



**INSTITUTO DE ESTUDIOS
AVANZADOS UNIVERSITARIOS**

**INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8955**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**QUEMADURAS Y SU RELACION CON EL
SUFRIMIENTO PSICOLOGICO**

**TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PRESENTA
IRENE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**

**ASESORA
M.E. CRISTOBALINA MIRANDA FORES**

PUEBLA, PUE.

ENERO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Titulo

(Nombre)
Presidente

(Nombre)
Secretario

(Nombre)
Vocal 1

(Nombre)
Vocal 2

(Nombre)
Asesora de Tesis

Agradecimientos

Agradezco a mi asesora M.E. Marisol Celis García por sus aportaciones profesionales, pensamientos e ideas para lo que hoy he logrado finalizar.

Agradezco a mis padres e hijo por ser motivación de superación y a cada persona que colaboro para este estudio.

Resumen

Introducción: 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. Durante la hospitalización las lesiones por quemaduras conllevan dificultades psicológicas, afectando la forma en que funciona la mente, el estado de ánimo se ve afectado, con alteración en la dieta, la relación de sí mismo y con los demás, disminuye la concentración y aumentó del dolor. Las lesiones por quemaduras en los pacientes suelen pasar por dificultades durante su recuperación a largo plazo hospitalario y posterior a su lesión.

Objetivo: Identificar como es el sufrimiento psicológico en el paciente hospitalizado por quemaduras y del familiar a cargo del paciente.

Métodos: La población está conformada por pacientes quemados que acuden por atención hospitalaria a un Hospital Público al Norte de la Ciudad de Puebla. El muestreo del presente estudio será aleatorio simple; en donde la muestra se calculó usando la fórmula de proporción para una población finita del programa Excel.

Resultados: Los resultados muestran una correlación significativa entre las categorías del diseño de nuestra variable y del contexto familiar en modos de adaptación.

Conclusiones: El estudio realizado a los pacientes quemados y a su familiar permite conocer el problema de salud en sus diferentes dimensiones. El sufrimiento es una experiencia que se presenta acompañado con problemas para el paciente y su familia.

Palabras clave: Quemaduras, Sufrimiento Psicológico.

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	6
1.2 Propósito	8
1.3 Marco Conceptual	8
1.4 Estudios Relacionados	12
1.5 Definición Operacional	16
1.6 Objetivo General	16
1.7 Objetivos Específicos	16
CAPÍTULO II	
Metodología	
2.1 Diseño de Estudio	17
2.2 Población, Muestreo y Muestra	17
2.3 Criterios de la Inclusión	17
2.3.1 Criterios de Exclusión	17
2.3.2 Criterio de Eliminación	17
2.4 Instrumentos de Medición	18
2.5 Procedimiento para la recolección de datos	19
2.6 Ética de Estudio	21
2.7 Estrategias de Análisis	23
CAPÍTULO III	
Resultados	
3.1 Estadística Descriptiva	24
3.2 Confiabilidad de los Instrumentos	30
CAPÍTULO IV	
Discusión	
4.1 Limitaciones	35
4.2 Conclusiones	35
4.3 Recomendaciones	36
4.4 Referencias Bibliográficas	38
APÉNDICES	
A.	41
B.	42
C.	43

Capítulo 1

1.1 Planteamiento del problema

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. Produce 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.¹

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) las quemaduras provocan alrededor de 180 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajos y medianos en casi dos tercios en las regiones de África y de Asia Sudoriental. 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.²

En México, en el año 2017 las quemaduras fueron las causas más frecuentes de atención médica, en el país se reportaron alrededor de 16 133 casos de quemaduras en menores, 623 casos en menores de 1 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.³

En Puebla, la tasa de morbilidad por quemaduras en hombres es de 65%, mujeres 35%, niños de 0 a 9 años 2%, adultos 60 años y más 12% teniendo lugar de ocurrencia la vivienda particular y área comercial.⁴

Durante la hospitalización las lesiones por quemaduras conllevan dificultades psicológicas como el sufrimiento humano que va más allá de los factores fisiológicos, afectando la forma en que funciona la mente, por ejemplo; el estado de ánimo se ve afectado, debilitado, con alteración en la dieta, la relación de sí mismo y con los demás, problemas de la memoria, disminuye la concentración y aumentó del dolor. Conceptualmente el dolor se describe como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño actual o potencial”. Dado que el dolor, en parte, es una experiencia emocional, se debe reconocer que en su modulación participan procesos de aprendizaje neurobiológicos, psicológicos y cambios sociales que van adquiriendo mayor importancia en la medida que el dolor se mantiene con el tiempo.⁵

Las lesiones por quemaduras en los pacientes suelen pasar por dificultades durante su recuperación a largo plazo hospitalario y posterior a su lesión, cada persona experimenta de manera diferente el sufrimiento psicológico. Las personas que han sufrido lesiones por quemaduras mencionan que sienten; tristeza, ansiedad, sin esperanzas, solas, malestar por depender de otros, alejadas de la familia, nerviosas, dificultad para dormir ya que reviven lo ocurrido o por cuestiones económicas. Durante su recuperación hospitalaria el paciente puede concentrarse por varios días o semanas en las lesiones lo que aumenta el sufrimiento psicológico.⁶

La importancia del estudio se realiza como un acercamiento para poder comprender el sufrimiento psicológico del paciente quemado y como esto repercute en su día a día, para brindar una atención y mejora en el área de enfermería con los pacientes que ingresan al área de quemados. Por lo que debemos dejar que el paciente y el familiar expresen sus emociones desde el primer día en el hospital. Así mismo durante la hospitalización el paciente interactúa con profesionales de la salud y personas externas como acompañamiento emocional. Una vez el paciente egresado de la unidad hospitalaria, lleva una colaboración en su rehabilitación de su imagen que le permitirá la reintegración a la sociedad.

1.2 Propósito

Identificar las características del sufrimiento en los pacientes quemados.

1.3 Marco Teórico

El presente estudio se realiza con fundamentos en el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, la cual describe como al ser humano un ser biopsicosocial que se relaciona constantemente con su entorno. Esta relación se lleva a cabo mediante la adaptación que, para la autora, debe darse en cuatro esferas diferentes: En primer lugar: Modo Fisiológico y físico de adaptación, segundo lugar: Modo de adaptación del auto-concepto, En tercer lugar: Modo de Adaptación de función del rol, Cuarto lugar: Modo de adaptación de la interdependencia.⁷

La vivencia de un proceso crítico en la Unidad de Quemados para el paciente y su familia conlleva sufrimiento y adaptación al comprender el proceso salud-enfermedad bajo situaciones de crisis en el ámbito hospitalario. Las quemaduras de un paciente causan daño emocional, biológico y social y esto trae consigo sufrimiento al afrontar cambios físicos inesperados en la vida personal y familiar. Esta alteración física vulnera y prolonga la enfermedad por un desequilibrio en la autoestima, situaciones de incertidumbre, dolor y frustración. El sufrimiento aumenta con las intervenciones que se le realizan quirúrgicamente como lo son los desbridamientos y cambios posturales que son fundamentales para la cicatrización de las heridas, estos estímulos de dolor y sufrimiento deben de ser combatidos con fármacos, el personal de enfermería debe contar con la capacidad de afrontar las necesidades de los pacientes y empatizar con el sufrimiento que este experimenta y manifiesta con alteraciones en la temperatura, presión arterial, un grado de ansiedad que no les permite el descanso psicológico.

El personal de enfermería debe de establecer una relación con el paciente y el familiar para determinar la capacidad de afrontamiento para lograr una adaptación y facilitar la práctica en los cuidados de enfermería, es importante que el paciente exprese todas sus inquietudes de su enfermedad y tratamiento, esto nos ayuda como cuidadores de la salud conocer el grado de cultura y de esta forma poder abordar las alteraciones y las dificultades que se vayan presentando durante su estancia hospitalaria. El acompañamiento psicológico debe de ser oportuno en el área de quemados por las alteraciones emocionales y sociales resultado del trauma.

El personal de enfermería conlleva un papel fundamental en el paciente quemado por la cantidad de tiempo que esté pasa en contacto con él, el abordaje es esencial para poder detectar alteraciones emocionales, vulnerabilidad física y cambios permanentes visibles en su cuerpo.

La imagen corporal en el paciente quemado puede generar sufrimiento psicológico con efectos de larga duración por los factores que este genera, alteraciones en la pigmentación, alopecia, cicatrices, amputaciones, prurito y dolor neuropático. El sufrimiento psicológico en los pacientes quemados no se vincula con la lesión, sino por la percepción de la sociedad ante está generando emociones de vergüenza, rechazo y culpa.

Los familiares son primordiales en el proceso de adaptación para poder establecer confianza, comprensión, motivación y acompañamiento espiritual y poder generar un vínculo de autoconfianza a largo plazo. El sufrimiento psicológico influye en la autoestima del paciente afectando más aun sector de la población. El paciente femenino y en edad reproductiva se ve más afectada en la reintegración social por la apariencia física causada por las cicatrices visibles del cuerpo, el acompañamiento de la familia o pareja debe de ser esencial para ayudar a la mejora del paciente. El familiar debe de adaptarse a los cambios conductuales y emocionales de tal forma que pueda manejar el sufrimiento y preocupaciones del paciente que está pasando por momentos difíciles hasta llegar a la recuperación de la enfermedad.

El personal de enfermería en la Unidad de Quemados puede recurrir a estrategias de apoyo emocional en el entorno del paciente, intercambiando experiencias y vivencias que puedan generar estímulos interpersonales, logrando sentirse comprendidos por personas que están cursando por la misma enfermedad traumática y poderse adaptar a la reintegración social sintiéndose en confianza y comprendidos.

Desde que el familiar comienza a experimentar los cuidados y al volverse cotidianos se van adaptando a un rol, que le permite generar habilidades e integrarse a la recuperación y lo hará con la intención de cuidar de la mejor manera posible a su paciente quemado, mientras cursan con el proceso de adaptación. Es importante que el personal de enfermería haga reconocer al familiar la importancia y el vínculo que se genera entorno al paciente y la interacción de los demás integrantes de la familia haciendo más dinámico sus emociones.

El personal de enfermería dentro de las funciones puede capacitar al cuidador con información precisa para brindar un mejor cuidado, vencer miedos y falsas creencias.

Estos van desde cambios de pañal, alimentación, cambios de posición, cuidados simples que a su egreso hospitalario le pueden ayudar en su vida cotidiana, esto permite identificar el compromiso familiar.

La aceptación es el resultado de una experiencia positiva después de un trauma por quemadura inicia desde la sobrevivencia, fortaleciendo su autoconfianza y permitiendo las relaciones interpersonales como apoyo emocional, inhibiendo el sufrimiento psicológico generando emociones positivas de mejoría.

Figura 1.1



Imagen Representación diagramática de los Sistemas Adaptativos Humanos Sor Callista Roy.

1.4 Estudios Relacionados

Los autores James Fauerbach, Ph.D.; Shelley Wiechman, Ph.D.; y Shawn Mason, Ph.D., en colaboración con el Sistema Modelo de Lesiones por Quemadura. En el 2016 realizaron un estudio llamado “*El sufrimiento psicológico después de una lesión por quemadura*” La presente información es de contenido informativo se preparó gracias a la subvención 90DP0082 del Instituto Nacional para la Investigación sobre Discapacidad, Vida Independiente y Rehabilitación (NIDILRR). Base a la población de las personas hospitalizadas por quemadura mencionan haber cursado con sufrimiento psicológico después de su lesión.

El resultado obtenido fue Terapia cognitiva conductual y Control del estrés: Aprender técnicas como respiración profunda, meditación o “vivir en el momento presente” son estrategias de afrontamiento, como la resolución activa de problemas. Destrezas sociales y de comunicación: por ejemplo, aprender nuevas destrezas para controlar la angustia que puede sentir cuando otras personas le pregunten sobre el accidente o cuando reaccionen ante los cambios que la lesión provocó en su aspecto físico.⁶

Los autores Lucely Obando Cabezas, Edward Javier Ordóñez de la Universidad Santiago de Cali, Colombia. En el año 2020 realizaron un estudio llamado el estudio fue realizado en una Institución perteneciente a la Red de Salud Pública de Cali, con un modelo de atención de doble carácter, docente y asistencial. El resultado obtenido de este estudio en los modelos de intervención psicológica más destacados es la psicoterapia de apoyo, psicoeducación, terapia cognitiva, intervención familiar, que es absolutamente necesaria realizar una intervención psicológica al paciente quemado, la cual debe proporcionarle al paciente atendido recursos cognitivos, emocionales y materiales que le conceda capacidad para adaptarse a los cambios y pérdidas que benefician su condición de salud.⁸

La autora Alba Santacruz Rosa en el año 2019 realizó un estudio llamado “*Ajuste Psicosocial del Paciente Gran Quemado Revisión Bibliográfica*”. En el cual realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica y analiza aspectos psicosociales del paciente gran quemado teniendo como resultado poca documentación que hablen sobre las habilidades psicosociales en enfermería, por lo que recomienda para la práctica intervenciones precoces mediante la aplicación

de un enfoque multidisciplinar con el fin de detectar alteraciones psicosociales del paciente gran quemado.⁹

Las autoras Ana Karina Rojas Cebrero, Irma Romero Pérez realizaron en el año 2010 un estudio llamado *“Quemaduras: experiencia de vida”* el tipo de abordaje en la entrevista fueron: las condiciones hospitalarias, el tratamiento, la rehabilitación, su incorporación a la vida cotidiana después del accidente, su identidad e imagen corporal en relación con el otro, así como las relaciones sociales. La muestra estuvo conformada por ocho casos, seis hombres y dos mujeres, quienes tenían alrededor de un año de haberse lesionado severamente. Asimismo, sus lesiones se encontraban en áreas corporales con gran significado social como la cara, los brazos y el torso, entre otros. Los resultados obtenidos se concentran en dos categorías: a) la identidad, en referencia a como lo asumen los informantes, b) las relaciones sociales para los informantes son importantes, por lo que es fundamental un proceso de rehabilitación integral para este padecimiento que tiene complicaciones a nivel social y de identidad.¹⁰

La autora Bonifanti Paula en el año 2020 realizó un estudio llamado *“Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras”*. La participación fue realizada en pacientes internados en el Servicio de Quemados “Hospital Córdoba” a raíz de haber sufrido diferentes tipos de quemaduras, arribando a los siguientes datos: Las siete pacientes, el 100% de los casos, han manifestado o presentado indicadores vinculados a alguno de los tres factores emocionales elegidos: miedo, ansiedad y depresión. Cuatro de ellas han expresado miedo, correspondiente al 57,14% de casos; seis de las pacientes ansiedad, lo que corresponde al 85,71% de

los casos; y seis de ellas han manifestado depresión, igualmente correspondiente al 85,71%. Por lo que, entre los seleccionados, ansiedad y depresión serían los de mayor predominancia.

Es importante destacar también que tres pacientes han manifestado dos factores emocionales a lo largo de su internación, lo que corresponde al 42,85% de casos; y en otras tres pacientes se han observado los tres factores emocionales, siendo también el 42,85%. El resultado de este estudio es la importancia de incorporar la figura del psicólogo en el acompañamiento y asistencia en el servicio de quemados, así como equipos conformados que beneficiaran al paciente.¹¹

Los autores Malvin Rodríguez Vargas + et al. Realizaron un estudio llamado *“Alteraciones psicológicas en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria”* en el Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba 2019. Obteniendo como resultado un desarrollo en cinco periodos (primero: 1-7 días, segundo: 8-14 días, tercero: 15-21 días, cuarto: > 21 días y quinto > 45 días). Las alteraciones psicológicas fueron la variable de estudio, los siguientes trastornos que más predominaron ansiedad, tristeza y alteración de las necesidades del sueño en los cinco periodos de evaluación. Alcanzaron la ansiedad (80%), tristeza (89%) y la alteración de las necesidades del sueño (85%) sus mayores valores porcentuales en el primer periodo. Los antecedentes patológicos personales (APP) se determinaron como un factor de riesgo para presentar ansiedad (OR=3,37; IC 95%=1,40-8,11) y tristeza (OR=3,55; IC 95%=1,49-8,42), de igual forma en el primer periodo.¹²

1.5 Definición Operacional

Quemaduras: es el resultado de la afectación de los tegumentos hasta la destrucción total de los tejidos o falla orgánica.

Sufrimiento Psicológico: situación emocional que enfrenta el paciente y el familiar; afecta el pensamiento llevando a un estado de ánimo debilitado, dificultando la relación de sí mismo y con los demás, disminuye la concentración y aumenta el dolor.

1.6 Objetivo General

Identificar como es el sufrimiento psicológico en el paciente hospitalizado por quemaduras y del familiar a cargo del paciente.

1.7 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Describir como es el sufrimiento psicológico.
- Identificar las condiciones que generen el sufrimiento psicológico en el paciente quemado y su familiar.
- Identificar si el sufrimiento psicológico es detonante para el impedimento en la vida social.

CAPITULO 11

2.1 Diseño de Estudio

El tipo de estudio es cuantativo no experimental porque nos permite conocer la percepción de los pacientes en la Unidad de Quemados y su familia sobre el entorno y adaptación sobre la lesión causada por una quemadura.

2.2 Población, Muestreo y Muestra

La población está conformada por pacientes quemados que acuden por atención hospitalaria a un hospital público del Norte de la Ciudad de Puebla. El muestreo del presente estudio será aleatorio simple; en donde la muestra se calculó usando la fórmula de proporción para una población finita, con una $p= 0.5$ y $q = 0.5$ con intervalo de confianza del 95% ($Z=1.96$) y un límite de error estimado de $0=0.03$ ($\pm 3\%$), obteniendo una muestra de 40 personas seleccionando a adultos mayores de forma aleatoria, misma que consta de 38 participantes.

2.3 Criterios de la Inclusión

Cualquier tipo de población mayor de edad hombres y mujeres que presentan lesiones por quemaduras en zonas anatómicas del cuerpo que pasan sufrimiento psicológico en un Hospital Público del Estado de Puebla y que quieran participar en el estudio.

2.3.1 Criterios de Exclusión

Cualquier persona que no presente padecimiento psicológico, quemaduras, discapacidad de lenguaje, menores de edad y quienes no quieran participar el estudio.

2.3.2 Criterio De Eliminación

Cualquier cuestionario que este contestado de manera incompleta o imposibilitado de entender.

2.4 Instrumentos de Medición

Para el presente estudio se utilizará una Cédula de Datos Personales (Apéndice B) y un instrumento de lápiz y papel, la Cédula de Datos Personales (CDP) está conformada por 21 items que describen las características únicas según los pacientes con quemadura como son: genero, edad, religión, ocupación, nivel de estudios, estado civil, datos diagnósticos de la enfermedad, datos de confort, entre otros.

La variable de automanejo será evaluada a través de la “Escala del Sufrimiento Basado en los Cuidados Paliativos” (Efficacy of Palliative Care in Pain Relieving) Programa Argentino de Medicina Paliativa.¹³ En dicho hospital, cada mes se atienden 32 pacientes -6 son de primera consulta- en el consultorio externo de cuidados paliativos, y cada año se llega a un total de 384 enfermos -72 de primera consulta-. A partir de estos datos estadísticos oficiales del hospital se calculó el número de pacientes requeridos para la investigación. Concretamente, siguiendo la Tabla de Friedman, para lograr una potencia del 80 % con un valor de alfa de Cronbach de 0,05 se requiere una muestra de 25 pacientes, el tamaño de la muestra suele ser habitualmente limitado.

El instrumento de medición se encuentra en cinco apartados con reactivos a seleccionar así como reactivos abiertos para dar su expresión y conocer su integridad: el primero describe los datos personales en seis reactivos de los cuales pueden ser variables en género y edad entre otros, el segundo son datos diagnósticos de la enfermedad y estancia hospitalaria, el tercero son datos de confort: donde el paciente mide su dolor con una escala de crónico a ninguno, síntomas emocionales, tipo de carácter y consumo de sustancias, el cuarto son los datos emocionales: donde puede expresar como se visualiza en su imagen y sentimientos que ha presentado, el quinto son datos familiares: donde puede expresar si, se siente apoyado y como está enfrentando su enfermedad. Cada items puede ser elegido conforme el paciente quemado exprese su sentir en ese momento o días atrás.

2.5 Procedimiento para la recolección de datos

Antes de iniciar la primera entrevista, el investigador pedirá autorización a la autoridad hospitalaria para realizar la investigación, una vez autorizada se invitará a participar en el estudio a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y explicarles en qué consiste este. Asimismo, se asegura la continuidad a la asistencia del paciente, tanto si este consiente en participar en el estudio como si no.

Aquellos pacientes que aceptaron su participación de la Unidad de Quemados recibieran una explicación detallada del consentimiento informado. Una vez firmado este, delante de un testigo externo o familiar que asegurara su entera libertad.

Antes y durante la entrevista se realizará protocolos de higiene, uso correcto de cubrebocas, gorro y bata, así como el lavado de manos, desinfección de lapiceros y portapapeles.

A continuación, el paciente completará la Escala de Sufrimiento; podía marcar todas las causas con las que se sintiera identificado. Incluso podía añadir motivos que consideraba importantes y que no estaban descritos en la Escala. En todo momento se le orientará si tuviese duda del llenado.

Al terminar la entrevista se agradecerá la participación con fines de investigación, una vez recogidas todas las encuestas necesarias, se compararán los resultados de la Escala del Sufrimiento, lo que permitirá determinar la percepción del sufrimiento del paciente y familiar.

En primer lugar, se solicitó la autorización del Instituto de Estudios Universitarios Incorporado a la UNAM del Estado de Puebla. En segundo lugar se realizó una visita a las autoridades del Hospital Público al Norte de la Ciudad de Puebla, perteneciente a la Jurisdicción VI para solicitar la autorización de la aplicación del instrumento a la población a fin, así como el apoyo para el reclutamiento de los familiares que cumplan con los criterios de inclusión, apoyada del censo actualizado del Hospital, donde se tienen el control de los pacientes quemados ubicados en la Unidad de Quemados, se seleccionaron a los sujetos de estudio y una vez identificados se procedió ir al área para ser captadas por primera vez y solicitarles su participación de manera voluntaria,

explicándoles el objetivo del estudio y proporcionando su firma al consentimiento informado. (Apéndice A)

La información se recolectó con apego a las consideraciones éticas. Durante la aplicación de los instrumentos se veló porque las personas tuvieran comprensión de los ítems explicando los mismos de ser necesario hasta estar perfectamente comprendidos, se escogió un lugar que brindara privacidad y concentración para el buen diligenciamiento del instrumento. La identificación de las personas que participaron en el estudio se hizo omitiendo los datos de identificación.

El proceso del llenado de los instrumentos se realizó con una duración aproximada de 30 minutos (10 minutos para cada instrumento) y 5 minutos más para la explicación de lo que se realizaría. El proceso del uso de la entrevista para el estudio fue una herramienta fundamental en el acercamiento a los pacientes y del familiar.

Al termino del procedimiento se le agradeció al paciente y a su familiar por el tiempo invertido en su participación y se les notificó que los resultados obtenidos en este estudio serian divulgados de manera científica y en todo momento estaría su anonimato de por medio. También se les dio a conocer que los registros estarían almacenados por doce meses y que al término de este plazo serían destruidos y desechados.

2.6 Ética de Estudio

El presente artículo se apegó a la Ley General de salud en materia de investigación para la Salud Título Segundo, Capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos (Secretaría de Salud, 1987, Última Reforma 2014).

El investigador se debe apegar a los reglamentos éticos en el cual se garantice el bienestar, respeto y derecho de los individuos que participan en el presente estudio en los siguientes artículos.

De acuerdo al Artículo 13, que nos indica que en toda lo establecido tomó en consideración en el Reglamento de la Ley General de Salud (SSA, 1984) en materia de investigación en salud, en lo que respecta al: Título Segundo.

Prevaleció el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos de los participantes y su bienestar protegiendo su privacidad durante la investigación al no registrar el nombre en el instrumento y obteniendo resultados de manera general (Título Segundo, Cap. 1, Art. 13 y 16).

La presente se considera que fue una investigación sin riesgo porque únicamente se aplicó un cuestionario (Título 2do, Cap. 1, Art. 17, Fracción I). De la misma manera se obtuvo la aprobación de las autoridades universitarias del Instituto de Estudios Universitarios Incorporado a la UNAM del Estado de Puebla para la realización del estudio, además de obtener el consentimiento informado de los participantes incluidos en el estudio, explicando clara y completamente la justificación y los objetivos de la investigación, fue firmado por parte de los participantes con la seguridad de que no se identificarían y se mantendría la confiabilidad de la información relacionada con su privacidad tomando en cuenta lo descrito en los Artículos 20; 21, Fracción I y VIII; 22, Fracción II y IV y el 29 (Apéndice A).

2.7 Estrategias de Análisis

Los datos obtenidos serán procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se utilizará estadística descriptiva (frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central). Se probará el alfa de Crombach de los instrumentos de medición.

CAPÍTULO III

3.1 Estadística Descriptiva

Los resultados obtenidos después de aplicar la prueba final son los que a continuación se presentan:

Con base a los datos recolectados se comparan resultados del paciente quemado como de su familiar, en relación al género la mayoría de los encuestados fueron mujeres con un 60% y hombres 40%, la edad mínima de los encuestados era de 17 años y la máxima de 65 años, en ocupación: labores del hogar y comerciante 12% cada uno, el nivel de estudios máximo fue de nivel preparatoria con un 37%, el 30% son casados.

Tabla 1
Datos demográficos de los pacientes con Quemaduras Y Sufrimiento Psicológico

Pacientes con Quemaduras Y Sufrimiento Psicológico		
Nivel de estudios	(f)	%
Sin estudios	1	2.5%
Primaria	7	17.5%
Secundaria	8	20.0%
Preparatoria	15	37.5%
Carrera técnica	6	15.0%
Universidad	3	7.5%
Ocupación		
Estudiante	5	12.5%
Empleado	12	30.0%
Obrero	2	5.0%
Comerciante	3	7.5%
Labores del hogar	12	30.0%
Ninguno	3	7.5%
Campesino	2	5.0%
Enfermera	1	2.5%

Nota: (f)= frecuencia, % = porcentaje
N= 40

Con base a los datos diagnósticos de la enfermedad: el tipo de quemadura con la mayor frecuencia fue causada con agua caliente y eléctrica con un 7% cada una, teniendo como mínima los productos inflamables con 1%, la zona corporal con mayor exposición a la quemadura fue extremidades superiores con 18%, seguido de las extremidades inferiores con 12%, la mayoría no requirió de estancia hospitalaria mayor a 5 días con 28%, no presentaron infecciones 31%.

Con base a datos de confort: el tipo de dolor que presentaban en ese momento con mayor frecuencia fue intenso 13%, presentando síntomas emocionales como llanto frecuente y culpa 70% y el 80% no tuvo ningún síntoma, sentimientos con mayor frecuencia presentados fue rabia con un 70%, resignación y coraje con 60% cada uno, teniendo a la mínima tristeza y malestar con 20%, cómo percibe su nueva imagen: con mayor frecuencia respondió: no puedo hacer nada y es doloroso 50% cada uno, teniendo en la mínima no 00quiero verme al espejo 10%.

Con base a los datos familiares: tuvo familiar permanente 37%, se siente apoyado emocionarme 35%, tuvo la sensación de ser una carga para los demás con mayor frecuencia respondió “No” con un 26%, como está enfrentando su recuperación con mayor frecuencia: “tengo fe” 14%, apoyo familiar y seguir el tratamiento un 60% cada uno, teniendo como mínima: quiero salir del hospital, quiero ser fuerte, no soporto el dolor un 10% cada uno.

Tabla 2. Datos diagnósticos de la enfermedad

<i>Tipo de quemadura</i>	<i>(f)</i>	<i>%</i>
Química	5	12.5%
Eléctrica	7	17.5%
Fuego directo	6	15.0%
Vapor	3	7.5%
Pólvora	3	7.5%
Agua caliente	7	17.5%
Inflamable	1	2.5%
Aceite hirviendo	3	7.5%
Acumulación de gas	3	7.5%
Tanque de oxígeno	2	5.0%
<i>Zona corporal de la quemadura</i>		
Cabeza	3	7.5%
Extremidades superiores	18	45.0%
Tórax	7	17.5%
Extremidades inferiores	12	30.0%
<i>Días de estancia hospitalaria</i>		
1-5 días	28	70.0%
10-15 días	10	25.0%
20-25 días	2	5.0%
<i>Infecciones actuales</i>		
Si	9	22.5%
No	31	77.5%
<i>A presentado síntomas emocionales como:</i>		
Depresión	4	10.0%
Llanto frecuente	10	25.0%
Intento de suicidio	1	2.5%
Disminución del apetito	3	7.5%
Delirio	1	2.5%
Culpa	7	17.5%
Coraje	2	5.0%
Estrés	2	5.0%
Desesperación	1	2.5%
No sé dónde estuvo el error	1	2.5%
Ninguno	8	20.0%

A presentado sentimientos

como:

Rabia	7	17.5%
Resignación	6	15.0%
Rechazo	2	5.0%
Abandono	4	10.0%
Coraje	6	15.0%
Trauma	3	7.5%
Tristeza	2	5.0%
Me siento mal	1	2.5%
Ninguno	6	15.0%
Otro	3	7.5%

Como percibes tu nueva

imagen:

Irreconocible	4	10.0%
Muy mal	4	10.0%
Con cicatrices	6	15.0%
Que no deje secuelas	2	5.0%
No puedo hacer nada	5	12.5%
Es doloroso	5	12.5%
Puede morir	2	5.0%
Preocupación	2	5.0%
Mejorando	4	10.0%
Inseguro	2	5.0%
Difícil de explicar	3	7.5%
No quiero verme al espejo	1	2.5%

Como está enfrentando su

recuperación:

Esperando indicaciones	2	5.0
Estamos con él	6	15.0%
Con tratamiento	6	15.0%
Tengo fe	14	35.0%
Quiero ser fuerte	1	2.5%
Me siento solo	2	5.0%
Con dolor	1	2.5%
Positivo	5	12.5%
Sufro mucho	2	5.0%
Quiero salir del hospital	1	2.5%

Nota: (f)= frecuencia, % = porcentaje

N= 40

En cuanto a la variable de Sufrimiento Psicológico el encuestado podía marcar las causas con las que se sentía más identificado, así como añadir motivos importantes, se encontró que la población encuestada: pacientes 21%, familiar 19%, lugar donde se realizó la encuesta: consultorio 10%, hospitalización 30%, en la valoración del “Termómetro del Sufrimiento” el 15% refirió sentir sufrimiento máximo con un puntaje de 10-8, el 18% refiere sufrimiento moderado con un puntaje 7-4 y 7% refiere no sentir sufrimiento con un puntaje 3-0. En problemas prácticos con mayor frecuencia fue “trabajo/escuela, dinero,” con un 8% cada uno, “asistencia en la enfermedad” 14% y medicamentos 4%.

En condición del paciente con mayor frecuencia fue “dificultad para la higiene/vestido” 8%. Problemas emocionales con mayor frecuencia fue “angustia y miedo” 13% cada uno. Preocupación religiosa/espiritual con mayor frecuencia fue “estar en relación con Dios” 37%. Problemas familiares con mayor frecuencia fue: “relación con otros miembros de la familia” 10% y un 25% refiere no tener ningún problema familiar.

Tabla 3		
Escala del Sufrimiento		
<i>Termómetro del Sufrimiento</i>	(F)	%
Sufrimiento Máximo 10-8	15	37.5
Sufrimiento Moderado 7-4	18	45.0
Sin sufrimiento 3-0	7	17.5
<i>Problemas Prácticos</i>		
Mutua/obra social/hospital	1	2.5
Dinero	8	20.0
Medicamentos	4	10.0
Trabajo/escuela	8	20.0
Cuidado de los niños/del paciente	3	7.5
Transporte	2	5.0
Asistencia en la enfermedad	14	35.0
<i>Problemas Emocionales</i>		
Preocupación	8	20.0
Miedo	13	32.5
Tristeza	5	12.5
Angustia	14	35.0
<i>Condición del Paciente</i>		
Dolor	3	7.5
Delirio	3	7.5
Trastornos de alimentación /hidratación	2	5.0
Dificultad para dormir	7	17.5
Dificultad para la higiene/Vestido	8	20.0
Trastorno emocional		
Dificultad para la movilización	3	7.5
	7	17.5
Conflicto con la información	7	17.5
<i>Preocupación Religiosa/Espiritualidad</i>		
En relación con Dios	37	92.5
Perdida de la Fe	3	7.5
<i>Problemas Familiares</i>		
Relación con la pareja	2	5.0
Relación con los hijos	3	7.5
Relación con otros miembros de la familia	10	25.0
Ninguno	25	62.5
Nota: (f)= frecuencia, % = porcentaje		
N= 40		

3.2 Confiabilidad de los Instrumentos

La confiabilidad del instrumento se evaluó a través del paquete estadístico Statical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20, dando como resultado un alfa de Crombach de 0.8

Análisis de fiabilidad

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Validos	40	100.0
Excluidos ^a	0	0
Total	40	100.0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.823	.822	6

CAPITULO IV

Discusión

Los autores James Fauerbach, Ph.D.; Shelley Wiechman, Ph.D.; y Shawn Mason, Ph.D., en colaboración con el Sistema Modelo de Lesiones por Quemadura. En el 2016 realizaron un estudio llamado *“El sufrimiento psicológico después de una lesión por quemadura”* El resultado obtenido fue Terapia cognitiva conductual y Control del estrés: Aprender técnicas como respiración profunda, meditación o “vivir en el momento presente” son estrategias de afrontamiento, como la resolución activa de problemas.

Destrezas sociales y de comunicación: por ejemplo, aprender nuevas destrezas para controlar la angustia que puede sentir cuando otras personas le pregunten sobre el accidente o cuando reaccionen ante los cambios que la lesión provocó en su aspecto físico.⁶ En este estudio se encontró que los resultados obtenidos por problemas prácticos que cursan los pacientes quemados y familiares el 14% tiene dificultad en la asistencia en la enfermedad debido a que se encuentran en áreas restringidas para en familiar y tienen poca comunicación con el personal de salud, en condición del paciente se encontró que presentan dificultad para dormir 7%, por el constante recordatorio de la experiencia sufrida y por problemas económicos, dificultad para la movilización 7% están asistidas por personal de salud y del familiar, conflicto con la información 7% no comprenden su estado de salud.

Los autores Lucely Obando Cabezas, Edward Javier Ordóñez de la Universidad Santiago de Cali, Colombia. En el año 2020 realizaron un estudio llamado *“Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia”*.

El resultado obtenido de este estudio en los modelos de intervención psicológica más destacados es la psicoterapia de apoyo, psicoeducación, terapia cognitiva, intervención familiar, que es absolutamente necesaria realizar una intervención psicológica al paciente quemado, la cual debe proporcionarle al paciente atendido recursos cognitivos, emocionales y materiales que le conceda capacidad para adaptarse a los cambios y pérdidas que benefician su condición de salud.⁸ El resultado obtenido del estudio realizado se encontró que en condición del paciente presenta dolor 3%, después de manipulación quirúrgica, delirio 3% y dificultad para dormir 7% estos fueron manifestados por miedo a dormir y revivir el accidente, trastorno emocional 3% pacientes que llevan una larga estancia hospitalaria y se preocupan por su estado físico.

La autora Alba Santacruz Rosa en el año 2019 realizó un estudio llamado “*Ajuste Psicosocial del Paciente Gran Quemado Revisión Bibliográfica*”. En el cual realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica y analiza aspectos psicosociales del paciente gran quemado teniendo como resultado poca documentación que hablen sobre las habilidades psicosociales en enfermería, por lo que recomienda para la práctica intervenciones precoces mediante la aplicación de un enfoque multidisciplinar con el fin de detectar alteraciones psicosociales del paciente gran quemado.⁹ En este estudio se encontró que en problemas emocionales presenta preocupación 8%, miedo 13%, tristeza 5%, angustia 14% todos ellos manifestados por conflicto de la información, asistencia en la enfermedad, situación económica y dificultad para dormir.

Las autoras Ana Karina Rojas Cebrero, Irma Romero Pérez realizaron en el año 2010 un estudio llamado “*Quemaduras: experiencia de vida*” el tipo de abordaje en la entrevista fueron: las condiciones hospitalarias, el tratamiento, la rehabilitación, su incorporación a la vida cotidiana después del accidente, su identidad e imagen corporal en relación con el otro, así como las relaciones sociales.¹⁰ en el estudio llevado a cabo se encontró que tanto el paciente quemado como el familiar refirieron sufrimiento máximo 15%, sufrimiento moderado 18% y sin sufrimiento 7%, en problemas prácticos: dinero 8%, trabajo/escuela 8%, asistencia en la enfermedad 14%, condición del paciente: dificultad para dormir 7%, dificultad para la movilización 7%, conflicto con la información 7%, problemas familiares: en relación con la pareja 2%, relación con los hijos 3%, relación con otros miembros de la familia 10%, ningún tipo de conflicto 25%.

La autora Bonifanti Paula en el año 2020 realizó un estudio llamado “*Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras*”. La participación fue realizada en pacientes internados en el Servicio de Quemados “Hospital Córdoba” a raíz de haber sufrido diferentes tipos de quemaduras, arribando a los siguientes datos: Las siete pacientes, el 100% de los casos, han manifestado o presentado indicadores vinculados a alguno de los tres factores emocionales elegidos: miedo, ansiedad y depresión. Cuatro de ellas han expresado miedo, correspondiente al 57,14% de casos; seis de las pacientes ansiedad, lo que corresponde al 85,71% de los casos; y seis de ellas han manifestado depresión, igualmente correspondiente al 85,71%.

Por lo que, entre los seleccionados, ansiedad y depresión serían los de mayor predominancia. Es importante destacar también que tres pacientes han manifestado dos factores emocionales a lo largo de su internación, lo que corresponde al 42,85% de casos; y en otras tres pacientes se han observado los tres factores emocionales, siendo también el 42,85%. El resultado de este estudio es la importancia de incorporar la figura del psicólogo en el acompañamiento y asistencia en el servicio de quemados, así como equipos conformados que beneficiaran al paciente.¹¹

En el estudio realizado se encontró que en los pacientes quemados y familiares expresaron tener con mayor frecuencia sufrimiento moderado en una escala del 0 al 10, en problemas prácticos: dinero 8%, medicamentos 4%, asistencia en la enfermedad 14%. En problemas emocionales: miedo 13% y angustia 14%, en condición del paciente dolor 3%, delirio 3%, trastornos de alimentación/hidratación 2%, dificultada para dormir 7%, dificultad para la higiene/vestido 8%.

Los autores Malvin Rodríguez Vargas + et al. En el año 2019 realizaron un estudio llamado "*Alteraciones psicológicas en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria*" teniendo como resultado antecedentes patológicos personales (APP) se determinaron como un factor de riesgo que más predominaron ansiedad (80%), tristeza (89%) y la alteración de las necesidades del sueño (85%) sus mayores valores porcentuales en el primer periodo.¹² En el estudio realizado se encontró que en condición del paciente presenta dificultad para dormir 7%, delirio 3%, trastorno emocional 3%, en problemas emocionales: angustia 14%, miedo 13%, tristeza 5%, preocupación 8%.

4.1 Limitaciones

Las principales limitaciones del presente estudio llevado a cabo son los siguientes: Durante la realización del mismo se encontró que la población de pacientes quemados hospitalizados es limitada a 12 camas, por lo que se buscó en áreas de urgencias y consulta externa pacientes con quemaduras recientes o bajo tratamiento domiciliario.

Otra limitación del investigador con los pacientes de consulta externa fue el tiempo, ya que referían tener poco y contaban con él exclusivamente para la consulta.

Otra limitación fue en la unidad de quemados con pacientes ya que se encontraban con apoyo ventilatorio y su situación era grave por lo que se buscó el apoyo de los familiares.

4.2 Conclusiones

El estudio realizado a los pacientes quemados y a su familiar permite conocer el problema de salud en sus diferentes dimensiones, lograr una comunicación apropiada y adaptada a cada persona influye en su respuesta.

Los miembros de la familia, además de estar preocupados por el paciente y su recuperación tienen también sus propias necesidades y sufrimiento espiritual. El sufrimiento es una experiencia que aparece acompañado problemas para el paciente y su familia.

El manejo del sufrimiento en los pacientes quemados permite la conjunción de diferentes áreas en el proceso de evaluación psicológica e intervención médica para mantener y mejorar el bienestar del paciente quemado.

4.3 Recomendaciones

Sugerir el apoyo multidisciplinario de área de la salud para tener un plan de egreso hospitalario, Sugerir al entorno afectivo, reconocer las emociones, necesidades del paciente y familiar, Facilitar a los pacientes en condiciones de deterioro físico el acompañamiento familiar si este lo desea.

Bibliografía

1. Autor: María Teresa Pérez Boluda, “El significado del dolor en las quemaduras graves visión de los profesionales y de los pacientes”. En la Universidad de Málaga (España) 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157980>.
2. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud © Organización Panamericana de la Salud,” Quemaduras”. 6 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/burns>
3. **Senador Noé Fernando Castañón Ramírez, “Proposición con Punto de Acuerdo por el que se exhorta respetuosamente a las 32 entidades federativas que conforman los Estados Unidos Mexicanos, para la creación de un fideicomiso anual para el traslado y tratamiento de niños y jóvenes quemados en hospitales especializados nacionales o internacionales, debiendo asesorarse para su implementación de los organismos, fundaciones o asociaciones civiles especializadas en la materia, como lo puede ser la Fundación Michou y Mau, I.A.P.” 23 de abril de 2019 / Gaceta: LXIV/1SPO-126/94316.**
Disponible
en:https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/94316
4. Secretariado Técnico Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) “Programa de acción específico prevención de accidentes en grupos vulnerables 2013 – 2018”, Perfil Puebla 2014. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242176/Puebla.pdf>
5. Margarita González A. PS. Revista Médica Clínica Las Condes, Published by Elsevier España, S.L. Volumen 25, “Dolor crónico y psicología: actualización”. July 2014. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista->


6. James Fauerbach, Ph.D.; Shelley Wiechman, Ph.D.; y Shawn Mason, Ph.D., en colaboración con el Model Systems Knowledge Translation Center. La hoja informativa “El sufrimiento psicológico después de una lesión por quemadura” (*Psychological Distress after Burn Injury*), 2016. Disponible en: <https://msktc.org/burn/factsheets/el-sufrimiento-psicologico-despu%C3%A9s-de-una-lesion-psicologica-por-quemadura>
7. Tommey Marriner A, Alligood Raile M, et al. “Teorías en enfermería de importancia histórica. 7 Modelos y teorías en enfermería” 7ª edición. España: Elsevier, 2011. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-164/callista-roy/>
8. Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E, “Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia”. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali, 2020. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/4570/Capitulo%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Alba Santacruz Rosa, “Ajuste Psicosocial del Paciente Gran Quemado, Revisión Bibliográfica” The psychosocial adjustment of the severely burned patient. Bibliographic review, 2018/2019. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/290000972.pdf>
10. Rojas Cebrero, Ana Karina; Irma Romero Pérez, “Quemaduras: experiencias de vida” Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México 2010. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/393/39348725002.pdf>

11. Bonifanti Paula, “Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras”. Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC, 2020. Disponible en: http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/2822/1/TF_Bonifanti.pdf

12. Los autores Malvin Rodríguez Vargas + et al. “Alteraciones psicológicas en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria” 1Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/irene/Downloads/3356-20960-2-PB.pdf>

13. Pilar de Antueno Agustín Silberberg “Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento” Efficacy of Palliative Care in Pain Relieving, Facultad de Medicina. Departamento de Bioética, 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222018000200367#aff1

Apéndice A

	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL LLENADO DE LA CÉDULA DE DATOS		
Servicio:		Fecha:	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Edad:	

Acepto de manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado “QUEMADURAS Y SU RELACION CON EL SUFRIMIENTO PSICOLOGICO”, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- Mi participación como paciente no repercutirá en mi diagnóstico previo, ni procedimientos quirúrgicos.
- No habrá ninguna repercusión para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.

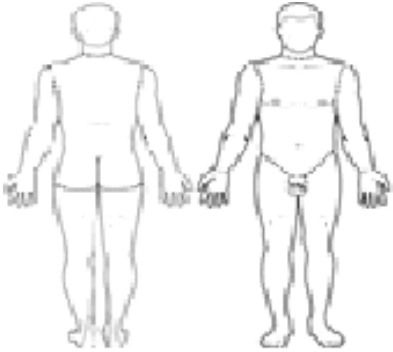
Nombre y firma del participante:

Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento
TESTIGO

Apéndice B

CÉDULA DE DATOS

Contesta con letra legible lo que se te pide y en caso de tener dudas, acude con tu encuestador.

Datos personales	
Género: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Edad: _____
Ocupación: _____	Nivel de Estudios: _____ Estado Civil: _____
Datos diagnósticos de la enfermedad	
Tipo de quemadura: _____	Días de estancia hospitalaria: _____
_____	Infecciones actuales: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Zona corporal de la quemadura:	
	
Datos de confort	
Tipo de dolor que presenta actualmente: 1. Crónico <input type="radio"/> 2. Leve <input type="radio"/> 3. Moderado <input type="radio"/> 4. Intenso <input type="radio"/> 5. Ninguno <input type="radio"/> 6. Otro: _____	A presentado síntomas emocionales como: 1. Depresión <input type="radio"/> 2. Llanto frecuente <input type="radio"/> 3. Intento de suicidio <input type="radio"/> 4. Disminución del apetito <input type="radio"/> 5. Delirios <input type="radio"/> 6. Culpa <input type="radio"/> 7. Ninguno <input type="radio"/> 8. Otro: _____
A presentado sentimientos como: 1. Rabia <input type="radio"/> 2. Resignación <input type="radio"/> 3. Rechazo <input type="radio"/> 4. Abandono <input type="radio"/> 5. Ninguno <input type="radio"/> 6. Otro: _____	¿Cómo percibes tu nueva imagen? _____ _____
Datos familiares	
¿Tiene familiar permanente? 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>	¿Se siente apoyado emocionalmente? 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
Tiene la sensación de ser una carga para los demás: 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>	¿Cómo esta enfrentando su recuperación? _____

Apéndice C



ESCALA DE SUFRIMIENTO

Por favor, marque en el “*Termómetro de Sufrimiento*” cuanto ha sufrido usted en la última semana y marque en la lista las causas posibles.

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Fecha |
| <input type="checkbox"/> Familiar | |

Máximo sufrimiento.	Domicilio	<input type="checkbox"/> Consultorio	<input type="checkbox"/> Hospitalizado
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold; margin-right: 5px;">Sufrimiento moderado.</div> </div>		<p style="text-align: center;">Problemas prácticos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mutua/obra social/hospital <input type="checkbox"/> Dinero <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Trabajo/escuela <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Cuidado de los niños/ del paciente <input type="checkbox"/> Asistencia en la enfermedad <input type="checkbox"/> Otro: _____ <p style="text-align: center;">Problemas emocionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Preocupación <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Angustia <input type="checkbox"/> Otro: _____ <p style="text-align: center;">Preocupación religiosa/espiritualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En relación con Dios <input type="checkbox"/> Perdida de la Fe <input type="checkbox"/> Otro: _____ 	<p style="text-align: center;">Condición del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Delirio <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación/hidratación <input type="checkbox"/> Nauseas/vómito <input type="checkbox"/> Cansancio/debilidad <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar/defecar <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Dificultad para la movilización <input type="checkbox"/> Dificultad para la higiene/vestido <input type="checkbox"/> Trastorno emocional <input type="checkbox"/> Conflicto con la información diagnóstica. <input type="checkbox"/> Otro: _____ <p style="text-align: center;">Problemas familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Relación de pareja <input type="checkbox"/> Relación con los hijos. <input type="checkbox"/> Relación con otros miembros de la familia <input type="checkbox"/> Otro: _____
Sin sufrimiento.			

NCCIN versión 1.0 1998 Modificado con autorización
Fuente: Fundación FEMEBA

