ítems) respectivamente. La tercera parte corresponde a los 47 ítems que aprecian el afrontamiento y tienen respuesta tipo Likert de cuatro puntos (nunca = 1, casi nunca = 2, casi siempre = 3 y siempre = 4) de forma global proporcionan un puntaje total mínimo de 47 y máximo de 188. La interpretación del instrumento se realizó considerando que a mayor puntaje obtenido más estrategias de afrontamiento (10)

Al cual solo se le dio cierta adaptación para nuestra investigación en los datos de identificación, lo cual nos permite recopilar la información necesaria, todos los demás ítems se dejaron igual para que no perdiera su confiabilidad. El cuestionario debe ser claro, conciso y fácil de entender, evitando preguntas ambiguas o sesgadas (Anexo 4).

1. Selección de la muestra: se ha seleccionado una muestra por conveniencia.
2. Realizar la encuesta: Una vez que se ha definido el cuestionario y seleccionado la muestra, el instrumento ha sido aplicado cara a cara con el encuestado, durante el mes de abril.

3. Procesamiento de datos: Después de recolectar los datos, el investigador debe procesarlos y analizarlos. Esto incluye verificar la calidad de los datos, codificarlos, tabularlos y aplicar técnicas estadísticas para analizar los resultados.
4. Informe de resultados: Finalmente, el investigador debe presentar un informe de resultados que incluya los hallazgos principales de la encuesta y las conclusiones del estudio. El informe debe ser claro y preciso, y debe incluir gráficos y tablas para ilustrar los resultados.

Es importante destacar que la metodología para aplicar una encuesta puede variar dependiendo del tipo de encuesta, la población a encuestar y los objetivos del estudio.

10.RECOLECCION DE DATOS

La escala de Proceso de Afrontamiento y Adaptación para la población mexicana (PPA) se incorporó a los comités de investigación y de ética del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” en la investigación: Afrontamiento de la imagen corporal en las personas con quemaduras de segundo y tercer grado en un hospital de tercer nivel de atención.

Una vez aprobado se seleccionaron a los participantes de estudio conforme a los criterios de inclusión señalados en la investigación, llevando a cabo visitas en los servicios de consulta externa y hospitalización, identificando a la persona que recibe el cuidado que sufrieron quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado durante un periodo comprendido de abril del 2023 a junio del 2023.

Al localizar los potenciales sujetos de estudio se realizó la aplicación del instrumento informando de manera individual sobre el objetivo de la investigación y el propósito de su participación, al momento de aceptar la aplicación se invitaba a leer el consentimiento informado, en caso de aceptar lo firmaban y se entregaba cuestionario PAA, lápiz o bolígrafo y se proporcionaba orientación para el llenado. En el caso de algunos participantes fue necesario dar lectura y apoyo en la escritura del instrumento, ya que la movilidad de los miembros torácicos superiores era limitada debido al área afectada por las quemaduras de los participantes.

11. ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información de nuestra muestra (n=30) fue revisada y capturada en una base de datos para ser analizada en el programa estadístico IBM SPSS Statistics Editor de datos, en el cual se obtuvo la distribución de frecuencias y porcentajes para la elaboración de graficas.

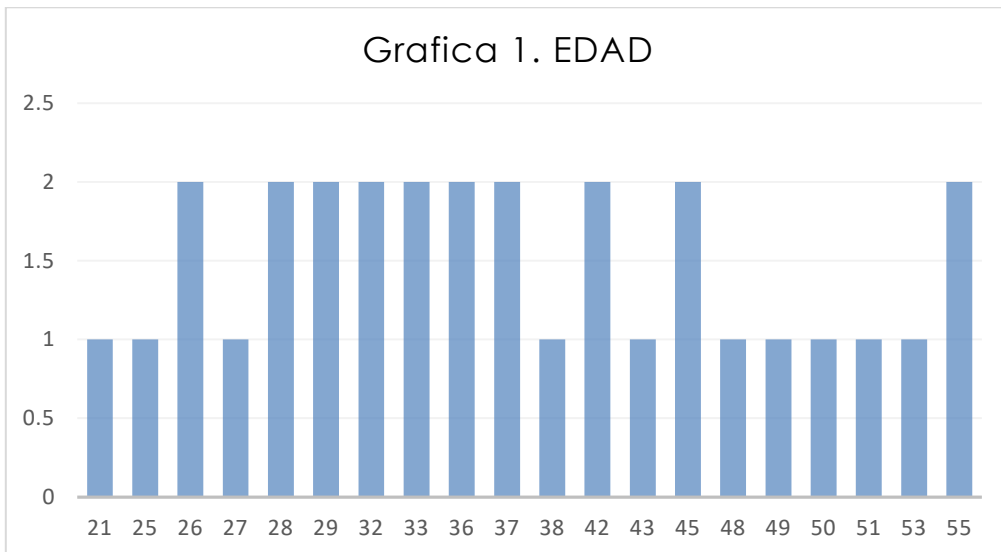
Para los tipos de afrontamiento se realizó puntos de corte tomando como referencia el puntaje total de la escala Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Roy; 2004)

12.RESULTADOS

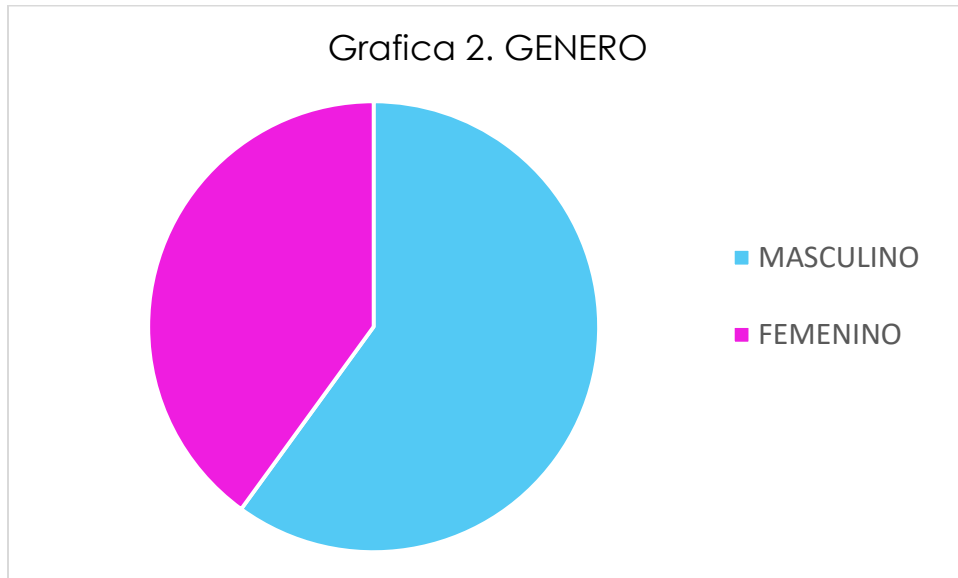
Los resultados corresponden a 30 participantes con diagnóstico de quemadura de segundo grado profundo o tercer grado, que acuden a consulta o se encontraban hospitalizados en el área de subagudos del CENIAQ.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

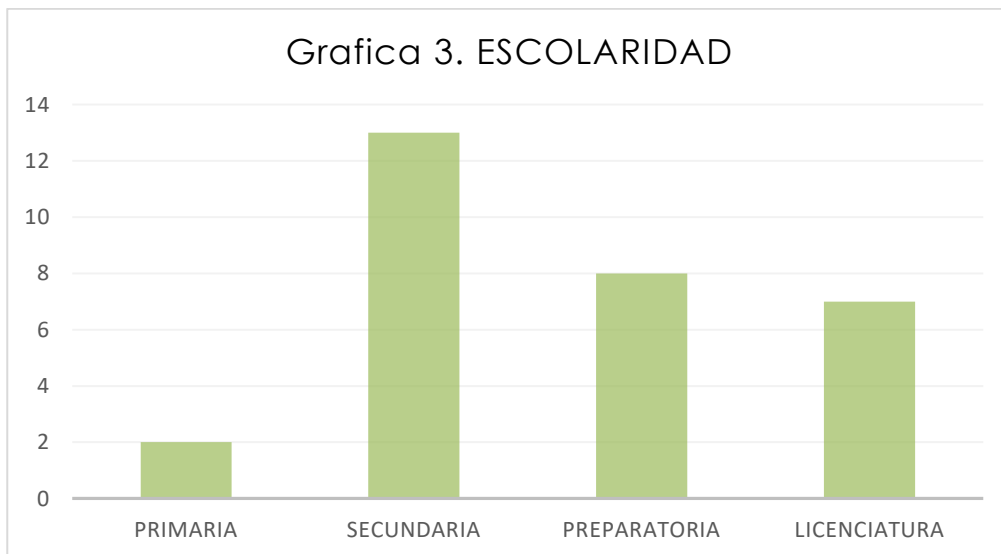
Dentro de los resultados obtenidos de los 30 participantes se obtuvo un rango de edad de 21 a 55 años, no siendo más de dos personas con la misma edad, como se muestra en la gráfica 1, de los cuales el 60% fueron de género masculino y el 40% femeninas (grafica 2), con escolaridad concluida predominante de secundaria (13), seguida de preparatoria (8), por último, licenciatura (7) y primaria (2) (grafica 3). Así mismo el 73.3% de los participantes refieren no padecer ninguna comorbilidad, el 13.3% hipertensión Arterial (HT), 6.7% de otro tipo, el 3.3% padecen Diabetes Mellitus (DM) y el otro 3.3% DM e HT como se muestra en la gráfica 4.



Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)

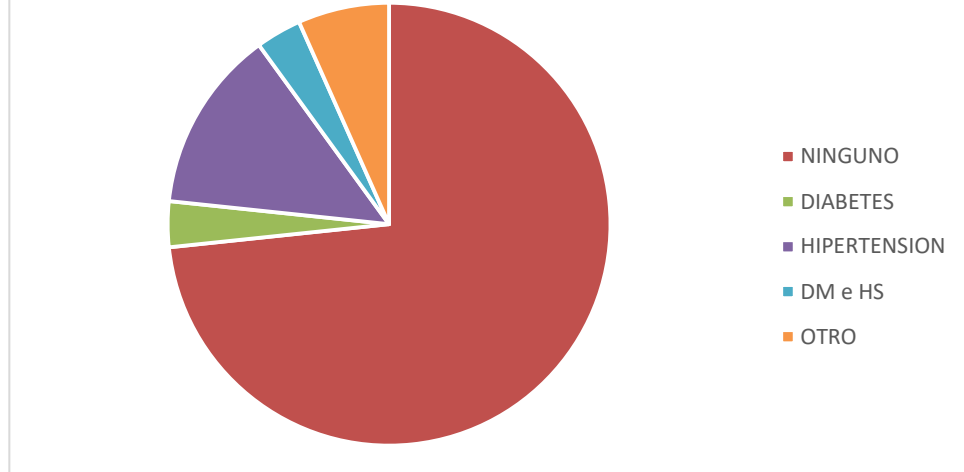


Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30. (2023)



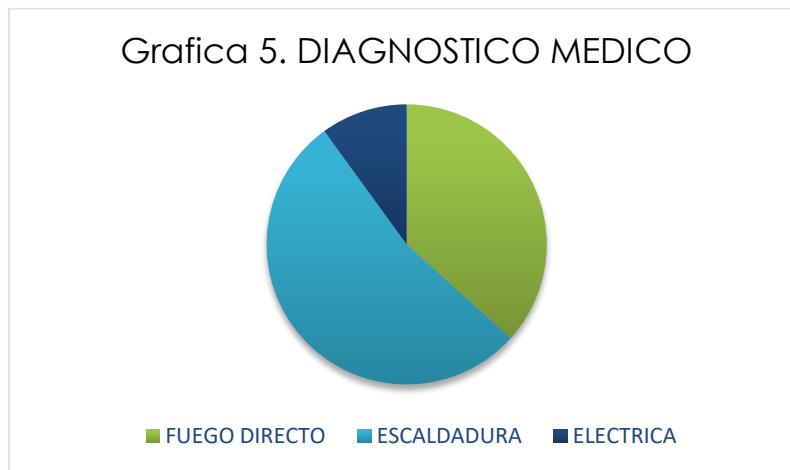
Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30. (2023)

Grafica 4. COMORBILIDADES

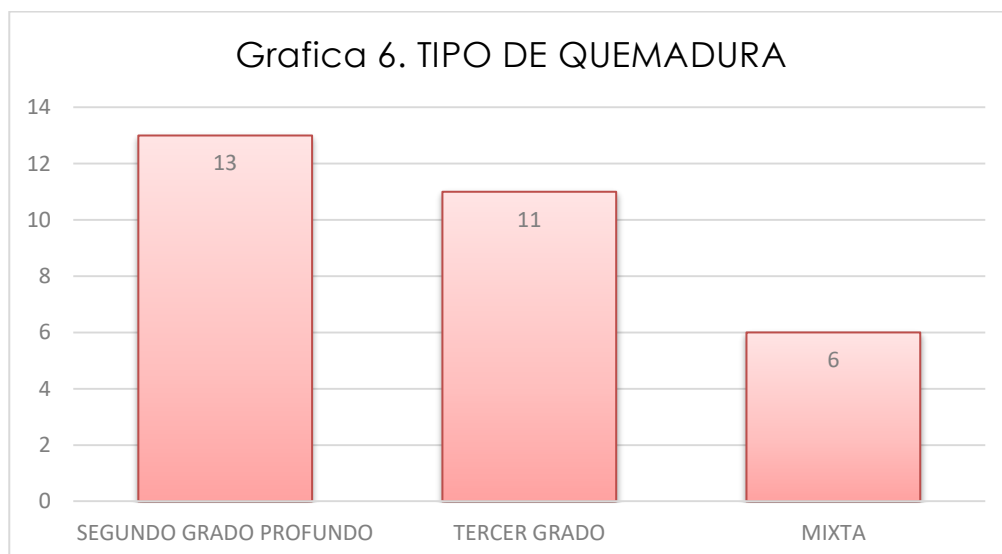


Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)

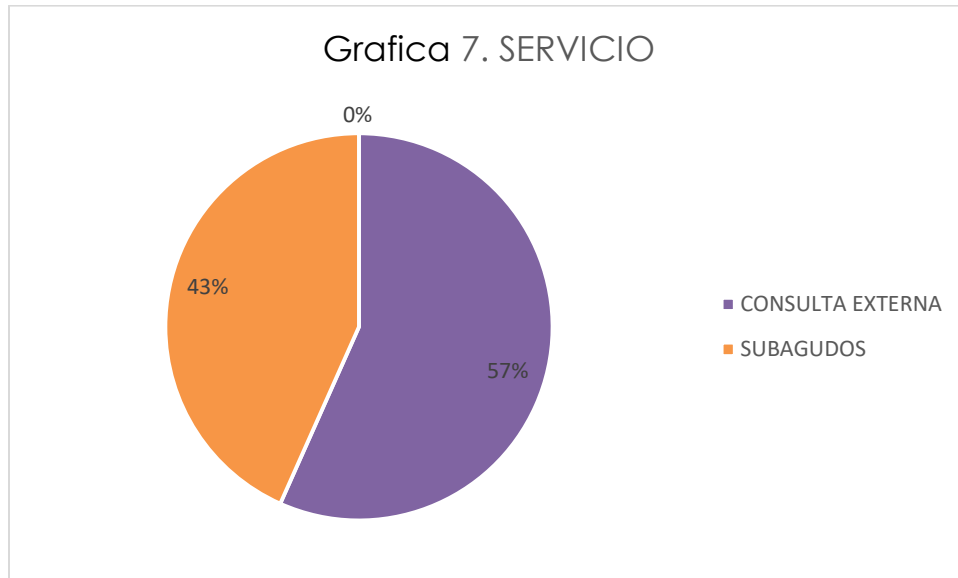
El diagnóstico médico más predominante obtenido de los 30 participantes fue de escaldadura con un 53%, fuego directo 37% y eléctrica 10% (gráfica 5), de los cuales el tipo de quemadura obtenida de ello fue de 13 participantes con segundo grado profundo, 11 de tercer grado y 6 fueron mixtas (gráfica 6). Siendo mayormente participantes que asistían a consulta externa (57%) que de subagudos (43%) (Gráfica 7). Refiriendo más de la mitad de los participantes (26) no participar en ningún grupo de apoyo como se observa en la gráfica 8.



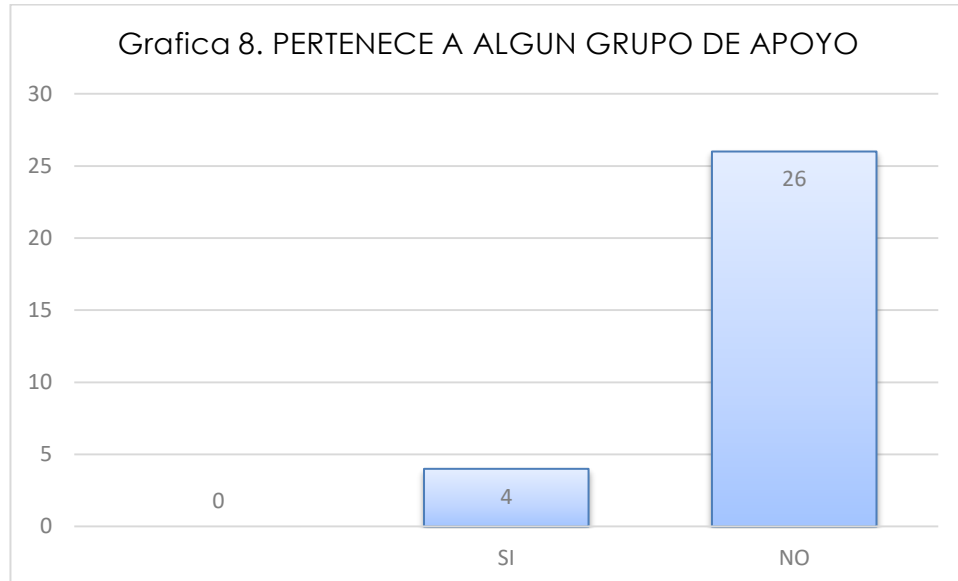
Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30. (2023)



Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)



Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)



Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)

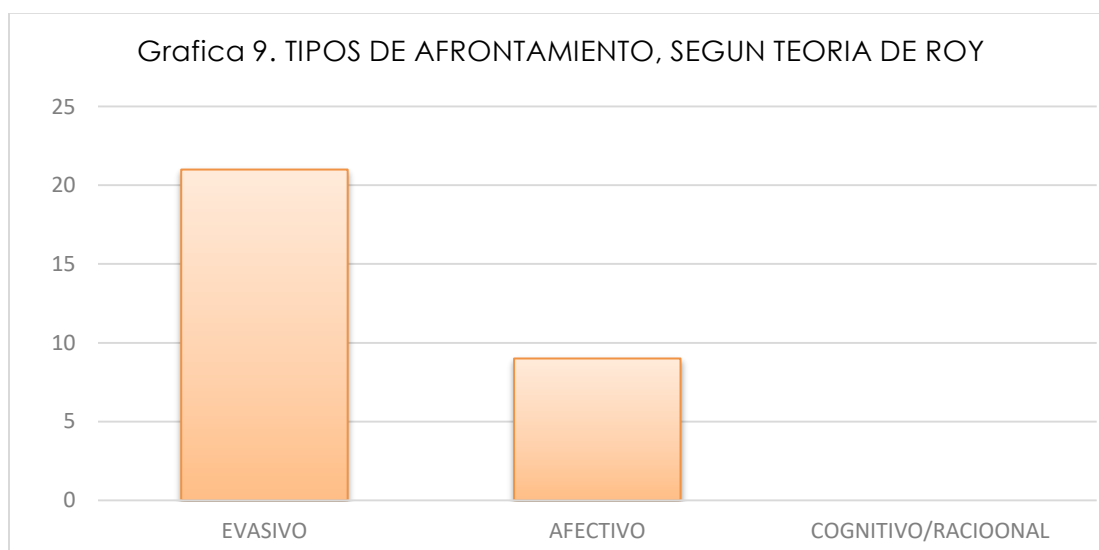
RESULTADOS DE TIPOS DE AFRONTAMIENTO

Se obtuvo como resultado que de los 30 participantes el tipo de afrontamiento y nivel de afrontamiento obtenido fue evasivo/bajo con una frecuencia de 21 respuestas, seguida de efectiva/media con 9 respuestas y por último cognitivo/racional/bajo con 0 respuestas como se observa en la tabla 6, grafica 9 y 10.

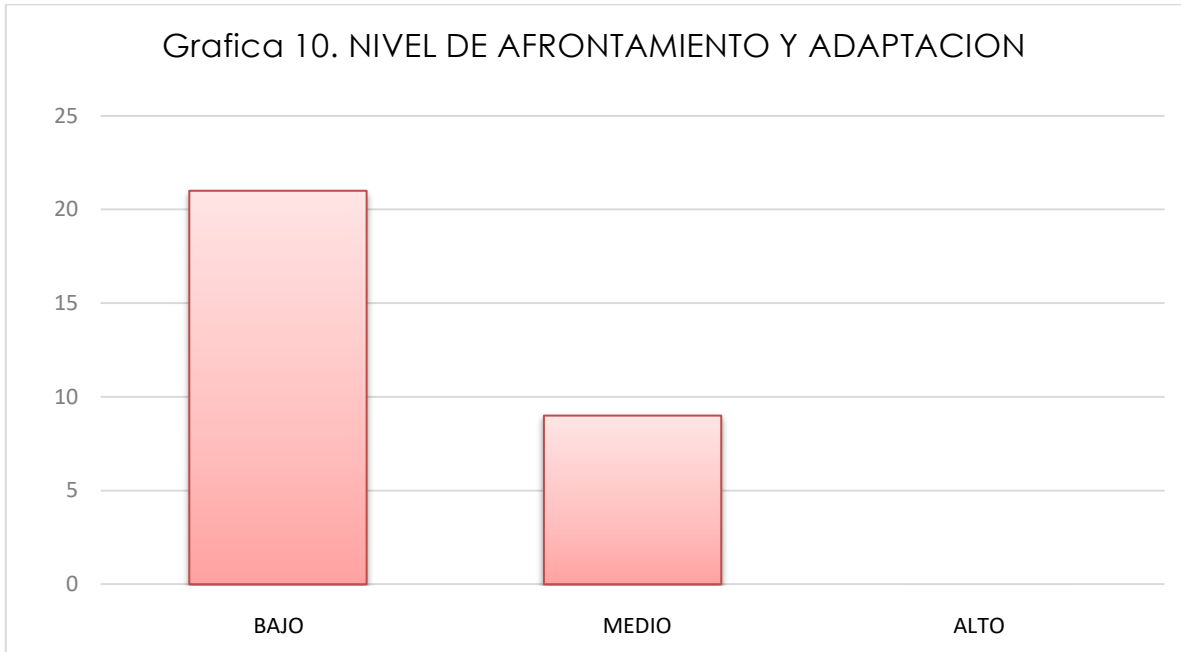
Tabla 6. Tipos de afrontamiento según Teoría de Roy

Afrontamiento Teoría Psicológica	Afrontamiento Roy	Puntaje	Frecuencia	%
Activo	Cognitivo/racional	154-188	0	0
Pasivo	Afectivo	136-153	9	30
Evasivo	Evasivo	47-135	21	70
Total		47-188	30	100

Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30. (2023)

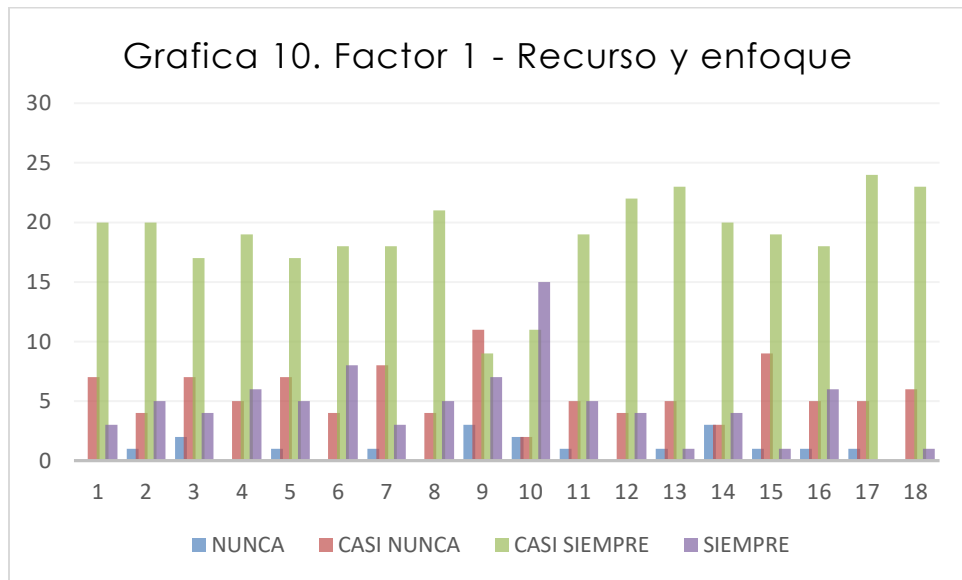


Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30. (2023)

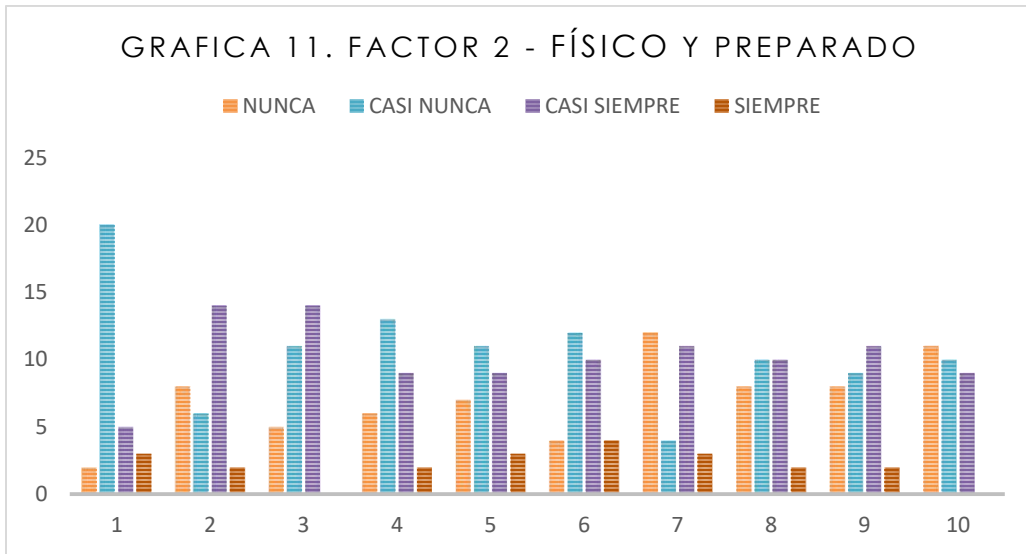


Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)

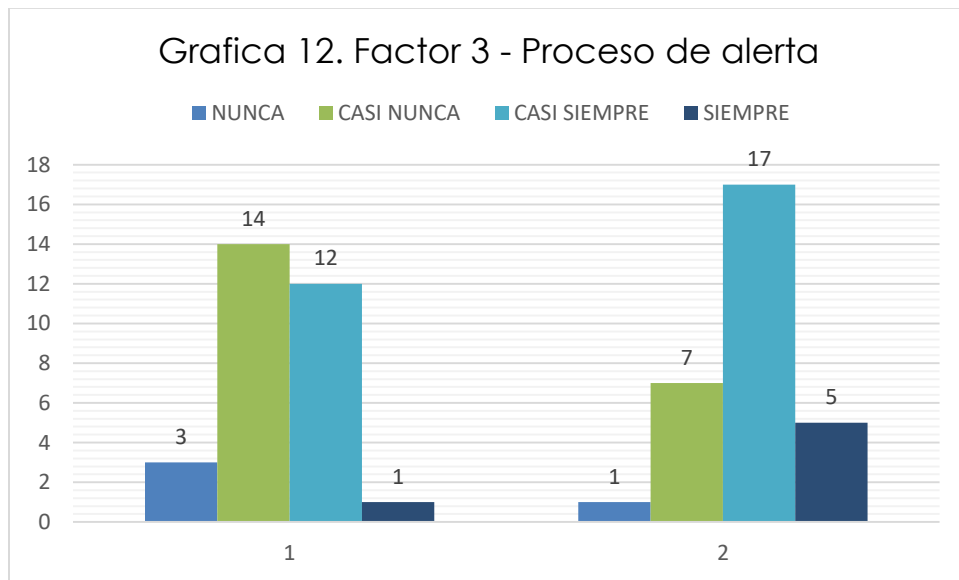
RESULTADOS PREDOMINANTE EN CADA TIPO DE FACTOR



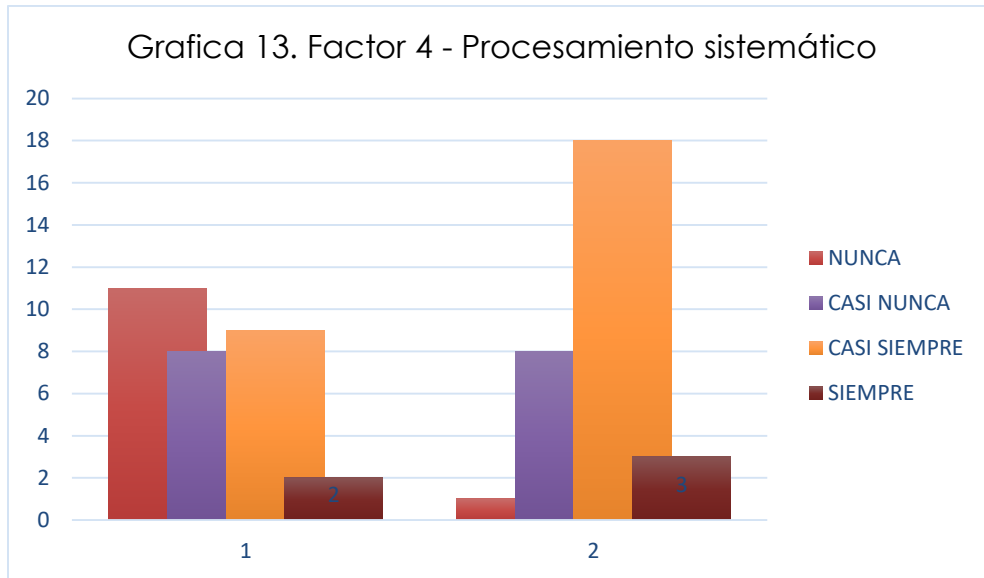
Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)



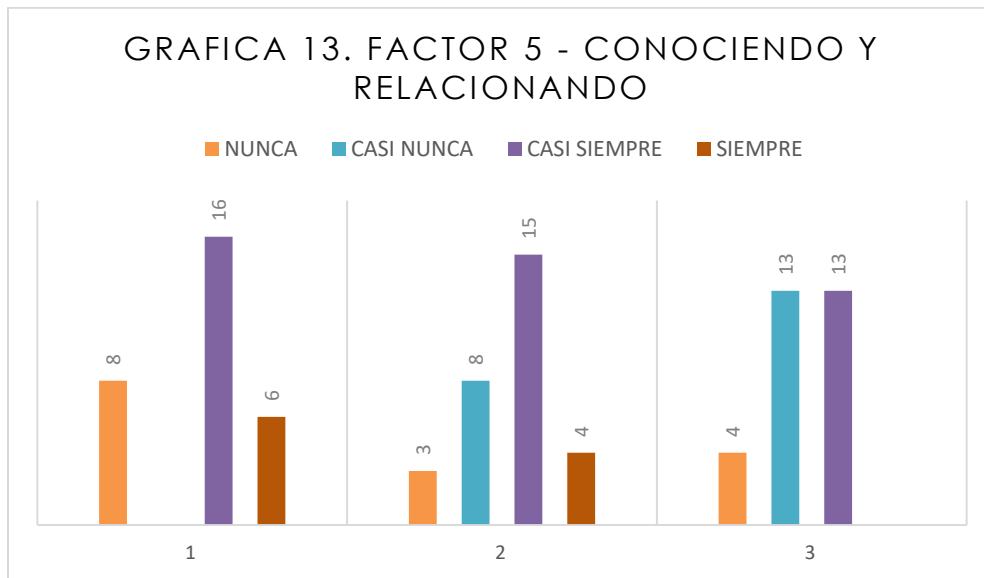
Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)



Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)



Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)



Fuente: Afrontamiento y adaptación de la imagen corporal ante una quemadura. N = 30.
(2023)

13.DISCUSIÓN

Los tipos de afrontamiento en una persona con respecto a su imagen corporal ante una quemadura de segundo grado profundo y tercer grado, se presentaron en 3 categorías, el primero de 47 a 135 de tipo evasivo, la segunda 136 a 153 de tipo afectivo y el último 154 a 188 de tipo cognitivo/racional tomando como referencia el puntaje de la escala Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Roy; 2004).

Se identificó que la estrategia o tipo de afrontamiento **Evasivo** fue predominante en la muestra con un 70%, lo que sugiere que las personas que han sufrido una quemadura donde se ha visto afectada su imagen corporal, en este caso por una quemadura de segundo grado profunda o tercer grado, evade la situación negándola o huyendo lo cual podría prolongar la adaptación a su nueva condición de vida, afectando el bienestar individual y familiar. El 30% de los participantes afronta de manera **Afectiva** lo que nos dice que tratan de controlar las emociones que la quemadura les produce.

Por otro lado, el artículo de Cáceres Pérez, Marco Antonio (2018) las principales estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes en situación de hospitalización por quemaduras de tercer grado son las centradas en el problema, siendo la aceptación, el afrontamiento activo y la reevaluación positiva las más usadas; y de las estrategias centradas en la emoción la que mayor frecuencia es utilizada es la religión.

De acuerdo a los resultados de esa investigación y a los propios nos encontramos con una notable discrepancia, ya que el tipo de afrontamiento más predominante fue el activo, siendo el menos predominante en nuestros resultados, ya que nos encontramos en dos extremos totalmente diferentes, por un lado, una población se encuentra negando su adaptación del autoconcepto, mientras que la otra acepta y afronta su imagen corporal.

Igualmente el nivel de afrontamiento y adaptación presentado en la presente investigación se obtuvo con mayor relevancia el nivel bajo con un 70% que refleja un estilo pasivo o evitativo, que consiste en la ausencia o en la reducción de los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo, con estrategias

centradas en la emoción y con conductas de evasión y negación, percibiendo la situación como no controlable; seguido de nivel medio con 30% en el que la persona refleja un estilo de afrontamiento pasivo o activo, con estrategias de uso variadas y limitadas; es decir, puede tener un estilo pasivo y emplear moderadamente estrategias de estilo activo o tener un estilo activo, pero con uso moderado de estrategias de estilo pasivo.

Con referencia a lo anterior el artículo de Ochoa Lima, Enith Maricela (2018) obtuvo como resultado que los niveles de autoestima de los pacientes que han sufrido quemaduras son de autoestima baja a media, y el 27% de los pacientes no muestra afectación a nivel de su autoestima lo que presume es producto de la resiliencia de cada paciente, en el que se evidencia molestia e insatisfacción con la imagen corporal en pacientes con nivel de autoestima medio por el cambio abrupto de condiciones y representaciones propias. Esta alteración profunda de la imagen corporal suele estar asociada con el estrés, los síntomas de ansiedad y depresión, aislamiento social y problemas sexuales

Así mismo la escala Proceso de Afrontamiento y Adaptación (PAA) para población mexicana consiste en el análisis factorial de los ítems para observar su agrupación en cuanto a los 5 factores o dominios que Roy describe, los cuales ya fueron interpretados en el presente trabajo. En el primer factor relacionado a Recurso y enfoque, donde se describe que los Comportamientos personales y recursos que se concentran en expandir la entrada, ser inventivo y buscar soluciones, en nuestro caso la respuesta más predominante fue “casi siempre”.

En el factor dos, Físico y preparado nos dice que se tiene capacidad para el manejo de situaciones difíciles tanto físicas como emotivas, donde nuestro resultado predominante fue “siempre” donde a pesar de haber pasado por un evento traumático y encontrarse en negación buscan soluciones para su proceso de adaptación fisiológico y físico, controlando sus emociones, de igual manera como nos dice el artículo de Santiago S. Leticia donde obtuvo como resultados el aspecto físico o imagen corporal no mostraron mayor problema ni rechazo por ello, al contrario manifestaron que fue una batalla más que se ha ganado y no se encontró ningún aspecto de vanidad, sin embargo el obstáculo por ello era en cuanto a la

perdida de movilidad y sensibilidad del área afectada, por lo que delimitaba sus actividades de la vida diaria.

Es importante recalcar la significancia que hay en las respuestas ya que, aunque se encuentran en un afrontamiento de tipo evasivo, donde aún no aceptan lo que les ha ocurrido y están en negación tienen la capacidad para poder manejarse en situaciones difíciles con respecto a su imagen corporal, ya que una quemadura puede afectar las funciones físicas de una persona en múltiples maneras y es todo un proceso poder adaptarse a esa nueva forma de vivir.

Así mismo, el factor 3 Proceso de alerta, respondiendo con mayor frecuencia a la categoría de siempre, reúnen la mayor cantidad de información posible para aumentar las opciones a fin de solucionar el problema, están atentos a cualquier cosa relacionada con la situación, hacen frente a las situaciones desde el principio. La utilización de estas estrategias de afrontamiento ayuda a aceptar la realidad del evento tratando de cambiar la situación adaptándose a ella para obtener efectos positivos.

Con relación a los factores 4 y 5 procesamiento sistemático y conociendo y relacionando, se observó que respondieron con mayor frecuencia a la categoría de “casi siempre”, donde ya intentan llamar al problema por su nombre y verlo en su totalidad y ya piensan en todo el problema paso a paso, comienzan a mirar la situación como una oportunidad/desafío, se sienten bien de saber que están manejando el problema lo mejor que pueden y se plantea soluciones posibles aunque parezcan difíciles de alcanzar, pero viendo las cosas de una manera objetiva.

Como lo menciona Alba Santacruz Rosan en su investigación titulada “Ajuste psicosocial del paciente gran quemado. Revisión bibliográfica” en donde menciona que el crecimiento postraumático es un cambio positivo que tiene lugar en comparación a la condición previa al trauma donde los factores característicos de crecimiento se encuentran la recuperación de la autoconfianza, el fortalecimiento personal, la reorganización de valores personales, la espiritualidad y la profundización en las relaciones interpersonales, donde el hecho de haber

sobrevivido a un trauma, proporcionan una perspectiva de vida distinta, cambiando la escala de valores y potenciando el sentimiento de empatía del individuo.

La manera en cómo están llevando su proceso de afrontamiento y adaptación concuerda con lo que dice Roy con relación al proceso, ya que cuando el individuo se enfrenta a un problema se construyen nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las experiencias nuevas, lo cual permite poder tener nuevas capacidades o destrezas al enfrentar un evento difícil. Es así como menciona Baeyens Gracia, Ana Muro Baquero, Carmen Magdalena (2018) el paciente diagnosticado con Trastorno de imagen corporal requiere una atención especializada capaz de brindarle las estrategias necesarias para que su calidad de vida se vea afectada de la menor forma posible, donde un buen afrontamiento de sus secuelas físicas y psicológicas permitirá la adecuada readaptación del paciente a la vida tras la afectación.

14.CONCLUSIONES- IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

El afrontamiento de la imagen corporal después de una quemadura de tercer grado implica un proceso de aceptación y adaptación, siendo así un desafío complejo y personal. Por lo que es normal que la persona experimente emociones intensas como la tristeza, la ira o la vergüenza debido a los cambios físicos y estéticos que la quemadura puede ocasionar. La imagen corporal juega un papel crucial en la autoestima y la percepción de uno mismo, y una quemadura grave puede tener un impacto significativo en la forma en que una persona se ve y se siente consigo misma, es por ello que es importante destacar que la belleza y el valor de una persona van más allá de su apariencia externa.

Es así que el afrontamiento cognitivo/racional es una estrategia psicológica que implica la adaptación y enfrentamiento de situaciones difíciles o estresantes a través del procesamiento de la información y el razonamiento lógico. En lugar de dejarse llevar por emociones intensas, el individuo busca mantener una perspectiva objetiva y racional para comprender la situación y encontrar soluciones adecuadas.

En este enfoque, la persona se esfuerza por examinar los pensamientos y creencias asociados con el problema en cuestión, evaluando su validez y exactitud. Mediante el análisis crítico de la situación, se busca identificar y modificar pensamientos distorsionados o irracionales que puedan estar generando malestar emocional innecesario. Además, el afrontamiento cognitivo/racional implica buscar evidencia objetiva y realista que apoye o refute las ideas preconcebidas, permitiendo así una toma de decisiones más informada y fundamentada.

Esta estrategia también puede implicar la adopción de un enfoque proactivo para resolver problemas, definiendo metas alcanzables y elaborando planes de acción con base en el razonamiento lógico. De esta manera, el individuo puede sentirse más empoderado y competente para hacer frente a los desafíos, lo que reduce el impacto negativo del estrés y la ansiedad.

El afrontamiento cognitivo/racional no implica ignorar o suprimir las emociones, sino más bien utilizarlas como señales de alerta para abordar y comprender mejor la situación. Al enfocarse en el pensamiento racional, la persona puede desarrollar

una mayor capacidad para lidiar con situaciones estresantes de manera más efectiva, fomentando así un bienestar emocional y mental duradero.

Por otro lado, el afrontamiento afectivo es una habilidad esencial en la vida de las personas, ya que nos permite hacer frente a las distintas emociones y situaciones que se presentan en nuestro día a día. Este proceso implica la capacidad de reconocer, entender y expresar de manera saludable nuestras emociones, tanto positivas como negativas, sin reprimirlas o dejar que nos abrumen.

Una adecuada estrategia de afrontamiento afectivo nos permite gestionar el estrés, la ansiedad y otras dificultades emocionales, fomentando el bienestar y la salud mental. Para lograrlo, es crucial desarrollar la empatía hacia nosotros mismos, comprender nuestras necesidades emocionales y ser amables con nuestros sentimientos, sin juzgarnos ni castigarnos por ellos.

Además, el afrontamiento afectivo involucra la capacidad de comunicar nuestras emociones de manera asertiva, tanto con nosotros mismos como con los demás, lo que nos ayuda a fortalecer nuestras relaciones y recibir el apoyo necesario en momentos de adversidad. También implica la búsqueda de actividades y recursos que nos ayuden a liberar tensiones emocionales, como la práctica de ejercicio físico, la meditación o la expresión artística.

El afrontamiento afectivo es una herramienta poderosa que nos permite enfrentar las complejidades emocionales de la vida, promoviendo la autenticidad, el crecimiento personal y una mayor resiliencia ante los desafíos que se presenten. Al cultivar una relación saludable con nuestras emociones, podemos construir una base sólida para el bienestar integral y una vida más plena.

En contraste se encuentra el afrontamiento evasivo, es una estrategia utilizada por algunas personas para lidiar con situaciones difíciles o estresantes al evitar enfrentar directamente el problema o las emociones asociadas a él. Esta forma de afrontamiento implica la evitación consciente de situaciones incómodas o desafiantes, ya sea ignorándolas, posponiéndolas o desviando la atención hacia otros asuntos menos problemáticos.

Si bien el afrontamiento evasivo puede proporcionar un alivio temporal al evitar el malestar inmediato, a largo plazo, esta estrategia puede tener consecuencias

negativas. Evitar problemas en lugar de abordarlos puede llevar a una acumulación de tensiones y conflictos no resueltos, lo que puede empeorar la situación original y generar mayores niveles de ansiedad o estrés.

Es importante tener en cuenta que, aunque el afrontamiento evasivo puede ser una respuesta natural en ciertas circunstancias, es esencial buscar un equilibrio entre enfrentar los desafíos y cuidar nuestra salud emocional. Enfrentar los problemas de manera proactiva y buscar apoyo adecuado para conducir a una mejor resolución de los conflictos y un mayor bienestar general. Así, cada individuo debe reflexionar sobre su propia forma de afrontar situaciones y considerar alternativas más constructivas para abordar los desafíos de la vida de manera efectiva y saludable.

El apoyo emocional y psicológico desempeña un papel fundamental en el proceso de afrontamiento. Contar con el respaldo de amigos, familiares y profesionales de la salud puede brindar una red de apoyo crucial para ayudar a la persona a reconstruir su autoimagen y a desarrollar una actitud positiva hacia sí misma. La terapia individual o grupal, así como el asesoramiento especializado en imagen corporal, pueden ser recursos valiosos para superar las dificultades emocionales y construir una nueva identidad corporal.

Además, es esencial enfocarse en las capacidades y fortalezas personales más allá de la apariencia física. El enfoque en actividades que promuevan la salud y el bienestar, como el ejercicio físico, la nutrición adecuada y la participación en actividades recreativas, puede ayudar a mejorar la confianza, el bienestar emocional y la percepción de la imagen corporal en sí mismo.

El trabajo de enfermería no consiste únicamente en el tratamiento encaminado a solucionar las reacciones orgánicas de una persona. Es importante que enfermería brinde cuidados holísticos basados en el conocimiento y comprensión del subsistema cognitivo, ya que esto les permite identificar respuestas en cada individuo que mejorarán su proceso de ajuste.

La aplicación de teorías intermedias, como la teoría de la adaptación de Roy, contribuye al desarrollo del conocimiento disciplinar y, por ende, a la mejora de las intervenciones terapéuticas para los individuos en sus procesos de salud-enfermedad.

Bibliografía

1. Generales INdCM. nignms.nih.gov. [Online].; 2020 [cited 2022 Noviembre 11. Available from: <https://nignms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/burns-spanish.aspx#:~:text=Las%20quemaduras%20son%20da%C3%B1os%20al,y%20l%C3%ADquidos%20y%20gases%20inflamables.>
2. Ochoa Lima E. dspace.uce.edu. [Online].; 2018 [cited 2022 Noviembre 11. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16884/1/T-UCE-0007-CPS-061.pdf>.
3. Obando Cabezas L, Ordoñez E. Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. [Online]. Cali: Universidad Santiago de Cali; 2020 [cited 2022 Noviembre 10. Available from: <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/54/37/471?inline=1>.
4. Moctezuma-Paz E, Páez-Franco I, Jiménez-González , Miguel-Jaimes D, Foncerrada-Ortega G, Sánchez-Flores Y, et al. Revista de Especialidades Medico-Quirúrgica. [Online]. México; 2015 [cited 2022 Noviembre 11. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345916013>.
5. Salud OMDl. who.int. [Online].; 2018 [cited 2022 Diciembre 24. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns#:~:text=Las%20quemaduras%20constituyen%20un%20problema,Asia%20Sudoriental%20de%20la%20OMS.>
6. Copyright. ulceras.mx. [Online].; 2022 [cited 2022 Noviembre 11. Available from: <https://ulceras.mx/monografico/quemaduras-epidemiologia/>.
7. Salud Sd. gob.mx. [Online].; 2019 [cited 2022 Noviembre 10. Available from: <https://www.gob.mx/salud/articulos/centro-nacional-de-investigacion-y-atencion-de-quemados-a-la-vanguardia>.
8. 170 SdS. gob.mx. [Online].; 2021 [cited 2022 Noviembre 11. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/170-cuenta-mexico-con-centro-de-alta-especialidad-para-atender-quemaduras-graves#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20cada%20a%C3%B1o%20cerca,y%20en%20v%C3%ADas%20de%20desarrollo.>
9. Cáceres Pérez M. dspace.uce.edu.ec. [Online].; 2018 [cited 2022 Noviembre 11. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15959>.
10. Barrientos Galicia O. repositorio.unam.mx. [Online].; 2009 [cited 2022 Noviembre 10. Available from: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/70717>.
11. Alligood M TA. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. Raile Alligood M, editor. Barcelona: Elsevier; 2011.

12. Aguilar-Ruíz EC, Ramírez-Gutiérrez N, Camaño-Vicente EC, Hernández-Corral S. Intervenciones de enfermería especializada en un adulto con alteraciones de la marcha ocasionadas por quemadura eléctrica. [Online].; 2013 [cited 2022 octubre 11. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000400006&lng=es.
13. Iglesias Díez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero P. Tratado de dermatología. 4th ed. Iglesias Díez L, editor. Madrid: McGraw-Hill; 2004.
14. Fernández Santervás Y, Melé Casas M. aeped.es. [Online].; 2020 [cited 2022 Octubre 10. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_quemaduras.pdf.
15. Medline. Medline.eu. [Online].; 2021 [cited 2022 Octubre 10. Available from: <https://www.medline.eu/es/cepillo-quirurgico-impregnado>.
16. quemaduras Tdl. ucm.es. [Online].; 2013 [cited 2023 Enero 27. Available from: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-TRATAMIENTO-QUEMADURAS-15-Dic-2013.pdf>.
17. Pérez Boluda MT, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. [Online]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.; 2011 [cited 2023 Febrero 13. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf.
18. académico Pdf. zullyba.weebly. [Online].; 2012 [cited 2023 Marzo 23. Available from: https://zullyba.weebly.com/uploads/2/8/8/0/28805101/p_desarrollo.pdf.
19. Stagnaro , Representação ND. wac.colostate.edu. [Online].; S/F [cited 2023 Marzo 23. Available from: <https://wac.colostate.edu/docs/books/encarrera/stagnaro-representacao.pdf>.
20. Vázquez Valverde C, Crespo López M, Ring JM. psicosocial.net. [Online].; S/F [cited 2023 Marzo 23. Available from: https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225.
21. Builes Roldán , Manrique Tisnés , Henao Galeano. Individuación y adaptación: entre determinaciones y contingencias. Nómadas. Critical Journal of Social. [Online].; 2017 [cited 2023 Marzo 30. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153284002.pdf>.
22. SECRETARIA GENERAL SDSP. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. [Online].; 2014 [cited 2023 Abril 02. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1. Marco referencial

No .	Título	Autor o Autores / link de búsqueda	Objetivo de la investigación)	Tipo de investigación	Resultados, conclusión
1	Proceso de afrontamiento y adaptación en mujeres mexicanas con cáncer de mamá	Lic. en Enf. Olga Barrientos Galicia (2009) https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980515/33barrientos-galicia-olga4a.pdf	Identificar el proceso de Afrontamiento y Adaptación en mujeres mexicanas con cáncer de mama.	Transversal, descriptivo y correlacional	Resultados: La validación de la escala implicó tres tiempos: validez por expertos, análisis de contenido y aplicación de la prueba piloto, que permitió identificar a un alfa de .8198. Se identificó 3 estrategias o tipos de afrontamiento: cognitivo, afectivo y evasivo siendo el afecto el predominante en la muestra 49%. Conclusiones: El proceso de validación del instrumento en población mexicana requiere una revisión semántica, cultural y conceptual para adaptar su contenido, lo cual permitió obtener un instrumento válido. La muestra presenta afrontamiento efectivo y evasivo lo cual probablemente limita a las mujeres para que logren una adaptación.
2	Nivel de autoestima en pacientes con quemaduras graves de segundo y tercer grado	Ochoa Lima Enith Maricela (2018) http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16884/1/T-UCE-0007-CPS-061.pdf	Analizar las afectaciones en el nivel de autoestima en pacientes con quemaduras graves de segundo y tercer grado.	Investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo, con método científico, estadístico.	La escala de Rosenberg, ficha nemotécnica, consentimiento informado. Aplicados en una muestra de 15 pacientes. La investigación muestra que existe afectación del 73% de los pacientes en los niveles de autoestima siendo esta baja o media, siendo en su mayoría hombres los afectados y con mayor prevalencia las causas térmicas con el 47%.
3	Corporeidad en pacientes	Santiago Santos Leticia	Conocer el significado que tienen los	Investigación de tipo cualitativo y exploratorio	Resultados: Se encontró que el aspecto físico los sujetos no mostraron mayor problema en cuanto a lo físico, sin embargo si a al utilizar el

	quemados Autopercepción de los pacientes quemados antes y después de sufrir unas quemaduras “Experiencias que cambian vidas”		pacientes que han sufrido algún tipo de quemadura de su cuerpo desde las cuatro esferas: físico, psicológico, social y espiritual.		cuerpo, ya que en el área de quemadura se perdió una parte de la fuerza y sensibilidad de la extremidad , por otro lado en lo psicológico y espiritual, se menciona que pasaron por un proceso de duelo, culpabilidad y negación por el accidente que les ocasionó la quemadura, siendo que por ello se acercaron más a la parte religiosa, así mismo en la parte social se encontró que los amigos, la familia, amigos, etc. los ayudaban a salir adelante y tener más fuerza para su recuperación. Conclusión los sujetos que se enfrentan con algún tipo de quemadura no importa cuál sea la etiología, ni el grado de esta, siempre va a tener secuelas y repercusiones tanto físicas, psicológicas, espirituales y sociales la gravedad de cada una de ellas dependerá del significado que les sea asignado por el sujeto en cuestión.
4	Estrategias de afrontamiento y reacciones de estrés de pacientes en situación de hospitalización por quemaduras de tercer grado en el servicio de	Cáceres Pérez, Marco Antonio (2018)	Determinar las estrategias de afrontamiento y reacciones de estrés de pacientes en situación de quemaduras de tercer grado, hospitalizados en el Hospital Carlos Andrade Marín, a través de la aplicación de dos reactivos	La investigación es descriptiva – transversal, no experimental	Se concluye que las principales reacciones de estrés de los pacientes en situación de hospitalización son: estar separado de sus hijos o de personas que atiende normalmente, estar hospitalizado lejos de casa, no saber con seguridad como se quedará después de la operación, no saber cuándo le darán el alta y tener que ser ayudado para ir al baño. Además, las principales estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes en situación de hospitalización por quemaduras de tercer grado son las centradas en el problema, siendo la aceptación, el afrontamiento activo y la reevaluación positiva las más usadas; y de las estrategias centradas en la emoción la que

	quemados del Hospital Carlos Andrade Marín, periodo febrero – abril 2018		psicológicos en conjunto con una ficha sociodemográfica		mayor frecuencia es utilizada es la religión.
5	Plan de atención psicosocial enfermera dirigido a pacientes en situación aguda con el diagnóstico NANDA “Trastorno de la imagen corporal”.	Baeyens Gracia, Ana Muro Baquero, Carmen Magdalena (2018)	Elaborar un plan de atención de enfermería estandarizado dirigido a pacientes adultos diagnosticados, según la taxonomía NANDA, de “Trastorno de la imagen corporal”	Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas para analizar la literatura existente acerca del Trastorno de la imagen corporal en pacientes de las características comentadas, revisar su contenido y adecuación al tema y elaborar un plan de cuidados basado en instrumentos de valoración, válidas y de interés para el tema de estudio	Concluyen que el paciente con Trastorno de la imagen corporal ve afectada su calidad de vida, no solo por las secuelas físicas provocadas por el trauma, sino también por el componente psicológico derivado de ellas. Tan importante es el brindar atención psicosocial durante la estancia hospitalaria como de atender a la rehabilitación física.
6	Efecto de las curaciones en la resiliencia e	Villanueva Arias, Danna Melani (2020)	Determinar el efecto de las curaciones y/o procedimientos en la resiliencia e	Estudio descriptivo, cuantitativo, correlacional y transversal	Resultados se obtuvo que 26.3% fueron pacientes entre 32 – 38 años de edad, sexo femenino (57.8%), teniendo quemaduras con una extensión de 2% a 5% de superficie corporal, con una profundidad de espesor

	imagen corporal del paciente quemado en el Hospital Regional Cusco, enero- junio 2020		imagen corporal del paciente quemado durante su hospitalización		completo (52.6%) y con visibilidad de la lesión en un 84.2%. Un menor número de curaciones se asocia a un nivel escaso de resiliencia (50%) (p=0.003), correlacionándose con un mayor número de procedimientos como son las limpiezas quirúrgicas y colocación de injertos implican un mayor nivel de resiliencia (62.5%) p=0.001 y (57.1%) p=0.000 respectivamente. En cambio, al realizarse el mayor número de curaciones se asocia a una satisfacción con la apariencia corporal (60%) (p=0.005), así mismo un menor número de limpiezas quirúrgicas implican una insatisfacción con la apariencia corporal (64.2%) (p=0.000). Conclusiones: La resiliencia y la imagen corporal, son aspectos que cambian constantemente con las curaciones y procedimientos que se les realizan a los pacientes quemados.
7	Ajuste psicosocial del paciente gran quemado. Revisión bibliográfica	Alba Santacruz Rosa (2019)	Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica en inglés o castellano para describir y analizar los aspectos más relevantes acerca del ajuste psicosocial del paciente gran quemado.	Se realizó una búsqueda bibliográfica retrospectiva de los artículos en inglés o español publicados entre los años 2009 y 2019 en las bases de datos/ buscadores: PUBMED, SCIELO, DIALNET, LILACS, IBECs y ENFISPO, usando los descriptores	Se seleccionaron 36 artículos, generándose 3 categorías de análisis: aspectos psicosociales del paciente gran quemado, impacto en la calidad de vida y actuación de los profesionales sanitarios y, concretamente, del personal de enfermería. Se concluyen que existen diversos factores que influyen en el ajuste psicosocial tras las quemaduras, afectando a la calidad de vida del paciente. Las necesidades psicosociales deben incorporarse como parte esencial de las estrategias sanitarias a través de un enfoque holístico y ser evaluadas durante todo el periodo de recuperación.

				<p>“burns/quemaduras”, “psychology/psicología”, “nursing/enfermería”, “social support/soportesocial”, “psychosocial impact/ impacto psicosocial” y “quality of life/calidadde vida”. Así mismo, se realizó una búsqueda manual en la Revista ROL deEnfermería y se consultaron las páginas web de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Estadística.</p>	
--	--	--	--	---	--

ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE
LA IMAGEN CORPORAL ANTE UNA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO
PROFUNDO Y TERCER GRADO.

Consentimiento Informado

Fecha: _____

A quien corresponda:

Yo, por voluntad propia doy mi consentimiento a participar en el estudio de investigación por medio de esta encuesta de “Afrontamiento de la imagen corporal en las personas con quemaduras de segundo y tercer grado en un hospital de tercer nivel de atención” por parte de Pasantes del Servicio Social de Enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; con el objetivo de Identificar cual es el tipo de afrontamiento con respecto a la imagen corporal de las personas que reciben el cuidado ante una quemadura de segundo grado profundo y tercer grado, atendidas en el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ).

Así mismo, me han informado que los datos de la presente encuesta serán utilizados con fines académicos, por lo que serán tratados y custodiados con respeto a su intimidad, de tal forma que la información contenida en el cuestionario se mantendrá en completa confidencialidad. Además, comprendo tener derecho a cancelar o rectificar dicha información y que en ningún momento mis datos serán utilizados para otros fines no descritos en la presente hoja.

Firmo de manera voluntaria el presente consentimiento.

Firma del participante

Firma del testigo

Anexo 3. Instrumento validado

Escala Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Roy; 2004). Para la población mexicana.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ENFERMERÍA
MACROPROYECTO NEEGSP- UNAMSDI.PTID.05.3.**

**ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN
PARA POBLACIÓN MEXICANA.**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.- Folio _____ Encuestador _____

2.- Fecha de primera consulta al INCAN _____

3.- Edad _____ 4.- Peso _____ 5.-Estatura _____ Fecha _____

- Folio -
- Fecha de primera consulta al INCAN -

Marque con una X la respuesta a las siguientes preguntas.

6.- Estado civil. Soltera () Casada () Divorciada () Viuda () Unión libre

7.- Escolaridad. Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura ()

Carrera técnica () Otra ()

8.- Lugar de residencia DF () Estado México ()

9.- Actualmente tiene pareja. Si () No ()

10.- Vive con su pareja. Si () No ()

11.- Ocupación. Trabaja () Ama de casa () ambas ()

12.- ¿Alguno de sus familiares tuvo o tiene cáncer? Si () No () parentesco

13.- Tiempo en meses de haber sido diagnosticada _____

14.- ¿El personal de salud le informo el tipo de cáncer que tiene? Si () No ()

- 15.- ¿El lenguaje que utilizaron fue comprensible para usted? Si () No ()
- 16.- Escriba el diagnóstico que le dieron _____
- 17.- ¿Padece otra enfermedad además del cáncer? Si () No () _____
- 18.- ¿Tiene hijos? Si () No ()
- 19.- ¿Vive sola? Si () No ()
- 20.- ¿Pertenece algún grupo de apoyo? Si () No ()

Objetivo del instrumento, Identificar el proceso de afrontamiento y adaptación en mujeres mexicanas con cáncer de mama.

Instrucciones: Por favor lea la oración entrecomillada detenidamente, es complemento de las siguientes oraciones, coloque en el paréntesis el número que considere usted como su respuesta personal

“Cuando tengo una crisis, ó una experiencia extremadamente difícil, Yo...”

ITEMS.	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi nunca 3	Siempre 4
1....puedo seguir muchos caminos al mismo tiempo, aun en una crisis.	()	()	()	()
2....generalmente se me ocurre una nueva solución para cada nuevo problema.	()	()	()	()
3....reconozco el problema, y trato de comprenderlo en su totalidad.	()	()	()	()
4....reúno la mayor cantidad de información que me sea posible para aumentar mis opciones.	()	()	()	()
5....comúnmente tengo dificultad para terminar tareas o proyectos.	()	()	()	()
6....trato de recordar las soluciones que me han servido en el pasado	()	()	()	()
7....generalmente, trato de que todo salga como yo quiero.	()	()	()	()
8...no puedo pensar si no únicamente en lo que me esta molestando.	()	()	()	()
9...me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	()	()	()	()
10....identifico cómo quiero que sea el resultado de la situación y después veo como lo lograré.	()	()	()	()
11....soy menos eficiente cuando estoy bajo estrés.	()	()	()	()

12....me tomo todo el tiempo que sea necesario, y no hago nada hasta que conozco bien la situación.	()	()	()	()
13....siento que esta situación es demasiado compleja para que yo la pueda manejar.	()	()	()	()
14. ...pienso en el problema cuidadosamente, paso a paso	()	()	()	()
15....siento que comienzo a actuar más lentamente sin razón aparente.	()	()	()	()
16.... me esfuerzo en orientar mis sentimientos para crear una propuesta positiva.	()	()	()	()

“Cuando tengo una crisis, ó una experiencia extremadamente difícil, Yo...”

	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi siempre 3	Siempre 4
17....me pongo activa y alerta todo el día, mientras dura la crisis.	()	()	()	()
18.... no me dejo llevar por mis sentimientos y me vuelvo mas objetiva con la situación.	()	()	()	()
19....mantengo mis ojos y oídos bien abiertos para cualquier cosa relacionada con la situación.	()	()	()	()
20....tiendo a exagerar mis reacciones al principio de la situación.	()	()	()	()
21....recuerdo lo que me ayudo en experiencias pasadas.	()	()	()	()
22....pongo al evento de frente, viéndolo como en realidad es.	()	()	()	()
23.... me paralizó y siento confusión por lo menos por un momento.	()	()	()	()
24.... me cuesta trabajo decir cual es el verdadero problema.	()	()	()	()
25.... soy bueno para manejar problemas complicados.	()	()	()	()
26....trato de conseguir más recursos para enfrentar mejor la situación.	()	()	()	()
27.... puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos.	()	()	()	()
28.... uso mi sentido del humor para manejar mejor la situación.	()	()	()	()
29....estoy dispuesto a realizar cambios totales en mi vida con tal de salir de esta crisis.	()	()	()	()
30....trato de mantener un equilibrio entre la actividad y el descanso.	()	()	()	()
31....soy más eficiente bajo estrés.	()	()	()	()
32.... puedo relacionar lo que esta sucediendo con mis experiencias pasadas, ó sino también, relacionarlo con planes futuros.	()	()	()	()
33....tiendo a culparme por cualquier dificultad que me ocurra.	()	()	()	()

34....trato de generar y proponer nuevas soluciones.	()	()	()	()
--	-----	-----	-----	-----

“Cuando tengo una crisis, ó una experiencia extremadamente difícil, Yo...”

	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
35.... no obtengo ningún beneficio de mis experiencias pasadas.	()	()	()	()
36.... aprendo de las soluciones que les han funcionado a otras personas.	()	()	()	()
37....veo la situación de manera positiva, como si esta fuera una oportunidad ó un cambio.	()	()	()	()
38....imagino una gran cantidad de soluciones para resolver la situación, incluso hasta las más difíciles de llevar a cabo.	()	()	()	()
39....siento cambios en mi actividad física.	()	()	()	()
40....domino la situación analizando rápidamente los detalles, mientras estos van ocurriendo.	()	()	()	()
41....trato de tener todo claro antes de hacer cualquier cosa.	()	()	()	()
42.... tiendo a enfrentar la crisis de inmediato	()	()	()	()

“Cuando tengo una crisis, ó una experiencia extremadamente difícil, Yo...”

	Nunca 1	Casi nunca 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
43....siento que me enfermo de inmediato.	()	()	()	()
44....adopto rápidamente alguna nueva táctica, siempre y cuando resuelva la situación.	()	()	()	()
45.... a menudo me rindo fácilmente.	()	()	()	()
46....desarrollo un plan con varios pasos para enfrentar la situación.	()	()	()	()
47....siento que me hago muchas ilusiones de cómo resultaran las cosas.	()	()	()	()

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Iniciales de nombre: _____ 2. Fecha de Nacimiento: _____
3. Registro: _____ 4. Edad: _____ 5. Género: _____
6. Ocupación: _____ 7. Estado Civil: _____
8. Escolaridad: _____ 9. Comorbilidad: _____
10. Diagnostico Medico: _____
11. Tipo de quemadura: _____
12. Área de superficie corporal: _____
13. Servicio: _____ 14. Fecha de ingreso: _____
15. ¿Alguno de sus familiares ha sufrido alguna quemadura de segundo grado profundo o tercer grado?

16. ¿Pertenece algún grupo de apoyo? _____

Objetivo del instrumento, Identificar el proceso de afrontamiento y adaptación en personas que han sufrido de una quemadura de segundo grado profundo o tercer grado.

Instrucciones: Por favor lea la oración entrecorrida detenidamente, es complemento de las siguientes oraciones, marque la casilla del número que considere usted como su respuesta personal.

“Cuando tengo una crisis, o una experiencia extremadamente difícil, Yo...”

ITEMS.	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	CASI SIEMPRE 3	SIEMPRE 4
1....puedo seguir muchos caminos al mismo tiempo, aun en una crisis.				
2....generalmente se me ocurre una nueva solución para cada nuevo problema.				
3....reconozco el problema, y trato de comprenderlo en su totalidad.				
4....reúno la mayor cantidad de información que me sea posible para aumentar mis opciones.				

5....comúnmente tengo dificultad para terminar tareas o proyectos.				
6...trato de recordar las soluciones que me han servido en el pasado				
7.....generalmente, trato de que todo salga como yo quiero.				
8...no puedo pensar si no únicamente en lo que me está molestando.				
9....me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.				
10...identifico cómo quiero que sea el resultado de la situación y después veo como lo lograré.				
11....soy menos eficiente cuando estoy bajo estrés.				
12....me tomo todo el tiempo que sea necesario, y no hago nada hasta que conozco bien la situación.				
13....siento que esta situación es demasiado compleja para que yo la pueda manejar.				
14. ...pienso en el problema cuidadosamente, paso a paso				
15....siento que comienzo a actuar más lentamente sin razón aparente.				
16... me esfuerzo en orientar mis sentimientos para crear una propuesta positiva.				

“Cuando tengo una crisis, o una experiencia extremadamente difícil, Yo...”

	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	CASI SIEMPRE 3	SIEMPRE 4
17....me pongo activa y alerta todo el día, mientras dura la crisis.				
18... no me dejo llevar por mis sentimientos y me vuelvo más objetiva con la situación.				
19...mantengo mis ojos y oídos bien abiertos para cualquier cosa relacionada con la situación.				

20....tiendo a exagerar mis reacciones al principio de la situación.				
21....recuerdo lo que me ayudo en experiencias pasadas.				
22....pongo al evento de frente, viéndolo como en realidad es.				
23.... me paralizó y siento confusión por lo menos por un momento.				
24.... me cuesta trabajo decir cuál es el verdadero problema.				
25.... soy bueno para manejar problemas complicados.				
26....trato de conseguir más recursos para enfrentar mejor la situación.				
27.... puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos.				
28.... uso mi sentido del humor para manejar mejor la situación.				
29....estoy dispuesto a realizar cambios totales en mi vida con tal de salir de esta crisis.				
30....trato de mantener un equilibrio entre la actividad y el descanso.				
31....soy más eficiente bajo estrés.				
32.... puedo relacionar lo que está sucediendo con mis experiencias pasadas, o relacionarlo con planes futuros.				
33....tiendo a culparme por cualquier dificultad que me ocurra.				
34....trato de generar y proponer nuevas soluciones.				

“Cuando tengo una crisis, o una experiencia extremadamente difícil, Yo...”

	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	CASI SIEMPRE 3	SIEMPRE 4
35.... no obtengo ningún beneficio de mis experiencias pasadas.				
36.... aprendo de las soluciones que les han funcionado a otras personas.				

37....veo la situación de manera positiva, como si esta fuera una oportunidad o un cambio.				
38....imagino una gran cantidad de soluciones para resolver la situación, incluso hasta las más difíciles de llevar a cabo.				
39....siento cambios en mi actividad física.				
40....domino la situación analizando rápidamente los detalles, mientras estos van ocurriendo.				
41....trato de tener todo claro antes de hacer cualquier cosa.				
42.... tiendo a enfrentar la crisis de inmediato				

“Cuando tengo una crisis, o una experiencia extremadamente difícil, Yo...”

	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	CASI SIEMPRE 3	SIEMPRE 4
43....siento que me enfermo de inmediato.				
44....adopto rápidamente alguna nueva táctica, siempre y cuando resuelva la situación.				
45.... a menudo me rindo fácilmente.				
46....desarrollo un plan con varios pasos para enfrentar la situación.				
47....siento que me hago muchas ilusiones de cómo resultaran las cosas.				

Anexo 5. Cronograma de actividad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																																	
		1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11							
ACTIVIDADES	MES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO							
	SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44				
Revisión bibliográfica																																																	
Establecimiento y validación de idea																																																	
Justificación																																																	
Planteamiento del problema																																																	
Pregunta de investigación																																																	
Objetivos																																																	
Marco teórico																																																	
Marco conceptual																																																	
Marco referencial																																																	
Metodología																																																	
Aplicación del instrumento																																																	
Procesamiento de datos, tabulación e interpretación de la información																																																	
Análisis de resultados																																																	
Informe final																																																	
		REVISIÓN POR MES				AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO																																	
		Asesora: MTRA. MARIBEL AGUILERA RIVERA Dr. MARTIN PANTOJA HERRERA					26	31	28	26	30	27	27	24	29	26																																	

