

La intervención psicológica a pacientes hospitalizados por quemaduras: la pregunta por la vida que sigue después de la quemadura

*Psychological intervention for hospitalized burn patients:
the question of life after burns*

Lucely Obando Cabezas

Universidad Libre, Seccional Cali.

© <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>



Intervención psicológica.

Fuente: Foto tomada del registro personal de la autora.

Cita este capítulo / Cite this chapter

Obando Cabezas, L. (2022). La intervención psicológica a pacientes hospitalizados por quemaduras: la pregunta por la vida que sigue después de la quemadura. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.* (pp. 45-59). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Resumen

Este texto corresponde a una revisión de literatura sobre la intervención psicológica en pacientes quemados en servicios hospitalarios, durante la fase preoperatoria, postoperatoria y de recuperación externa al servicio. El texto identifica, teniendo en cuenta la literatura que hay sobre el tema, el valor que le conceden a los factores que inciden en la salud mental de los pacientes, los aspectos diferenciales de cada propuesta de intervención, la importancia de los tratamientos farmacológicos, así como a las discusiones de carácter interdisciplinar para proponer nuevos modelos de intervención clínica que sean más pertinentes y efectivos.

Palabras clave: intervención psicológica, paciente quemado, trauma, acompañamiento.

Summary

This text corresponds to a review of the literature on psychological intervention with burn patients in hospital services, during the pre-operative, postoperative and recovery phase outside the service. The text identifies in the literature on the subject the value they attach to the factors that affect the mental health of patients, the differential aspects of each intervention proposal, the importance of pharmacological treatments as well as the discussions of interdisciplinary nature to propose new models of clinical intervention that are more relevant and effective.

Keywords: psychological intervention, burn patient, trauma, accompaniment.

Introducción

La psicología, como disciplina afín con el área de la salud, ha propuesto avances dentro de múltiples escenarios, como, por ejemplo, salud pública, promoción y prevención, atención primaria en salud, etc. Sus desarrollos adheridos a los avances propios que el escenario de la medicina, trabajo social y otras disciplinas presentes en servicios

sanitarios, describen la importancia de los avances que tales escenarios han significado hacia intervenciones más apropiadas y efectivas en sujetos o población que ameriten de aquellas condiciones, ya sea por su condición clínica, eventos o situaciones de desastre o calamidad, problemáticas a nivel psicosocial, etc.

En lo que se refiere a servicios o especialidades médicas centradas en la atención primaria en salud, las necesidades de los pacientes orientan nuevas estrategias o intervenciones que integren con mayor detalle cada situación o fenómeno que posiblemente pueda hacer parte del tratamiento, para una evolución clínica adecuada, donde se evalúen tanto factores de riesgo, como de protección, la posición del cuidador primario, los avances en la recuperación, etc.

En los servicios orientados para pacientes quemados, entre las situaciones que aparecen como necesidades para la atención primaria en salud están: la poca adaptabilidad al proceso de hospitalización, donde las diferentes dinámicas o situaciones que pueden surgir durante su estancia en el servicio tales como complicaciones médicas, eventos adversos, tiempos prolongados de quietud, deben ser considerados en la recuperación del paciente. Dificultades en el manejo del dolor, donde no se puede describir o generalizar un manejo común para el dolor de todos los usuarios, ya que el tipo de quemadura, la zona afectada, el material que provocó la quemadura, la edad del paciente, etc. pueden significar cambios en el tratamiento, así como la emergencia de signos de ansiedad, angustia, temores o poca adherencia al tratamiento, son parte de los signos comúnmente hallados. Labilidad en la modulación de afecto, ya que tanto por la evolución clínica, como por lo traumático del evento o por los cambios en la calidad de vida y apoyo emocional, estén presentes o ausentes, los estados de conmoción o impacto que suponen las quemaduras afectan la salud mental y traen consigo estados de ánimo con tendencia hacia la labilidad. En el paciente quemado, la falta de claridad sobre la evolución médica, la desinformación sobre los pasos del tratamiento, así como de los avances en la recuperación, suponen un desconocimiento para este de su evolución y puede conllevarlo a que asuma un rol pasivo en su tratamiento, con graves consecuencias sobre su recuperación.

Para dichos asuntos, el psicólogo se transforma en un profesional que permite: mejoría en la comunicación, acompañamiento desde lo psicoeducativo, discusión interdisciplinar para identificar avances en el tratamiento y finalmente la intervención clínica oportuna de acuerdo con la demanda del paciente y sobre una mirada particular de sus padecimientos. Según Barra (2008), el estado anímico influye directamente sobre el estado de salud de un sujeto, afirmando que altos niveles de estrés pueden volverse predictores agravantes del estado de salud.

Los factores generadores de estrés dentro del contexto de hospitalización pueden inducir en el paciente un decaimiento anímico que provoque labilidad en la modulación de afecto y desborde emocional, factor que puede incidir en su adecuado proceso de recuperación; de ahí que resulte pertinente intervenir sobre los aspectos anímicos, emocionales y afectivos del paciente, facilitando la adecuada adherencia al tratamiento y, adicional a ello, amenizando el proceso hospitalario, generando que la percepción de las condiciones de hospitalización se transformen en un sentir positivo.

De esta manera, el presente estudio pretende desarrollar una revisión de la literatura sobre la intervención psicológica en los procesos de hospitalización con pacientes quemados. Para ello se busca indagar acerca de avances en torno a elementos desarrollados durante la intervención psicológica, tales como ejercicios psicoeducativos, técnicas de relajación o disminución de dolor agudo, acompañamientos o intervenciones en crisis y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, y en cómo estas intervenciones pueden facilitar la adaptación al medio hospitalario y la resignificación del evento ocurrido, así como la eficacia de diferentes estrategias que confluyan en el desarrollo de su recuperación.

Aportes teóricos sobre la intervención con pacientes quemados

Fernández, Puebla y Carrito (2015) afirman que las quemaduras se caracterizan por ser lesiones traumáticas, donde el paciente no precisa de tiempo para prepararse para la hospitalización, como

sí se da en el caso, de lo que ellos denominan, una hospitalización “electiva” en donde el paciente es avisado de que será ingresado a un proceso de hospitalización, por tal motivo, su investigación fue anclada en la identificación de las alteraciones psicológicas en el paciente quemado, a través de un estudio descriptivo con 62 pacientes que fueron ingresados a la unidad de quemados del hospital Carlos M. de Céspedes de Bayamo, en Granma, concluyendo que los pacientes quemados presentan durante el proceso de hospitalización síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad, trastornos de adaptación, donde se puede presentar combinación de varias sintomatologías en un solo paciente.

Por esa misma línea, Gallach, Pérez del Caz, Vivó (2015), refieren que los pacientes quemados presentan un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas, puesto que el proceso de hospitalización puede implicar reacciones emocionales negativas tales como: altos niveles de estrés, deterioro cognitivo, disminución o aumento del apetito, insomnio, inhibición social, dificultades en la comunicación, baja motivación y baja autoestima, que pueden desencadenar en riesgos para el proceso, reflejados en la disfuncionalidad de la adaptación al tratamiento.

En concordancia con las posturas anteriores, Zárata (2018) refiere que los accidentes por quemaduras, comprometen la integridad física y emocional de un sujeto, representando una experiencia de gran potencialidad traumática, debido a los altos umbrales de dolor y la experiencia emocional general que conlleva, afirmando que por ello resulta necesario en la intervención y el acompañamiento psicológico a través del proceso de hospitalización, que se logre esclarecer los conflictos psicológicos del paciente, lo cual impactará positivamente en la recuperación del sujeto.

Respecto a la presente categoría Castro, et al., citan a la OMS acerca de que la adherencia al proceso de hospitalización se ha convertido en un problema de salud, puesto que los pacientes comúnmente presentan menos del 60% de adecuación a los tratamientos. Por esa misma línea, Rojas, Echeverría, Camargo (2014), en su publicación acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico,

refieren que resulta necesario facilitar y garantizar una adecuada adherencia a los diferentes procesos de salud de un paciente, ya que las consecuencias de que no se dé adecuadamente la adherencia es la tasa de morbilidad de los pacientes.

Se tienen diferentes aportes sobre el manejo de los estados del dolor físico; Puebla (2005) refiere que, para el tratamiento del dolor agudo en los pacientes, es necesario identificar y evaluar la tipología en la que se enmarca para de esta manera intervenir según la exigencia del dolor. Por otro lado, Bader, Echtle, Fonteyne, Livadas, De Meerleer, & Paez (2010), refieren que el dolor agudo que habitualmente aparece debido a una agresión dada por el medio, es una experiencia de carácter complejo para los pacientes, afirman que, al padecer de dolor agudo, se ven comprometidos componentes de tipo fisiológico, afectivo, sensorial, cognitivo y conductual.

El dolor percibido por un paciente va anclado a las interacciones que comprometen factores físicos, psicológicos, culturales y espirituales; afirmando que es necesario intervenir sobre ello para facilitar tanto el proceso de recuperación, como regresar la calidad de vida al paciente. Sobre ello, se menciona además el impacto que tiene contener el dolor, tanto físico como emocional, así como la adaptabilidad del paciente ante nuevas condiciones de vida, debido a las quemaduras (Bluinenfield y Schoeps, 1993). Se menciona por ello, que se atraviesa en tales casos una pérdida, ya sea simbólica o física de algo, que el paciente intenta afrontar y donde tanto sus habilidades como potencialidades y redes de apoyo, hacen parte de los recursos del paciente para una pronta mejoría. Ferro Morales, Ospino González (2019), mencionan que:

Síntomas de estrés postraumático pueden aparecer hasta en el 30% de los pacientes, sobre todo en aquellos pacientes en donde el dolor ha sido de difícil o de mal control. Por lo que se puede afirmar que el manejo temprano del dolor es esencial para lograr un mejor control del mismo en forma crónica (p. 116).

Por su diversidad de condiciones a nivel tanto físico como emocional, así como por su igual variedad de métodos para ser enfrentado, el dolor desde lo psicológico Donker (1991) tiene una connotación

especial, desde las estrategias o metodologías que acompañan o sirvan como instrumento para enriquecer las capacidades del paciente hacia una pronta mejoría, donde no existe un tratamiento generalizado y dicha mirada pretende, al contrario, poner la mirada sobre la condición particular de cada caso. Mesas (2012) define el dolor como un causante del deterioro funcional de un paciente. Indica que el 80% de los pacientes que presentan este tipo de dolor se caracterizan por la irrupción de sus actividades de la vida diaria, malestar psicológico que puede derivar en trastornos, higiene de sueño, entre otros aspectos que repercuten negativamente en sus relaciones interpersonales, en ese sentido el dolor agudo se convierte en un problema médico y social Donker (1991).

La intervención psicológica y sus diferentes estrategias



Actividades psicoeducativas a pacientes y familiares.
Fuente: Foto tomada de registro personal de la autora.

Ante las diferentes condiciones que pueden aparecer en el paciente, se han considerado diferentes etapas o procedimientos para la valoración, acompañamiento y contención que el paciente quemado requiera. Para ello la Subsecretaría de salud Pública de Chile (2016), ha determinado dos fases, enfocadas principalmente en la funcionalidad del individuo e integración social, así como disminución de posibles riesgos psicosociales. Dicho enfoque es novedoso ya que permite comprender las diferentes esferas que convergen en el tratamiento. La fase inicial considera las múltiples consecuencias que el sujeto debe recibir, afrontar desde su imagen corporal, su dolor, desempeño y funcionalidad, hasta el impacto de los mismos procedimientos que frecuentemente pueden ser altamente invasivos. Por sus alteraciones, así como las secuelas traumáticas de todo ello, se busca en dicha fase estrategias que permitan la estimulación del paciente, el fomento de su participación activa, el conocimiento de los procesos y hasta el apoyo de sus familiares. Para la fase a largo plazo, el desafío está en integrarse de nuevo a las ocupaciones de su vida cotidiana, continuar con la recuperación, donde su funcionalidad se pone a prueba y los recursos obtenidos durante el tratamiento pueden perderse si no existe un acompañamiento adecuado. Para esta etapa se trata de evaluar conscientemente las funciones del paciente e ir brindándole el debido proceso para su rehabilitación. Achuer (1993) manifiesta que el psicólogo deberá concientizar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la efectividad del tratamiento y que, de la misma forma, los pacientes deben de ser informados acerca de que la tensión puede llegar a afectar la circulación, impedir el proceso de cicatrización y disminuir su comodidad.

Como parte de otros ejemplos respecto a la intervención clínica se tienen los hallazgos de Figueroa (2010), donde realiza un abordaje metodológico desde una postura observacional analítica de corte transversal, que abarca la no adherencia al tratamiento en determinado tipo de población, concluyendo que existen factores influyentes de carácter clínico, así como factores relacionados con la vivencia personal del sujeto que impiden la adecuación al tratamiento. Por otro lado, Herrera, en su investigación publicada en el 2008, bajo un enfoque descriptivo, infiere que las estrategias implementadas

para comprometer al paciente con su respectivo diagnóstico, mejora significativamente la tasa de adherencia al tratamiento.

En relación con el estado anímico durante el proceso de hospitalización, Molina, Rodríguez & Rodríguez (2012), indagan acerca de la relación que existe entre la percepción de intensidad del dolor, el estado de ánimo y la calidad de vida del paciente hospitalizado, concluyendo que la intensidad del dolor afecta directamente los niveles de ansiedad y depresión del paciente, abarcando esferas que empeoran la calidad de vida del mismo. Desde otra perspectiva, investigando factores depresivos prevalentes en el proceso de hospitalización Gómez (2010) señala que más del 50% de los pacientes hospitalización presentan en algún momento del proceso características depresivas, mientras que otro porcentaje poblacional equivalente al 15.4% presenta depresión clínica diagnosticada. Por otro lado, abarcando el sentir dentro del proceso de hospitalización, Meneses, Kay & Costa (2005), concluyen que el paciente durante el proceso de hospitalización presenta sentimientos *sensibles* y *nerviosos* debido a la contingencia de la problemática de salud, la cual presenta factores agravantes en caso de redes de apoyos inadecuadas e insuficientes. Vázquez, Crespo & Ring (s.f.) refieren que existen situaciones potencialmente estresantes para un sujeto, las cuales pueden desencadenar reacciones diversas, estas dependerán de los recursos internos con los que cuente la persona, desarrollados a lo largo de la trayectoria de su vida, estos recursos se denominan estrategias de afrontamiento. Gallardo (2006) refiere que el estado de ánimo influye en el desenvolvimiento de la cotidianidad del sujeto, donde una manifestación negativa puede provocar la pérdida del interés en diferentes aspectos, ocasionando disfuncionalidades en la vida del sujeto. Infiere, además, que un estado de ánimo negativo puede ocasionar síndromes depresivos en la persona.

Además de las intervenciones acá mencionadas, están las que sirven como complemento al tratamiento farmacológico, donde la psicología junto con fisioterapia, trabajo social o terapia ocupacional desarrollan sus habilidades e intervienen a los pacientes. El principal enfoque de aquellas intervenciones (Mejía-Terrazas, 2014) es reducir los niveles de ansiedad y apoyar en la rehabilitación del paciente, así brindar técnicas de relajación ya que en estados de tal conmoción

como las de un paciente quemado, potenciar nuevas habilidades y construir estrategias efectivas para su recuperación son aspectos fundamentales. Ferretiz-López, Cárdenas-Herrera, Martínez-Nápoles (2019), mencionan que:

Se deben ofrecer opciones no farmacológicas junto con las opciones farmacológicas. En servicios con instalaciones adecuadas y personal entrenado, se podrían ofrecer como estrategias de manejo no farmacológico musicoterapia, hipnosis, esquemas de realidad virtual no inmersiva (imágenes, videos, videojuegos) o inmersiva, y psicoterapia pre post procedimiento y transterapéutica (p. 136).

Licea-Martínez (2019), acerca de los cuidados posoperatorios señala que: “Se deben tomar en cuenta características ideales para el control del dolor: a) seguridad y eficacia, b) establecimiento de dosis, c) evaluación periódica de dolor” (p. 151). Dichas categorías si bien hacen referencia a los medicamentos utilizados, también pueden ser considerados en el desarrollo del tratamiento no farmacológico, ya que describe cambios en el paciente, así como reacciones imprevisibles las cuales deben ser tenidas en cuenta.

Como parte de las diferentes intervenciones psicológicas, está también la psicoeducación que, para Bulacio, Vieyra, Lic. Alvarez & Benatuil (2004), hace referencia al proceso que permite otorgar a lo sujetos (en este caso puntual a los pacientes), la posibilidad de conocer, desarrollar y fortalecer sus capacidades en torno a una situación en específico de una manera más adaptativa. Además, ubica al paciente, sus cuidadores o personas que hagan parte de su recuperación como sujetos activos, donde se resuelven dudas sobre el tratamiento, se conoce sobre factores de riesgo, además de fortalecer sobre cuidados, por ejemplo, sobre la salud mental, técnicas de relajación y recomendaciones para la contención emocional, así como rutas de atención en casos de necesitar atención inmediata sobre una posible urgencia. Acerca de la rehabilitación Salmerón-González, et al. (2017), mencionan que:

En este contexto, la reiteración de pesadillas, o rememoración del accidente pueden ser constantes, y no son infrecuentes los sentimientos de culpa, arrepentimiento, depresión, ansiedad o ira que pueden afectar

de forma importante su estabilidad mental. Resulta importante pues tener presente este ámbito, y tratar de proporcionar el apoyo psicológico pertinente a estos pacientes, ya que además de alterar su bienestar; un estado mental basal alterado dificultara su cumplimiento de las pautas de rehabilitación (p. 127).

Por sus daños a veces irreversibles en la infancia, que se traducen en impactos en su crecimiento y desarrollo, existe un impacto psicológico que trae consigo ideas de minusvalía, secuelas en su funcionalidad y efectos a nivel social, educativo y posteriormente laboral (Amaró-Garrido, Hernández González, Ramírez Ramírez, & Solenzal Alvarez, 2020). Así mismo restablecer el estilo de vida de cada paciente depende de su propia condición clínica, por lo cual se trata en cada caso de procedimientos particulares con resultados diferentes. No obstante, algunas estrategias como las ya mencionadas que apoyen el tratamiento farmacológico son valiosas, y otro elemento para desarrollar en la intervención psicológica es la comunicación asertiva (Sanchez & Ospina, 2019), definida como un proceso que estructura la vida social del ser humano, priorizando la actitud comunicacional de la cual devenga la trasmisión de deseos, opiniones y pensamientos de manera oportuna y adecuada. Sus resultados y aplicabilidad pueden promover nuevas capacidades en el paciente, así como avanzar en su recuperación y fomentar el aprendizaje de nuevas habilidades, que favorezcan su calidad de vida.

Conclusiones

La intervención psicológica, como parte de los tratamientos no farmacológicos en la atención integral en salud ofrecida para pacientes quemados, equivale a estrategias innovadoras, que reconocen la condición específica del caso, su evolución, proceso de recuperación, la salud mental del mismo y lo traumático del evento, así como factores psicosociales y la posición de las redes de apoyo en su tratamiento.

Ejercicios como la psico educación, el manejo del dolor, la contención ante signos de ansiedad, depresión, rasgos de minusvalía y otros efectos, el reconocimiento de sus potenciales o habilidades así como el

desarrollo de nuevas, que contribuyan a la funcionalidad del paciente y el enriquecimiento de su tratamiento, tomando para ello, apoyo de la comunicación asertiva y su rol activo en la recuperación, son algunas de las intervenciones altamente reconocidas y recomendadas que pueden hacer parte de su recuperación.

Por su parte, además, se tiene en cuenta cómo otras disciplinas entre ellas trabajo social, fisioterapia o terapia ocupacional pueden brindar nuevas miradas respecto a la recuperación del paciente, así como brindar el pertinente acompañamiento que su condición clínica requiera. Finalmente, la intervención psicológica contribuye al tratamiento del paciente quemado desde diferentes esferas, lo cual consolida su valor para el sector salud y la importancia de construir y divulgar el desarrollo de nuevas metodologías con base a los avances de intervenciones en servicios o áreas especializadas para este tipo de tratamientos.

Referencias bibliográficas

- Amaró-Garrido, M., Hernández González, T., Ramírez Ramírez, L. & Solenzal Alvarez, Y. (2020), Repercusión psicológica de las secuelas por quemaduras en edad infanto-juvenil. Presentación de caso. En, Primera jornada virtual de Psiquiatría 2020. Sociedad Cubana de Psiquiatría.
- Bader, P., Echtle, D., Fonteyne, V., Livadas, K., De Meerleer, G. & Paez, A. (2010), Guía clínica sobre el tratamiento del dolor”. European Association of Urology. Recuperado de: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/16-GUIA-CLINICA-TRATAMIENTO-DOLOR1.pdf>
- Bluinfield M. y Schoeps M. (1993): Psychological care of the trauma burnand patient. Willians & Wilkins Baltimore
- Bulacio, J., Vieyra, M., Alvarez C., & Benatuil. D. (2004), El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. En, XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires – Argentina. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- Castro, A., Barrero, J., García, F., Cruz, E., Soto, J., Álvarez, J., Pastor, A., Die, M., García, M., & Siso. J. (2009), La adherencia al tratamiento:

- cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida”. III Foro de PFIZER. Recuperado de: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- Donker, F. J. (1991): «Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico». En G. Buela y V. E. Caballo (comps.), *Manuel de Psicología Clínica aplicada*. Madrid, Siglo M.
- F. Fernández, F., Puebla, I. & Carrillo. L. (2015), Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. *Rev. Médica Granma* 19(1), 1 – 15. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mull151b.pdf>
- Ferretiz-López, G., Cárdenas-Herrera, N. & Martínez-Nápoles, A. (2019), Manejo de dolor en el paciente quemado. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42(1), 312 – 317.
- Ferro Morales, A. & Ospino Gonzales C. (2019), *Conceptos actuales en quemaduras: un manual basado en la evidencia*. Universidad del Bosque, Facultad de Medicina. Trabajo para título de especialista en cirugía plástica, estética y reconstructiva. Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de: https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1829/Ospino_Gonzalez_Carlos_Alejandro_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Figueroa. C. (2011), Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander, Facultad de salud. Trabajo para título de Magister en Epidemiología. Bucaramanga – Colombia. Recuperado de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf>
- Gallach, E., Pérez del Caz, M. & Vivó, C. (015), Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 41(4), 427 – 436. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n4/original9.pdf>
- Gallardo. R. (2006) Naturaleza del estado de ánimo. *Rev. Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 29 – 40. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179317886004.pdf>
- Herrera. L. (2008), Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en*

- Enfermería, 26(1), 36 – 42. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002008000100004&script=sci_abstract&tlng=es
- Licea-Martínez JC. (2019), Cuidados postoperatorios del paciente quemado. *Rev Mex Anest.*, 42(1), 150-151.
- Mejía-Terrazas, G. (2014), Manejo del dolor en el paciente quemado. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37(1), 235 – 237.
- Meneses, A., Kay M. & Costa, M. (2009), Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. *Rev. Salud pública*, 11(5), 754 – 765. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/36669/1/37584-166489-1-PB.pdf>
- Mesas. A. (2012), Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. Hospital Universitario Valle d´Hebrón. Área de Traumatología Clínica del Dolor, Servicio de Anestesiología. Recuperado de: <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>
- Ministerio de Salud, Chile (2016), Guía clínica AUGÉ, Gran Quemado. Subsecretaría de salud pública. Gobierno de Chile. Recuperado de: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf
- Molina, J., Rodríguez J. & Uribe, A. (2013), El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia*, 12(1), 55 – 62.. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a06.pdf>
- Paredes. D. (2010), Bienestar emocional y expresión conductual en las personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4(2) 51 – 60.
- Posada. R. (2014), La lúdica como estrategia didáctica. Trabajo para título de Magister en Educación con Énfasis en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Educación Bogotá – Colombia. Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/47668/04868267.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Puebla F. (2005), Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33 – 37. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>

- Sánchez, K. & Ospina. Y. (2019) La comunicación asertiva como función integradora de la práctica gerencial. Colección académica de ciencias sociales. Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Palmira. Recuperado de: <https://obgin.net/cursos/wp-content/uploads/2019/11/4-Comunicacion-asertiva.pdf>
- Rojas Gómez. M. (2010), Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, departamento de medicina interna, Hospital Regional de Occidente, año 2010. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Trabajo para título de Maestría en Medicina Interna. Guatemala – Guatemala. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9100.pdf
- Rojas, R., Echeverría L. & Camargo. F. (2014), Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca”. *Rev. Electrónica trimestral de enfermería.* (36), 1 – 14. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/clinical.pdf>
- Salmerón-González E, García-Vilariño E, Ruiz-Cases A, García-Sánchez JM, Llinás-Porte A, Esteban-Vico JR, et al. (2017), Recomendaciones de rehabilitación en el paciente quemado: revisión de literatura. *Rev Bras Queimaduras*, 16(2),117-129
- Vázquez, C., Crespo, M. & Ring, J. (s.f.), Capítulo 31, Estrategias de afrontamiento. Recuperado de: http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225

La adversidad es como un fuerte viento que nos arranca todo menos las cosas que no pueden ser arrancadas. En ella nos vemos como realmente somos.

Arthur Golden

