



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA**

**Pontificia Universidad Católica Argentina**

**“Santa María de los Buenos Aires”**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS ECONÓMICAS**

**RELACIÓN ENTRE EL AUTOCONCEPTO Y LA  
ANSIEDAD EN PERSONAS CON  
QUEMADURAS.**

---

Luján Najle Franco Sebastián.

Lic. En Psicología.

Registro N°: 761520261

Director de Tesis: Lic. Burán, Andrés Martín.

Lugar: Mendoza / Argentina.

Año: 2021.

# **Agradecimientos.**

# Hoja de Evaluación.

## Índice.

<b>Resumen</b> .....	5
<b>I. Autoconcepto y Ansiedad:</b> .....	8
I) a). Aproximaciones conceptuales del Autoconcepto y su desarrollo. ....	8
I) b). Las dimensiones del autoconcepto en el trabajo de García y Musitu (1999) .....	10
I) c). Ansiedad. ....	13
I) d). Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. ....	15
<b>II. Quemaduras.</b> .....	17
II) a). Definición de quemadura. ....	17
II) b). Los agentes que producen las quemaduras. ....	18
II) c). Quemaduras generales y Especiales. ....	20
<b>III. La psicología del paciente quemado.</b> .....	21
III) a). El impacto contextual de la hospitalización en el paciente quemado: .....	21
III) b). Los problemas psicológicos que frecuentemente se desarrollan en el paciente quemado. ....	24
III) c). Morbilidad psiquiátrica, suicidio y autoinmolación.....	26
III) d). La vida después de las quemaduras. ....	27
<b>IV. Antecedentes de la repercusión de las lesiones por quemaduras sobre el autoconcepto.</b> .....	33
Objetivos de la presente investigación .....	35
Metodología.....	35
Resultados.....	46
Discusión .....	49
Referencias Bibliográficas.....	56
<b>Anexo A.</b> Consentimiento Informado .....	71
<b>Anexo B.</b> Cuestionario sociodemográfico .....	72
<b>Anexo C.</b> Cuestionario AF-5 (Autoconcepto Forma 5).....	73
<b>Anexo D.</b> (Cuestionario STAI – Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo) .....	74

**Resumen:** El presente estudio indagó sobre la relación entre el autoconcepto y la ansiedad en personas que habían sufrido lesiones por quemaduras. **Método:** El diseño de la presente investigación fue cuantitativo no experimental de tipo transeccional, con un alcance correlacional. **Resultados:** Se obtuvieron los siguientes resultados. En primer lugar, elevados niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. En segundo lugar, bajos niveles en las dimensiones Académico Laboral, Social y Emocional del Autoconcepto; seguido de las puntuaciones más bajas en la dimensión Familiar, y las más altas en la dimensión Física. En tercer lugar, se encontró correlación estadísticamente significativa y negativa entre la Ansiedad Rasgo y las dimensiones Social, Emocional, Familiar y Física del Autoconcepto; no encontrándose ninguna relación con respecto a la dimensión Académico Laboral. También se halló una correlación estadísticamente significativa y negativa entre la Ansiedad Estado y las dimensiones Física y Emocional del Autoconcepto; no encontrándose ninguna relación con respecto a las dimensiones Académico Laboral, Social y Familiar. **Conclusión:** Los resultados sugieren que las personas que han sufrido lesiones por quemaduras, cuando presentan mayores niveles de Ansiedad Rasgo, se observa una tendencia a la disminución en las dimensiones Social, Emocional, Familiar y Física de su Autoconcepto; pero cuando registran mayores niveles de Ansiedad Estado, la disminución se presenta en las dimensiones Física y Emocional.

**Palabras Clave:** Autoconcepto, Quemaduras, Ansiedad rasgo, Ansiedad estado.

---

**Abstract:** The present study investigated the relationship between self-concept and anxiety in people who had suffered burn injuries. **Method:** The design of the present investigation was quantitative, non-experimental, of a transectional type, with a correlational scope. **Results:** In the present study three results were obtained. First, high levels of State Anxiety and Trait Anxiety. Second, low levels in the Academic, Labor, Social and Emotional dimensions of Self-concept; followed by the lowest scores in the Family dimension, and the highest in the Physical dimension. Third, a statistically significant and negative correlation was found between Trait Anxiety and the Social, Emotional, Family and Physical dimensions of Self-concept; not finding any relationship with respect to the Academic Labor dimension. A statistically significant and negative correlation was also found between State Anxiety and the Physical and Emotional dimensions of Self-concept; not finding any relationship with respect to the Academic, Labor, Social and Family dimensions. **Conclusion:** The results suggest that people who have suffered burn injuries, when they present higher levels of Trait Anxiety, there is a tendency to decrease in the Social, Emotional, Family and Physical dimensions of their Self-concept; but when they register higher levels of State Anxiety, the decrease occurs in the Physical and Emotional dimensions.

**Key Words:** Self-concept, Burns, Trait Anxiety, State Anxiety.

---

## Introducción

El presente estudio tiene como objetivo explorar las diferentes percepciones sobre el autoconcepto y ansiedad en hombres y mujeres adultos que han sufrido daños físicos debido a quemaduras. En el marco teórico se expondrán: en primer lugar, un recorrido conceptual de lo que implica el autoconcepto y sus dimensiones. En segundo lugar, se desarrolla el modelo de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado. En tercer lugar, se ofrece la definición y clasificación de las quemaduras. En cuarto lugar, se expone un recorrido sobre las consecuencias psicológicas de sufrir quemaduras, y la relación de estos accidentes con la psicopatología. Por último, se exponen los antecedentes sobre la repercusión de las lesiones por quemaduras sobre el autoconcepto.

*La gente no quiere sufrir más, el mundo ha llegado a un punto donde sólo quedan víctimas; los mártires son poco usuales...un mártir...eso es algo más...es un ser excepcional que sobrevive sufriendo a falta de todo... Mademoiselle, Martyrs*

(Grandpierre & Laugier, 2008).

## Marco Teórico

### I. Autoconcepto y Ansiedad:

#### I) a). Aproximaciones conceptuales del Autoconcepto y su desarrollo.

En el estudio de revisión de conceptos, podemos aproximarnos a la definición de autoconcepto desde la investigación de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), donde se lo expone como las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta. Acorde a esta definición, Serra (2015) lo explica como la percepción que un individuo tiene de sí mismo, constructo que se relaciona con ciertos rasgos y actitudes de la personalidad.

Sánchez Moros (2015) lo desarrolla como el conjunto de características que forman la imagen que un individuo tiene de sí mismo, imagen que va evolucionando a lo largo de la vida, dependiendo de factores cognitivos y la interacción social que los afecte en su desarrollo.

Desde el trabajo de García y Musitu (1999), que es el principal modelo utilizado en esta investigación, se habla del autoconcepto como una entidad con múltiples facetas en la que conviven aspectos estables con otros cambiantes, siendo su relación con la autoestima bastante estrecha. Ésta última consiste en un proceso por medio del cual la persona se autovalora según cualidades que provienen de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas. De esta manera, el autoconcepto es el producto de aquel proceso reflexivo, es el concepto que el individuo logra de sí mismo como ser físico, social y espiritual, implicando así la totalidad de los pensamientos y sentimientos que hacen referencia a sí mismo como un objeto. Entre las características básicas del autoconcepto encontramos:

- **Multidimensionalidad:** se refiere al hecho de que el autoconcepto es una estructura multidimensional y jerárquica, existiendo la posibilidad de establecer relaciones entre sus distintas dimensiones y otras variables, como los valores, el rendimiento académico y el ajuste.
- **Está organizado:** El individuo adopta un sistema de categorización particular que da significado y organiza las experiencias de la persona. Las categorías representan una forma de organizar las experiencias propias y de atribuirles un significado.
- **Es multifacético:** El sistema de categorización parece incluir áreas tales como la escuela, la aceptación social, el atractivo físico y las habilidades sociales y físicas.
- **Su estructura puede ser jerárquica:** Sus dimensiones tienen diferentes significados e importancia en función de los valores y de la edad de los sujetos.
- **El autoconcepto global es relativamente estable:** Su variabilidad depende de su ubicación en la jerarquía, de manera que las posiciones inferiores son más variables.
- **Es experimental:** Se va construyendo y diferenciando a lo largo del ciclo vital del individuo, en constante interacción con las experiencias de éste último.
- **Tiene un carácter evaluativo:** Es la valoración diferencial que depende de la experiencia pasada del individuo en una cultura y sociedad particular, en una familia.
- **Es diferenciable:** de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado (como las habilidades académicas, autocontrol, habilidades sociales).
- **Estabilidad versus maleabilidad:** Es la capacidad de permanecer estable y cambiante al mismo tiempo, siendo estable en sus aspectos más nucleares, y variable en sus aspectos más dependientes del contexto. De hecho, la conducta del ser humano tiene la función de verificar, proteger y mantener las concepciones y evaluaciones que los sujetos tienen de sí mismos.

D) b). Las dimensiones del autoconcepto en el trabajo de García y Musitu (1999) son:

**Autoconcepto académico / laboral:** Se refiere a la percepción que el individuo tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. Ésta dimensión hace referencia a dos ámbitos: el académico y el laboral, que en realidad, en este caso, es más bien una diferenciación de períodos cronológicos que de desempeño de roles, puesto que ambos contextos (laboral y académico) son contextos de trabajo. Semánticamente, esta dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o trabajador tiene del desempeño de su rol a partir de sus profesores o superiores (buen trabajador, buen estudiante), y el segundo se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto (inteligencia, estima, buen trabajador). Esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, el rendimiento académico/laboral, la calidad de la ejecución del trabajo, la aceptación y estima de los compañeros, el liderazgo y la responsabilidad. Por otro lado, correlaciona negativamente con el absentismo académico/laboral y el conflicto (García & Musitu, 1999).

**Autoconcepto social:** se refiere a la percepción que tiene la persona de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del individuo y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla, mientras que el segundo eje se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable, alegre). Esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste y bienestar psicosocial, el rendimiento académico y laboral, la estima de profesores y superiores, la aceptación y estima de compañeros, la conducta pro social y con los valores universalistas. Por otro lado, correlaciona negativamente con los comportamientos disruptivos, la agresividad y la sintomatología depresiva (García & Musitu, 1999).

**Autoconcepto emocional:** Se refiere a la percepción que la persona tiene de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. Ésta dimensión se compone de dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso, me asusto con facilidad) y la segunda, a situaciones más específicas (cuando me preguntan, me hablan), donde la otra persona implicada es de un rango superior (profesor, director). Un autoconcepto emocional alto indicaría que el individuo tiene control de las situaciones y sus emociones, es decir, que responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede, normalmente, con un autoconcepto bajo. Esta dimensión correlaciona positivamente con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales. Por otro lado, correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva, la ansiedad, el consumo de alcohol y cigarrillos, y con la pobre integración social en el aula y en el ámbito laboral (García & Musitu, 1999).

**Autoconcepto familiar:** Se refiere a la percepción que tiene la persona de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de esta dimensión se articula en torno a dos ejes: el primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes de las relaciones familiares: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables: dos de ellas formuladas positivamente (me siento feliz y mi familia me ayudaría) que son las que aluden al sentimiento de felicidad y apoyo. Las otras dos variables son formuladas negativamente (mi familia está muy decepcionada y soy muy criticado), y hacen referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los otros miembros familiares. Esta dimensión es una de las más importantes del autoconcepto, ya que correlaciona positivamente con el rendimiento escolar y el laboral, el ajuste

psicosocial, el sentimiento de bienestar, la integración escolar y laboral, la conducta prosocial, y la percepción de salud física y mental. Por otro lado, correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva, la ansiedad y el consumo de drogas (García & Musitu, 1999).

**Autoconcepto físico:** Se refiere a la percepción que tiene la persona de su aspecto físico y de su condición física. Esta dimensión gira en torno a dos ejes complementarios: el primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social (me buscan, soy bueno, soy habilidoso), y el segundo eje hace referencia al aspecto físico (atracción, gustarse, elegante). Un autoconcepto físico alto significa que el sujeto se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito; lo contrario se podría decir de un autoconcepto físico bajo. Esta dimensión correlaciona positivamente con la percepción de salud, con el auto control, con la percepción de bienestar, con el rendimiento deportivo, con la motivación de logro y con la integración social y escolar. Por el contrario, correlaciona negativamente con el desajuste escolar, la ansiedad y, en menor grado, con la presencia de problemas con los iguales (García & Musitu, 1999).

En síntesis, cuando hablamos de autoconcepto, hablamos de un constructo que juega un papel decisivo y central en el desarrollo de la personalidad, ya que su preservación permite, dentro de la infancia, que los niños desarrollen sentimientos de competencia, capacidad y eficacia (Sánchez Moros, 2015), estableciendo a la vez, la base del buen funcionamiento personal, social y profesional (Goñi Palacios, 2009). Es a partir de esto que se puede concluir que un autoconcepto positivo puede predecir una vida y desarrollo muy favorables, debido a que presenta una correlación positiva con el bienestar psicológico global (Zuñiga Padilla, 2018), la resiliencia (Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros & Fernández-Zabala, 2015) y el dominio de habilidades sociales (Caldera

Montes, Reynoso González, Angulo Legaspi, Cadena García, & Ortíz Patiño, 2018). Por el contrario, un bajo autoconcepto se relaciona con síntomas de depresión, pensamientos disfuncionales e ideación suicida (Damle & Dabir, 2019; Duarté Vélez, Lorenzo-Luaces, & Rosselló, 2012).

I) c). Ansiedad.

La ansiedad, al igual que el temor, es una de las experiencias más universales de la especie humana y uno de los problemas fundamentales sobre el que el hombre de todos los tiempos ha reflexionado tratando de dar una explicación (González Martínez, 1993). Por mencionar un motivo de ansiedad que es tan añejo como la humanidad, ha sido el hecho de reflexionar sobre el sentido de la vida y las amenazas que penden sobre ella, como la muerte, las enfermedades y la miseria; con el agravante de que a medida que avanza la historia, se van incorporando nuevos estímulos y situaciones potencialmente provocadoras de ansiedad, tales como el terrorismo, nuevas enfermedades incurables, la incertidumbre sobre el futuro del mundo, las crisis políticas, sociales y económicas (González Martínez, 1993).

En la historia de la psicología, si bien hay muchas corrientes que teorizaron sobre la ansiedad, fue el enfoque conductual el que logró un acentuado avance en el estudio de ésta y contribuyó a su operativización, considerándola como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (E = estímulos) y consecuentes (R = respuestas), y de la cual, podía determinarse su frecuencia y duración.

En la década de los veinte, a partir de los trabajos de Watson y Rayner (1920) sobre el condicionamiento de una fobia en el experimento de “el pequeño Albert” la ansiedad se conceptualiza como una respuesta emocional condicionada negativa, aprendida según los principios del condicionamiento pavloviano, y que se produce por

medio de la asociación de una situación, en principio neutra (Estímulo a condicionar), con una experiencia desagradable (Estímulo Incondicionado), y tras varios emparejamientos, el estímulo condicionado adquiere un valor negativo similar al del estímulo incondicionado, logrando así ser capaz de evocar (y controlar) la respuesta de ansiedad (Casado Morales, 1994).

Años después, con la introducción del Condicionamiento Instrumental de la mano de Skinner, la ansiedad pasa a ser un estado tras la presentación de un estímulo aversivo que da lugar a una disminución en la conducta. Posteriormente, Mowrer (1939) explica que en un primer momento, la ansiedad es una respuesta aprendida por condicionamiento clásico, pero el mantenimiento de dicha respuesta se debe al condicionamiento operante. Así, en su desarrollo de la Teoría Bifactorial, señala la existencia de dos procesos en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. El componente clásico podría explicar en muchos casos la aparición de la ansiedad o el miedo, y sería responsable de la motivación para la evitación del estímulo temido, mientras que el componente instrumental respondería más bien del mantenimiento de la ansiedad por medio del refuerzo negativo de las respuestas motoras de evitación que reducen la ansiedad y que impiden la extinción (Casado Morales, 1994).

Continuando con esta línea de autores, pero ya desde una orientación psicopatológica, el trabajo de Barlow y Durand (2001) explica a la ansiedad como un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro.

En coherencia con lo anterior, en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), se la presenta como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, estando a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia y comportamientos cautelosos o evitativos.

A todo lo mencionado hay que añadir algunas aclaraciones, entre ellas, que un determinado nivel de ansiedad es benéfico para los organismos, ya que éste aparece cuando se detecta un peligro, amenaza o estímulo que indique amenaza, protegiendo así al organismo contra peligros físicos y sociales (Becerra-García et al., 2007). Por otro lado, la ansiedad se vuelve patológica cuando se empieza a caracterizar por ser profunda y recurrente, interfiere en el rendimiento del sujeto, desorganiza la conducta adaptativa, resulta inadecuada o desproporcionada con respecto al estímulo que la provoca y limita las posibilidades de pensar y actuar de la persona (González Martínez, 1993).

D) d). Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

El primer intento sistemático para distinguir entre ansiedad rasgo y ansiedad estado fue realizado por Cattell y Scheier desde un enfoque psicométrico-factorial, donde se define el rasgo de ansiedad como la disposición interna o la tendencia temperamental que tiene un individuo a reaccionar de forma ansiosa, independientemente de la situación en que se encuentre. Esta ansiedad rasgo se basa en las diferencias individuales, relativamente estables, en cuanto a la propensión a la ansiedad. Desde esta perspectiva, la ansiedad sería un factor de personalidad. Por otro lado, la ansiedad como estado era más bien entendida como una condición o estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo.

Esta primera formulación tuvo una gran repercusión en la teoría Rasgo-Estado de Spielberger (Casado Morales, 1994). Con respecto a la diferenciación de los tipos de ansiedad, desde el estudio de Spielberger, Gorsuch y Lushene (2011) se explica que la ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del

sistema nervioso autónomo, pudiendo variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Por otro lado, la ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado (A/E).

Como concepto psicológico, la A/R posee características similares a los constructos que Atkinson llama “motivos” (disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación), y que Campbell alude como “disposiciones comportamentales adquiridas” (residuos de experiencias pasadas que predisponen, tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto). Ambos conceptos de ansiedad se asemejan a las energías cinestésica y potencial en el mundo de la física, siendo la primera una manifestación en un determinado momento y con un grado de intensidad, mientras que la segunda indica diferencias de fuerzas en una disposición latente para manifestar un determinado tipo de reacción.

En general, los sujetos con mayor ansiedad rasgo (A/R+) presentarán mayor ansiedad estado (A/E+) que aquellos sujetos con menor ansiedad rasgo (A/R-), ya que los primeros tenderán a percibir a las situaciones como mucho más amenazadoras. Por lo tanto, los sujetos con A/R+ son más propensos a responder con un aumento de la A/E en situaciones de relaciones interpersonales que implique alguna amenaza a la autoestima, como el enfrentarse a una tarea difícil o novedosa (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2011).

## II. Quemaduras.

### II) a). Definición de quemadura.

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 ingresos bajo y mediano, donde la tasa de mortalidad es incluso siete veces más elevada que en los países de ingreso alto.

En cuanto a la población que sufre estos daños, los hombres son más propensos a quemarse en el lugar de trabajo por medio de incendios, escaldaduras, productos químicos y electricidad. Por otro lado, niños y mujeres suelen sufrir quemaduras en el ámbito doméstico y laboral, generadas con frecuencia por líquidos calientes o llamas, o por explosiones de los artefactos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El mayor riesgo de quemadura ocurre de cero a dos años, donde el 85% de éstas ocurren en el domicilio, y constituyen una causa importante de morbi-mortalidad (Suárez Franco & Hernández Mesa, 2012).

Conceptualmente hablando, pueden ser definidas como lesiones producidas en los tejidos vivos debido a la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, que provocan desde alteraciones funcionales reversibles, hasta necrosis, destrucción celular y muerte (Chomali, 2001), representando así uno de los accidentes más graves e incapacitantes que existen (Sánchez Molina, Ojeda Barranco, Martín Muñoz, & De la Morena Domínguez, 2005).

Hablamos de lesiones donde el órgano directamente afectado es la piel, lo que altera su función de protección frente a las infecciones y otros agentes extraños (Suárez Franco & Hernández Mesa, 2012).

Entre los efectos que se pueden producir en el cuerpo se cuentan: la pérdida de líquidos, la pérdida de calor (lo que puede causar hipotermia) y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección (Gil, Cruz Bajo, & Cruz García, 2017).

Entre los agentes etiológicos que producen la lesión se pueden mencionar: por un lado están los agentes físicos, que incluyen a todos los cuerpos sólidos, líquidos y gaseosos, que por aumento de su temperatura (calor, lesiones térmicas) o por su disminución (congeladuras, lesiones por frío) dan origen a las alteraciones que caracterizan a las quemaduras; esta categoría también incluye a la electricidad, radiaciones y traumatismo por fricción (Bolgiani & Benaim, 2008). Por otro lado también existen los agentes químicos y biológicos. En el apartado siguiente se expone un breve desarrollo de los agentes mencionados.

## II) b). Los agentes que producen las quemaduras.

### Agentes físicos:

- **Líquidos calientes:** lesiones producidas normalmente por agua o aceite (Gil et al., 2017).
- **Llama de fuego:** lesiones producidas normalmente por fuego. Cuando éstas se producen en un espacio cerrado, pueden asociarse a lesiones pulmonares por inhalación de humo o sustancias tóxicas producidas en la combustión (Sánchez Correa, Menchaca, & Rostion, 2014).
- **Sólido caliente:** lesiones producidas por contacto con superficies calientes como planchas, hornos, estufa y tubo de escape (Gil et al., 2017).
- **Frío:** La apariencia de la injuria por frío es muy similar a la producida por fuego o agua caliente. Los agentes causales son habitualmente gases y líquidos a muy bajas

temperaturas, además de aquellos producidos por congelamiento al exponerse a temperaturas ambiente baja. Entre algunos agentes se pueden mencionar el nitrógeno, gas freón, hielo líquido, gas licuado, oxígeno comprimido y el hielo seco (Eulufí et al., 2006).

- **Traumatismo por fricción de tejidos:** Son los casos donde la fricción produce un aumento de la temperatura, y por ende, una lesión por quemaduras (Bolgiani & Benaim, 2008), es decir, lesiones donde la piel se destruye por el rozamiento con determinadas superficies, generando dolor y escasa hemorragia (Esteva, 2006).
- **Radiación:** Lesiones producidas fundamentalmente por rayos ultravioleta tras la exposición solar (Sánchez Correa et al., 2014).
- **Electricidad:** lesiones producidas por el paso de la corriente eléctrica a través del organismo (Gil et al., 2017). Este tipo de quemadura es una de las más drásticas, ya que no sólo compromete, directa o indirectamente, a casi todos los sistemas del cuerpo humano (Castro, Vargas, Rueda, & García, 2018), sino que también, genera lesiones profundas en las que el porcentaje de superficie corporal quemada no es indicativo del daño real existente (Sánchez Correa et al., 2014).

#### Agentes químicos:

- **Productos químicos:** lesiones producidas en la piel y/o tejidos por un agente químico como ácidos, álcalis o sustancias orgánicas (Gil et al., 2017). Estos diversos agentes, dependiendo de sus características, generan distintos tipos de daños, pero todos tienen en común el hecho de que producen daño tisular por un tiempo mayor que el período en que se produce la exposición de la piel al agente, e incluso, el efecto corrosivo de algunos compuestos puede continuar hasta una semana más tarde de la exposición, generando así una grave y profunda lesión final (Iribarren & González, 2001).

- **Derivados del petróleo:** lesiones producidas por alquitrán o asfalto caliente. Estas lesiones tienen muchas dificultades, ya que primero se debe tratar de enfriar la zona afectada con agua fría y tratar de quitar el material enfriado (Zapata Sirvent, Jiménez Castillo, & Besso, 2005).
- **Quemadura por cemento:** Esta quemadura puede causar tres tipos de lesiones, la dermatitis alérgica, abrasiones y necrosis; lesiones particularmente devastadoras si afectan los ojos (Palao, Monge, Ruiz, & Barret, 2010).

#### Agentes biológicos:

- Son mucho menos frecuentes, entre los que se cuentan los peces eléctricos, medusas y algunos otros seres vivos capaces de originar irritaciones similares (Bolgiani & Benaim, 2008).

#### II) c). Quemaduras generales y Especiales.

La clasificación que se utilizará en esta investigación es la de quemaduras generales y especiales, ambas hacen referencia a la localización de la lesión:

- **Zonas Especiales:** Son aquellas potencialmente productoras de secuelas, y que no podrían ser áreas dadoras de injertos, como los pliegues de flexión, cara, cuello, manos, pies, mamas, genitales, regiones periorificiales (Castillo, 2018); cráneo, axila, codo, dedos, región inguinal, hueso poplíteo (Bolgiani & Benaim, 2008); muñeca, rodilla y tobillo (Zapata Sirvent, 2005).
- **Zonas Generales:** Son las zonas restantes que quedan luego de mencionar a las especiales, e implican a todas aquellas en las cuales las posibilidades de una secuela funcional es mucho menor (Bolgiani & Benaim, 2008), por el hecho de que tienen poco movimiento, menos posibilidades de retracción y no comprometen áreas estéticamente importantes (Castillo, 2018).

### **III. La psicología del paciente quemado.**

#### **III) a). El impacto contextual de la hospitalización en el paciente quemado:**

A modo de punto de partida nos centramos en el contexto de la hospitalización, donde los primeros días después de una quemadura son los más difíciles para el personal de enfermería, y los más críticos para la recuperación del paciente (Bidigare & Brown, 1995), ya que el personal médico es quien observa y se percata de los síntomas emocionales durante estos días, tratando en lo posible, primero, de responder a la demanda de cuidado (Alcázar-Gabás, Fidalgo-Pamplona, & Laplana-Miguel, 2014), y segundo, de coordinar las acciones del equipo interdisciplinario (Cuatin, Giraldo Motta, Jiménez Mariño, Ortiz Cárdenas, & Mercado Rey, 2014).

Entre las situaciones que los pacientes señalan como más significativas se cuentan el sentir dolor y tener que someterse a procedimientos, el vivir una experiencia nueva, el recibir apoyo de la familia y del equipo, y conocer la situación de otras personas quemadas (Da Silva Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira, & De Carvalho 2007).

Comenzando por el problema del dolor, a lo largo de la vida hospitalaria se van experimentando lo que podría denominarse como “tipos de dolor”, entre los cuáles se cuentan, el dolor constante de reposo cuando el paciente está en la cama, el dolor de procedimientos, que es de menor duración pero de mucha mayor intensidad, y el dolor irruptivo, que se asocia al dolor en reposo pero de menor duración (Pal, Cortiella, & Herndon, 1997).

Con el tiempo las investigaciones han ido revelando que el dolor no sólo se debe a las complicaciones físicas, sino que también, puede ser gestado desde una base psicológica (Sadeghi-Bazargani, Maghsoudi, Soudmand-Niri, Ranjbar, & Mashadi-Abdollahi 2011) compuesta frecuentemente por elementos como la ansiedad (Connor-

Ballard, 2009), la tendencia a pensar lo peor, el pensamiento catastrófico (Ulmer, 1997), la percepción de un fuerte recuerdo del accidente (Gullick, Taggart, Johnston, & Ko, 2014) y una particular angustia psicológica; que si bien tiene su origen en el contexto hospitalario, tiende a persistir más allá de éste, es decir, una especie de angustia a largo plazo que permanece incluso hasta dos años luego de la lesión (Fauerbach et al., 2007).

En síntesis, si bien todos los pacientes expresan dolor e incomodidad, la intensidad del mismo varía de paciente a paciente, y con el tiempo, en el mismo paciente (Marvin & Heimbach, 1985), aunque existe consenso en el hecho de que la etapa de los procedimientos de curación es la que genera los niveles más intensos de dolor (Pal et al., 1997; Choinière, Melzack, Rondeau, Girard, & Paquin, 1989) lo cual se explica por el hecho de que estos procedimientos generan una alteración en la función perceptiva del estímulo nociceptivo, dando como resultado la amplificación de las zonas receptoras del dolor (Larrea, Ávila, & Raddatz, 2015).

Continuando con los síntomas emocionales, se ha podido determinar la presencia de sentimientos de dolor, ansiedad, sufrimiento, miedo a la muerte, culpa y nostalgia (Pereira de Castro et al., 2013).

Ampliando lo anterior, el estudio de Avni (1980) nos explica que en los casos de quemaduras graves, los pacientes atraviesan tres grandes etapas: la primera comienza con la lesión y dura aproximadamente de dos a cuatro semanas, donde el paciente lucha por su existencia física y percibe todo lo sucedido con cierta incredulidad, desarrollando complicaciones psicoadaptativas relacionadas a la ansiedad, trastornos del sueño, confusión y delirio.

La segunda etapa implica todo el doloroso proceso donde le aplican los tratamientos de cirugía plástica correctiva, los injertos de piel, desbridamiento, vendajes,

bañeras, terapia física, ocupacional e inmovilidad; todo lo cual es vivido con preocupación por el futuro y el desánimo (Avni, 1980).

La tercera etapa ocurre cuando el paciente está cerca del alta hospitalaria, donde enfrenta la idea de tener que abandonar el contexto de refugio y enfrentarse al mundo, emergiendo con fuerza la ansiedad y la depresión ahora renovadas, y dirigidas a los problemas relacionados con el trabajo y la aceptación por parte de la familia y la sociedad (Avni, 1980).

A lo mencionado hay que añadir que, si la hospitalización es de larga duración, los pacientes pueden experimentar el denominado “síndrome del desuso” (Bortz, 1984), que consiste en el hecho de que la propia inactividad física conduce al deterioro de las funciones del cuerpo, generando en consecuencia problemas como la obesidad, fragilidad musculoesquelética, depresión y envejecimiento prematuro.

Sumado al síndrome del desuso, también se evidencia un colapso volitivo o pérdida de la voluntad de vivir, que se asemeja pero distingue de la depresión (Tempereau, Grossman, & Brones, 1989) y que según Robinson (1996) se desarrolla principalmente cuando hay dificultades en el tratamiento, manifestándose como un desinterés hacia su propia persona y no cooperando con los cuidadores.

A lo expuesto hasta esta parte, hay que añadir que las consecuencias de la quemadura también recaen sobre la familia del paciente (Johnson, Taggart, & Gullick, 2016), produciéndose fuertes reacciones emocionales, tales como los sentimientos de ira, culpa y tristeza en respuesta a la desfiguración de la víctima (Goodstein, 1985); incluida la depresión y desesperanza cuando el paciente es pediátrico (Cella, Perry, Poag, Amand, & Goodwin 1988).

Es necesario mencionar que, por el hecho de que el paciente debe someterse a un aislamiento social para evitar posibles infecciones (Martín Espinosa & Píriz-Campos, 2014), es que se le debería otorgar un soporte vital, psicoemocional y humano por parte del equipo de cirugía (Königová, 1976), que va más allá de sus deberes profesionales habituales, debiendo tratar de relacionarse afectivamente con la familia del paciente, y así contribuir en la readaptación de aquél una vez fuera del contexto hospitalario.

Por todo lo dicho es que se afirma que el paciente quemado requiere un servicio de seguimiento integral: atención médica para su supervivencia, atención psicológica por el riesgo de sufrir alteraciones, asistencia rehabilitadora fisioterapéutica y atención social (Gallach-Solano, Pérez del Caz, & Vivó-Benlloch, 2015; Wisely & Tarrier, 2001).

### III) b). Los problemas psicológicos que frecuentemente se desarrollan en el paciente quemado.

Delineando específicamente los problemas psicológicos del paciente quemado, el estudio de Lončar, Braš y Mičković (2006) exploró la relación entre ansiedad, depresión y dolor en setenta pacientes con quemaduras graves dentro de las dos semanas posteriores al daño, donde los resultados revelaron que la mayoría de los pacientes habían sufrido sintomatología depresiva y ansiosa, asociada ésta con los puntajes de dolor más altos.

Similares aportes realizan otros estudios (Davydow, Katon, & Zatzick, 2009; Dyster-Aas, Willebrand, Wikehult, Gerdin & Ekselius 2008), donde se demuestra que la depresión, junto con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT de ahora en adelante) son los problemas que se presentan con mayor frecuencia luego de una lesión por quemaduras.

Ampliando ahora sobre el desarrollo del TEPT, la investigación de Schreiber y Galai-Gat (1993) muestra que la prevalencia del TEPT entre los sobrevivientes lesionados

de eventos estresantes es mayor que la de los sobrevivientes sin lesiones físicas, lo que sugiere que los estresores secundarios (como el dolor intenso no controlado, un estado prolongado de ansiedad aguda, incertidumbre con respecto al futuro inmediato, incapacidad para controlar el contacto con el medio ambiente) pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo del TEPT.

A equivalentes resultados llegó la investigación de Lu, Lin, Chou y Tung (2007), en la cual se obtuvo como resultado que, de los ochenta y dos pacientes con quemaduras graves que fueron estudiados, el 26,8% padecía de TEPT.

Otros estudios se han centrado en los factores predictores del estrés postraumático luego de sufrir estas lesiones, entre los que se cuentan la edad (ser más joven), el género masculino, la superficie total del cuerpo quemada (Sadeghi-Bazargani et al., 2011), la insatisfacción con la imagen corporal (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström 2016), la percepción de amenaza a la vida, síntomas intrusivos agudos y el dolor asociado con las quemaduras (Giannoni-Pastor, Eiroa-Orosa, Fidel Kinori, Arguello, & Casas 2016).

Existe una controversia con respecto al género como predictor del TEPT, ya que a diferencia de Sadeghi-Bazargani et al. (2011), otros trabajos (Van Loey, Maas, Faber, & Taal, 2003) ponen el acento en el género femenino, e incluso, también se ha afirmado que no existe relación alguna entre el género y la probabilidad de desarrollar TEPT (El hamaoui, Yaalaoui, Chihabeddine, Boukind, & Moussaoui 2002).

A la lista mencionada, Hobbs (2015) agrega que las características de personalidad tales como la extraversión, el neuroticismo, la atribución de la culpa, la capacidad de perdón y la respuesta emocional traumática como factores de riesgo de desarrollar un TEPT.

Entre los problemas psicológicos más probables de ser desarrollados a causa de la hospitalización y la quemadura se cuentan la despersonalización junto con las reacciones de estrés agudo (García, 2010), los niveles elevados de ansiedad (Robinson, 1996) y depresión (Roh, Chung, Kwon, & Kim, 2012; Thombs et al., 2007) asociados ambos con los niveles más altos de dolor (Lončar et al., 2006) y el trastorno de estrés postraumático (Sadeghi-Bazargani et al., 2011; Lu et al., 2007).

### III) c). Morbilidad psiquiátrica, suicidio y autoinmolación.

Es justo mencionar que la morbilidad psiquiátrica previa a la lesión por quemaduras es algo común en la clínica de estos pacientes (Gallach-Solano et al., 2015; McKibben et al., 2009; Patterson et al., 1993) entre los que se cuentan los trastornos psicóticos y de la personalidad (Palmu, Suominen, Vuola, & Isometsä, 2010), el trastorno depresivo mayor, la fobia simple, la dependencia al alcohol, el trastorno de pánico (Dyster-Aas et al., 2008), casos relacionados al consumo de sustancias (Burke et al., 2008) problemas relacionados al control de la impulsividad (Pavan et al., 2009) y el padecer demencia como un factor de riesgo (Harvey, Mitchell, Brodaty, Draper, & Close 2016).

También se ha documentado el hecho de que los pacientes que padecen epilepsia suelen sufrir este tipo de lesiones, generalmente profundas, como resultado de las convulsiones (Hampton et al., 1988).

Existen antecedentes de casos de intentos de suicidio por quemaduras autoinflingidas (Ashton & Donnan, 1979) que, según Davidson y Brown (1985) implican generalmente el uso de líquidos inflamables como gasolina, encender la propia ropa con fósforos y utilizando el suministro de gas doméstico, donde también se incluyen el uso de los agentes químicos y eléctricos (Pham, King, Palmieri, & Greenhalgh, 2003).

Esta última población de pacientes se caracterizan por estancias hospitalarias más prolongadas, tardando más tiempo en curar, y representando dicha patología un obstáculo en la recuperación y adaptación pos-quemadura (Wisely, Wilson, Duncan, & Tarrier, 2010); por lo que se concluye que los sobrevivientes de quemaduras son un grupo vulnerable que demuestran mayores tasas de psicopatología y necesidad de atención (Logsetty et al., 2016).

Por último, es necesario enfatizar que no toda persona que se prende fuego a sí misma padece alguna condición mental patológica, como es el caso de la autoinmolación, que puede estar ligada a otros motivos, tanto políticos como ideológicos, más bien ligados a manifestaciones o protestas simbólicas (Moraga, 2017).

### III) d). La vida después de las quemaduras.

Como punto de partida podemos considerar el hecho de que la calidad de vida de estos pacientes se verá influenciada, ya sea por las consecuencias de las lesiones sobre la salud física, como así también, sobre la salud psicológica (Pavoni, Giancesello, Paparella, Buoninsegni, & Barboni 2010), ya que hablamos de un trauma de naturaleza multifactorial que afecta a todos los sistemas del cuerpo, repercutiendo en las dimensiones estéticas, interpersonales, sociales y físicas del paciente (Stavrou et al., 2013).

En esto radica la importancia obtener información sobre los factores que esclarecen la magnitud del daño que queda luego de la lesión, para luego facilitar la reducción de los costos económicos y el sufrimiento humano (Öster & Sveen, 2014), ya que a veces, incluso a pesar de los tratamientos, las graves secuelas hacen imposible la reinserción de los pacientes a la sociedad (Vega, 2009), reinserción que se ve dificultada por los cambios radicales en los contextos laborales y/o escolares, o peor aún, por el

abandono de los mismos (Palmu, Partonen, Souminen, Vuola & Isometsä 2015; Chang & Herzog, 1976).

Retomando esto último, las secuelas pueden ser definidas como el trastorno o lesión que persiste tras la curación de un traumatismo o enfermedad, consecuencia de los mismos, y que produce cierta disminución de la capacidad funcional de un organismo o parte del mismo (Martín Espinosa & Píriz-Campos, 2014), y en el caso de los pacientes que sufren quemaduras, este trastorno puede ser objetivo (funcional, morfológico o estético) o subjetivo (ocurrido después de la resolución total de las lesiones).

Con respecto a las secuelas físicas, éstas suelen implicar a las cicatrices, amputaciones, debilidad, fatiga (Martín Espinosa & Píriz-Campos, 2014), el síndrome de dificultad respiratoria en los casos donde hubo inhalación de humo o gases tóxicos (Freddi & Kestens, 2009), y los problemas de memoria, parestesias y dolor crónico cuando la lesión la produjo un agente eléctrico (Singerman, Gomez, & Fish, 2008).

Otro tipo de secuelas implican las alteraciones que sufre la vida sexual luego del accidente, donde la extensa investigación de Gonçalves et al. (2014) explica que, por un lado, un tipo de secuelas implica la alteración de la sensopercepción de la zona afectada, donde el daño en la región genital puede alterar las sensaciones táctiles y eróticas, conduciendo así a una disfunción sexual y a una disminución de la estima sexual; en síntesis, tanto la hiposensibilidad como la hipersensibilidad que se suele presentar en la cicatriz es lo que puede conducir a una disfunción sexual.

A lo anterior hay que sumar el hecho de que si las cicatrices son muy visibles, la persona puede sentirse sexualmente indeseable, lo cual conduce a la evitación de determinadas situaciones, y por ende, a un empeoramiento de la vida sexual.

Puntualizando ahora por el problema de las secuelas psicológicas, partimos del hecho de que la quemadura, por sí sola, tiene el potencial para generar este tipo de alteraciones (Gallach-Solano et al., 2015), donde algunos estudios han señalado que lo que aumenta esa probabilidad depende del porcentaje de superficie total dañada y la gravedad de la quemadura (Kimmo, Jyrki, & Sirpa, 1998), aunque también existe evidencia de que los pacientes con lesiones pequeñas experimentan niveles clínicamente significativos de dificultades psicológicas después de la quemadura (Tedstone & Tarrier, 1997).

Las secuelas psicológicas son elementos sumamente relevantes a la hora de comprender las dificultades en el proceso de rehabilitación, ya que la depresión desempeña un papel central en la discapacidad temprana del paciente, mientras que el TEPT es, más bien, el responsable de los obstáculos y retrasos en el proceso de recuperación en general (Schweininger et al., 2014).

Con respecto desarrollo de la depresión durante el proceso de recuperación, ésta puede aparecer en aquellos pacientes que requieran reconstrucción luego de sobrevivir a las lesiones (Thombs et al., 2007), pero también podría verse impulsada por características específicas de personalidad tales como el neuroticismo, ansiedad y agresión-hostilidad, entendiendo éstos rasgos desde el modelo de los cinco factores (Giannoni-Pastor et al., 2015; Weissman et al., 2015).

A estos dos últimos elementos mencionados (depresión y TEPT), se les debe sumar el problema de la “evitación del miedo”, que consiste en el hecho de que el paciente desarrolla conductas de evitación con respecto a aquellas situaciones que podrían implicar un nuevo y posible accidente.

A partir de dicha evitación, si bien el paciente busca estar a salvo, estas conductas dificultan la reinserción laboral (por los largos períodos de licencia por enfermedad), la rehabilitación física (por la misma inactividad física), al tiempo que mantienen el miedo (por las creencias disfuncionales), conduciendo todo esto a un peor ajuste psicológico general (Willebrand, Andersson, Kildal, Gerdin & Ekselius 2006).

Focalizando la atención sobre la personalidad, ésta sufre alteraciones radicales luego de la lesión, como así lo desarrolla el trabajo de Andreasen y Norris (1972), donde se explica que estos pacientes suelen atravesar una crisis de identidad multifacética, ya que no sólo deben adaptarse a los cambios de su apariencia física, sino también, a la respuesta de los demás ante ellos.

Los cambios en la apariencia física implican el hecho de que los rostros quemados no pueden emitir expresiones, las manos deformadas dejan de ser útiles como medio de expresión, y la postura que antes comunicaba parte de la personalidad y los afectos, ahora se vuelve rígida (Avni, 1980).

La mencionada crisis también impulsa cambios conductuales, como ser, los cambios en los hábitos de vestimenta para ocultar cicatrices, buscando así aliviar la vergüenza (Echevarría-Guanilo, Martins, Cantarelli, Gonçalves, & Rossi 2012).

Los problemas asociados a la desfiguración facial no son menores, tal es así que el trabajo de Cooke Macgregor (1990) expresa el hecho de que, cuando un rostro no se ajusta a la norma, se convierte en una fuente de estrés, ansiedad y malestar constante, ya que si bien hay angustia al observar el propio reflejo en el espejo, más hiriente y perjudicial es ver el propio rostro reflejado en el comportamiento reactivo de los demás mediante reacciones de sobresalto, susurros, comentarios, miradas furtivas, curiosidad, preguntas personales, consejos, manifestaciones de lástima o aversión, risas, burlas y

evitación total, que producen sentimientos de vergüenza, impotencia, enojo y humillación en la víctima.

Todas estas consecuencias que puede sufrir la persona con mutilación facial es lo que algunos autores denominan “muerte social” (Königová, 1992 citando a Macgregor, 1974), lo cual, puede desembocar en un fuerte sentimiento de desesperanza o muerte por suicidio, ya que, cuando toda esta problemática se desarrolla entre los dieciocho y treinta años, la edad más productiva e intelectual del paciente, es difícil disfrutar la vida cuando se es consciente de todas las oportunidades que se perderán, o al menos, que se verán afectadas por este problema (Königová, 1976).

Es pertinente mencionar que las consecuencias de sobrevivir a las quemaduras también difieren según el género, siendo el femenino más perjudicado que el masculino, ya que las mujeres presentan un peor estado físico y mental general, mayor angustia psicológica y dificultades en el funcionamiento interpersonal (Wasiak et al., 2017).

El trabajo de Pinto, Montinho y Gonçalves (2010) expone una manera de comprender la forma en que se desarrolla toda esta problemática mencionada, y que desemboca en una reelaboración de la propia identidad; reelaboración que depende no sólo de las características del mundo interno individual, sino también, de factores sociales y económicos que pueden funcionar como facilitadores o como obstáculos.

Este proceso comprende tres etapas donde, en primer lugar, lo que ocurre es la pérdida y distorsión de la autoimagen por lo traumático del evento. En segundo lugar, aparece una cierta depresión y una reestructuración de las relaciones y prioridades de la vida. Por último, se genera una integración de la nueva imagen corporal y una estabilización de las relaciones envolventes. A modo de conclusión, el impacto biopsicosocial de una quemadura comienza desde el momento en que se produce la lesión,

y se extiende a lo largo de la vida de esa persona (Menzies, 2000), generándose un daño que, más allá de la apariencia y capacidades físicas, implica a los significados que circulan alrededor del cuerpo (Rojas Cebrero & Romero Pérez, 2010). Hablamos de lesiones que hacen que un individuo cambie, casi siempre de manera irreversible (Pinto et al., 2010), y con mucha frecuencia, con desfiguraciones que conducen a una alteración de la imagen corporal y de la autoestima (Cabrera Cabrera, 2012), siendo mayor la repercusión en la población femenina (Wasiak et al., 2017; Silva, Freire, Simpson, Silva, & Ferraz 2015; Connell, Coates, & Wood, 2013; Bowden, Feller, Tholen, Davidson, & James 1980). En función de los mencionados antecedentes es que se pudo elaborar la lista con las posibles categorías de secuelas que los participantes podían seleccionar en el cuestionario sociodemográfico.

#### **IV. Antecedentes de la repercusión de las lesiones por quemaduras sobre el autoconcepto.**

En el trabajo de revisión sobre investigaciones que buscaron relacionar el autoconcepto y las lesiones por quemaduras, nos encontramos con el trabajo de Zamanzadeh, Valizadeh, Lotfi y Salehi (2015), donde se buscó investigar las experiencias de los pacientes quemados con respecto a cómo preservar el autoconcepto en la vida después de una lesión por quemaduras. Este trabajo concluyó que los participantes estaban involucrados con procesos mentales que implicaban un esfuerzo e intento por preservar el autoconcepto frente a la amenaza que representaba el acontecimiento que habían vivido.

A similares conclusiones arribó el estudio de Mannan et al. (2006) donde se investigaron los aspectos psicosociales de las cicatrices por quemaduras de ácido en pacientes de Bangladesh. En este estudio se trabajó con una muestra de cuarenta y cuatro pacientes que habían sufrido quemaduras con ácido producto de asaltos, donde las áreas afectas fueron principalmente en la región facial, cuero cabelludo y brazos. Entre las conclusiones se afirma que una característica interesante de esta población es la preservación relativa del autoconcepto percibido luego de la lesión, aunque la población femenina obtuvo puntuaciones más bajas en comparación con la población masculina.

Si bien no se encontraron muchos antecedentes que vinculen a las lesiones por quemaduras con el constructo autoconcepto, sí se encontraron trabajos que las vinculan con la autoestima, proceso psicológico que según García y Musitu (1999) cumple un papel fundamental en proceso de elaboración del autoconcepto.

Uno de los trabajos más recientes al respecto (Ochoa Lima, 2018) estudió la relación entre la profundidad de la quemadura y la autoestima, poniendo de manifiesto que existe afectación indiscutible a nivel de la autoestima en pacientes que han sufrido

quemaduras de segundo y tercer grado, lo cual incide directamente en la forma en cómo nos vemos y cómo interpretamos el juicio de los demás hacia nuestro aspecto; manifestándose dicha afectación por medio de la insatisfacción con la imagen corporal, el aumento del estrés, síntomas de ansiedad, depresión, aislamiento social y problemas sexuales.

Por otro lado, entre los trabajos que puntualmente relacionan localización de la quemadura y autoestima podemos mencionar el de Faisal, Amjad y Zehra (2016) que encontró una asociación significativa entre las quemaduras faciales y la baja autoestima, como así también, el hecho de que las mujeres tienen una imagen corporal más negativa que los hombres después de sufrir quemaduras graves.

De manera similar, el trabajo de Bakr y Berma (2016) expone que existe una relación significativa entre el estrés, la depresión y el sitio anatómico de la quemadura, especialmente si la lesión afecta a los miembros superiores del cuerpo.

Por último, en cuanto a las diferencias de género, el trabajo de Zaidi, Yaqoob, y Noreen (2017) encontró que los hombres con quemaduras graves se perciben con una mayor autocompetencia en comparación con las mujeres con quemaduras graves, sin embargo, no se encontraron diferencias de género significativas con respecto a las subescalas de autoaceptación, la autocompetencia académica y la aceptación social y física.

De manera equivalente también se ha demostrado (Faisal, Hussain, & Jawed, 2017) que los pacientes hombres con quemaduras tienen una autoestima más elevada que las pacientes femeninas en las dimensiones de autoevaluación, capacidad social y apariencia, donde también se descubrió que las mujeres tienen una imagen corporal más negativa que los hombres después de sufrir quemaduras graves.

## Objetivos de la presente investigación

**Objetivo general:** Conocer las diferentes percepciones que hombres y mujeres adultos poseen en relación a su autoconcepto luego de haber sufrido daños físicos por medio de quemaduras, y se analizar dichos datos en relación a la ansiedad rasgo y ansiedad estado, a partir de al menos un mes de haberse producido la lesión.

### Objetivos específicos:

- Explorar la percepción que las personas con quemaduras poseen de su autoconcepto laboral, social, emocional, familiar y físico.
- Evaluar los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado en personas con quemaduras.
- Establecer si existe una relación entre los puntajes de las distintas dimensiones del autoconcepto y los puntajes de ansiedad estado y ansiedad rasgo en personas con quemaduras.

## Metodología

### *Diseño del estudio*

El diseño de la investigación es cuantitativo no experimental de tipo transeccional (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010).

Con *no experimental* nos referimos a que las variables intervinientes en el mismo no son susceptibles a manipulación por parte del experimentador; además no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes (Hernández Sampieri et al, 2010).

El alcance del presente estudio es correlacional, ya que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dimensiones del autoconcepto, la ansiedad y el hecho de haber sufrido quemaduras.

## ***Muestra***

La muestra fue intencional no probabilística, y estuvo compuesta por personas de nacionalidad Argentina que habían sufrido quemaduras. Se estableció un rango temporal para seleccionar a la muestra donde los participantes fueron evaluados luego de un mes de producida la lesión, pero dentro del primer año. Los segmentos de tiempo establecidos se seleccionaron en base a antecedentes que ponen de manifiesto el hecho de que a partir de un mes de haberse producido el daño, ya se pueden comenzar a registrar alteraciones psicológicas significativas (Wiechman et al., 2001), y en los casos de mayor gravedad, incluso habiendo pasado más de dos años (Fauerbach et al., 2007; Wiechman et al., 2001).

Las muestras no probabilísticas poseen como limitación el hecho de que los resultados de este estudio no pueden ser generalizados al resto de la población debido a que se torna imposible poder determinar con precisión el grado de error estándar (Hernández Sampieri et al., 2010). Esto implica que las conclusiones de esta investigación no podrán extrapolarse al resto de la población Argentina, sino que tendrá validez de estudio piloto o sondeo con conclusiones que se aplican específicamente en el grupo de la muestra.

## ***Criterios de inclusión***

- Edad: igual/mayor de 18 años, e igual/menor de 60 años.
- Haber sufrido quemaduras de localización general o especial.
- Que haya transcurrido, al menos, un mes después de la lesión, o un tiempo menor donde la lesión no haya implicado internación: este criterio se justifica por el hecho de que en el contexto de hospitalización existen variables que podrían afectar los resultados de los instrumentos que se pretenden tomar, tales como elevada ansiedad, síntomas confusionales, problemas del sueño, entre otros (Avni, 1980); sumado al hecho de que

las quemaduras que suelen dejar secuelas o cicatrices, tales como las de tipo AB, tardan en sanar aproximadamente de 14 a 21 días (Castillo, 2018). Por los mencionados antecedentes es que se considera que esperar, al menos un mes luego de la lesión es un tiempo prudencial para poder comenzar a administrar los instrumentos, ya que se busca trabajar en un contexto donde no existan los factores que pueden alterar los resultados de los instrumentos.

- Capacidad para recibir información oral y visual, y comprender el idioma español, tanto de manera oral como escrita.
- Haber cumplimentado y aprobado el Consentimiento Informado para participar del estudio.

### ***Criterios de exclusión***

- Padecer actualmente patologías de tipo psiquiátricas, psicológicas o neurocognitivas: Este criterio se justifica por el hecho de que se ha demostrado que el padecer patologías adicionales es un factor importante que afecta y empeora a la calidad de vida relacionada con la salud, incluso mucho más que el daño que pueda producir la secuela de la lesión por quemaduras (Orwelius et al., 2012).
- Haber sufrido amputaciones debido a la lesión por quemaduras: Este criterio se justifica por el hecho de que un proceso de amputación afecta todas las dimensiones de la vida de una persona, tales como pérdida de la capacidad funcional, de la autoestima y la independencia, pudiendo generar trastornos del estado de ánimo y adaptativos (Tavera, 2014), todo lo cual, alteraría los resultados que arrojarían los test.

Participaron de este estudio  $N=30$  adultos de ambos sexos (24 mujeres y 6 varones, ver **Tabla 1**) con edades entre 18 y 49 años,  $ME=26,7$   $DE=7,67$ .

<b>Tabla 1. Sexo.</b>		
<b>Sexo.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Masculino.	6	20%
Femenino.	24	80%
Total.	30	100,00%

Prácticamente, la mitad de los participantes tenía formación académica, y la otra mitad se repartió entre distintos niveles de formación (ver **Tabla 2**).

<b>Tabla 2. Niveles de formación alcanzados.</b>		
<b>Nivel escolar.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Primario.	0	0%
Secundario.	9	30%
Terciario.	5	16,70%
Universidad.	15	50%
Posgrado.	1	3,30%
Total.	30	100%

En lo relativo al estado civil de la muestra, la mayoría de los participantes eran solteros, y el resto se repartió entre las categorías de casado y divorciado (ver **Tabla 3**).

<b>Tabla 3. Estado civil.</b>		
<b>Estado Civil.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Soltero/a.	23	77%
Casado/a.	3	10%
Viudo/a.	0	0,00%
Divorciado/a.	1	3%
Otro.	3	10,00%
Total.	30	100%

Con respecto al origen de la muestra, fue de nacionalidad Argentina, proveniente de las provincias de Buenos Aires, Mendoza, Tucumán, Entre Ríos y Córdoba, y participantes de la asociación Rehabilitación Quemados Mendoza (Ver **Tabla 4**).

<b>Tabla 4. Distribución de frecuencia de lugar de residencia.</b>		
<b>Lugar de residencia.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Buenos Aires.	13	43%
Mendoza.	14	46%
Tucumán.	1	3,00%
Entre Ríos.	1	3%
Córdoba.	1	3,00%
Total.	30	100%

En cuanto a la situación laboral de los participantes, 12 participantes tenían trabajo, 10 no lo tenían, y 8 trabajaban de manera informal (Ver **Tabla 5**).

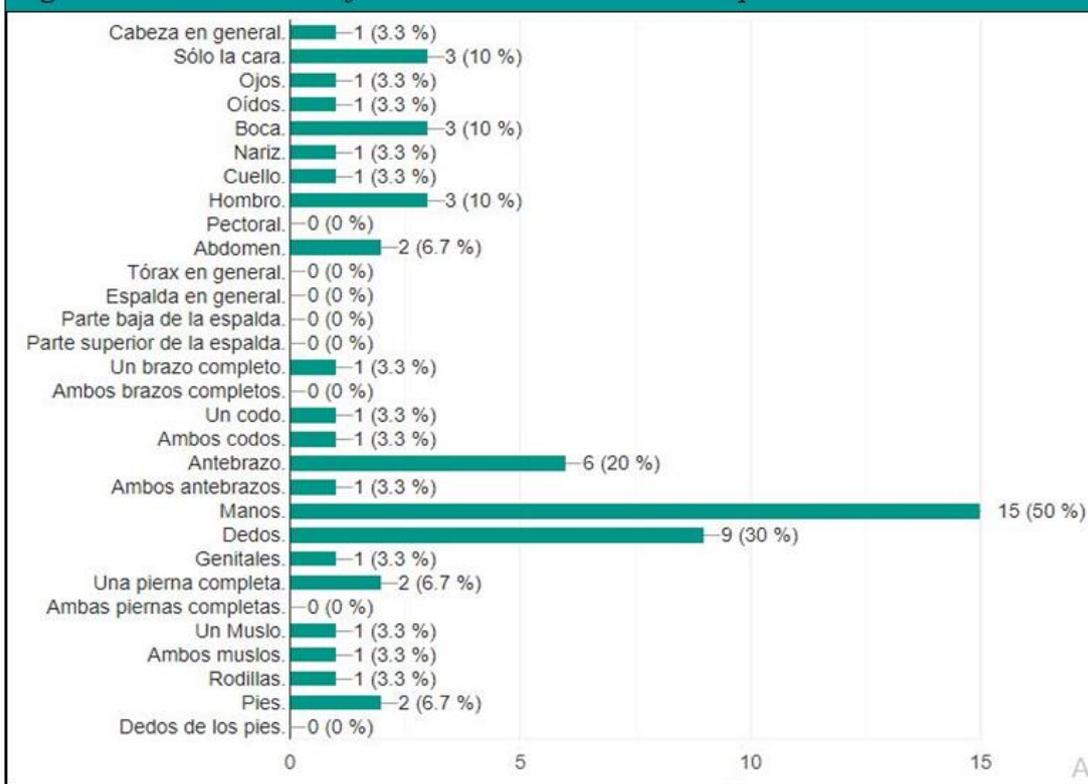
<b>Tabla 5. Situación laboral.</b>		
<b>Categoría.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Con trabajo.	12	40%
Sin trabajo.	10	33%
Trabajo Informal.	8	27,00%
Total.	30	100%

En relación al tipo de quemaduras registradas, se detectaron 11 de tipo generales, y 19 de tipo especiales (ver **Tabla 6**).

<b>Tabla 6. Tipo de quemaduras.</b>		
<b>Tipo de quemadura.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Generales.	11	37%
Especiales.	19	63%
Total.	30	100,00%

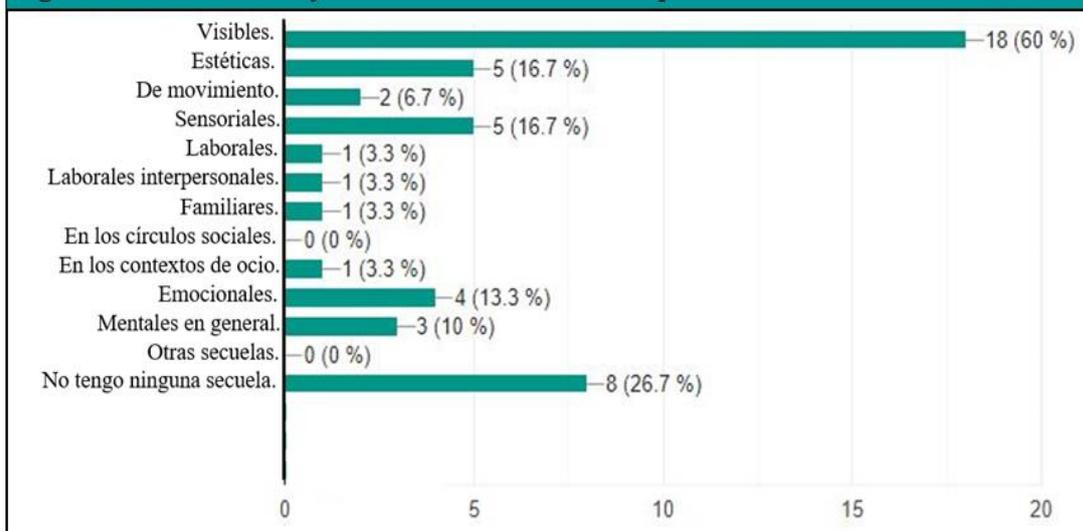
En el registro de las localizaciones de quemaduras, las zonas que aparecen con mayor frecuencia implicaron manos, antebrazos, y la cara en general (ver **Figura 1**).

**Figura 1. Distribución de frecuencia de localización de quemaduras.**



En el registro de secuelas, éstas se presentaron de la siguiente forma: las visibles fueron las que se manifestaron con mayor frecuencia, seguido de las estéticas y sensoriales, y por último, las emocionales (ver **Figura 2**).

**Figura 2. Distribución de frecuencia de las secuelas de quemaduras.**



### ***Definición conceptual de las variables***

Se consideró como ***autoconcepto*** la definición dada por García y Musitu (1999), como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como ser físico, social y espiritual, es la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto. Sus dimensiones son Académico Laboral, Social, Emocional, Familiar y Físico.

Se consideró como ***ansiedad*** la definición dada por Spielberger, Gorsuch y Lushene (2011), donde la ansiedad Estado (A/E) es un estado o condición emocional transitoria, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Por otro lado, la ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado (A/E).

Se consideró como ***quemaduras*** la definición dada por Chomali (2001), como lesiones producidas en los tejidos vivos debido a la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, que provocan desde alteraciones funcionales reversibles, hasta necrosis, destrucción celular y muerte.

### ***Instrumentos***

#### ***Cuestionario de Autoconcepto de García y Musitu.***

Cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF-5) de García y Musitu (1999), adaptación Argentina realizada por Posada, Castañeiras, y Martínez Festorazzi (2009). Cuestionario que explora el autoconcepto en sus cinco dimensiones (físico, social, familiar, emocional y académico/laboral) y se compone de una sola escala de 30 frases,

donde a cada una de ellas se le debe asignar un valor de entre 1 y 99 según el grado de acuerdo con cada frase, es decir, que mientras los valores se acercan al número 1, más en desacuerdo está el participante con lo enunciado en determinada frase; por el contrario, mientras más cerca están los valores del número 99, más de acuerdo está el participante con determinada frase. En las instrucciones de aplicación, el examinador pedirá a los sujetos que asignen un determinado valor a cada afirmación, según el grado de acuerdo con cada una. Con respecto a la corrección, los puntajes brutos implican un puntaje por cada dimensión: para dimensión, académica/laboral, se suman los puntajes de las frases 1, 6, 11, 16, 21 y 26; para la social, se suman la 2, 7, 12, 17, 22 y 27; para la emocional al valor 600 se le restan los puntajes sumados de las frases 3, 8, 13, 18, 23 y 28. Para la dimensión familiar se suman la 4, 9, 14, 19, 24 y 29. Por último, para la dimensión física se suman las frases 5, 10, 15, 20, 25 y 30. Antes de realizar las sumas se debe tener en cuenta que no todos los puntajes se suman de manera directa, ya que hay algunos ítems donde la frase se debe invertir, y son las frases 12, 22, 4 y 14, y dicha inversión implica que, al número 100 se le debe restar lo que el participante puntuó de manera directa, y de esa manera se obtiene el verdadero puntaje que iría en dicha afirmación. Una vez obtenidos cada puntaje directo, dicho número se debe dividir por 60, y de esa manera obtenemos el número que debemos buscar y ubicar en la tabla de puntuaciones directas y centiles. Una vez en la tabla, el número nos indicará en qué población se encuentra la respuesta que otorgó el sujeto, pudiendo ésta pertenecer a la categoría promedio (50), por debajo del promedio (45-25), puntuación baja (20-1), por encima del promedio (75-55) o puntuación alta (99-80) (**Consultar Anexo C**).

### ***Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo de Spielberg, Gorsuch y Lushene.***

Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), adaptación Argentina realizada por Leibovich de Figueroa (1991). Cuestionario que comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos de la ansiedad, como estado y como rasgo. Se compone de 40 ítems divididos en dos escalas. En la escala de ansiedad estado se debe colocar a cada ítem una puntuación del 0 al 3, siendo 0 nada, 1 algo, 2 bastante y 3 mucho. Luego, en la escala de ansiedad rasgo, se debe colocar a cada ítem una puntuación del 0 al 3, donde 0 es casi nunca, 1 es a veces, 2 es a menudo, y 3 casi siempre. En las instrucciones de aplicación, el examinador pedirá a los sujetos que rodeen uno de los números del 0 al 3 impresos en el ejemplar junto a cada frase. Una vez que el participante tiene en sus manos el test a completar se encontrará con dos hojas, una donde se evaluará la ansiedad Estado por medio de 20 afirmaciones, y otra donde se evaluará la ansiedad Rasgo, por medio de 20 afirmaciones. Una vez que el participante ha otorgado puntuaciones a cada frase, se le retiran las hojas y se prosigue a la corrección de las mismas. Al momento de realizar la corrección, se deben tener en cuenta dos datos: por un lado se deben sumar las puntuaciones directas, y por otro lado, las puntuaciones invertidas. Las puntuaciones directas son aquellas que se suman directamente, es decir, si el sujeto asigna 3 puntos a una frase, esos 3 puntos se suman directamente al resto de las puntuaciones directas. Por el contrario, las puntuaciones invertidas no son así, ya que si el sujeto asigna 3, eso equivale a 0, si asigna 2, equivale a 1, y si asigna 1, equivale a 2. Tanto los puntajes directos, como los invertidos, están presentes en ambas escalas. A continuación se exponen los ítems donde las puntuaciones se cuantifican de manera invertida:

En la escala **Ansiedad Estado**: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

En la escala **Ansiedad Rasgo**: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Una vez obtenidos estos datos, basta con realizar las sumatorias y trasladar los resultados a la tabla de baremos, para así transformar las puntuaciones directas en puntuación percentil o decatipo. La tabla de percentiles se lee de la siguiente manera: Puntajes máximos (99-77), puntajes por encima del promedio (75-55), puntaje promedio (50), puntajes por debajo del promedio (45-25) y por último, puntajes bajos (23-1). A la hora de administrar el test se recomienda primero aplicar la parte de A/E y luego de la A/R **(Consultar Anexo D)**

#### ***Cuestionario Ad Hoc de características sociodemográficas.***

Para el presente estudio, se desarrolló un Cuestionario Ad Hoc, que posee la finalidad de recoger datos específicos de los sujetos de la muestra, tanto en lo relativo a las quemaduras sufridas y su localización, como así también, sobre diferentes aspectos sociales y culturales. De este modo, se pudo tener en cuenta los datos socioculturales para ampliar los conocimientos de los sujetos que fueron sometidos al estudio de las variables. **(Consultar Anexo B).**

#### ***Procedimiento***

El procedimiento de la presente investigación tuvo que ser realizado de manera online y digital (no presencial) por las siguientes razones. Por un lado, la imposibilidad de poder recoger datos de la muestra en el Hospital Lagomaggiore por haber sido negada la autorización a realizar dicho trabajo en esa institución, a consecuencia de los protocolos de COVID establecidos por dicha institución. Por otro lado, durante el año 2020 se estableció una estricta cuarentena que hacía imposible el contacto presencial con los participantes. En función de estas dificultades es que se tuvo que realizar una adaptación técnica de los instrumentos de exploración psicológica, para así poder llevar a cabo el presente estudio. Una vez que el consentimiento informado y los instrumentos de

exploración psicológica estuvieron digitalizados mediante la plataforma de Google Forms, se procedió a la búsqueda masiva de los potenciales participantes. Primero Se realizó una difusión por medios masivos de comunicación (como redes sociales, entre ellas Facebook, Instagram, Twitter y Whatsapp) de un banner que buscaba rastrear voluntarios para participar en el presente estudio. También se pidió autorización a la institución “*Rehabilitación quemados Mendoza*” para buscar voluntarios en dicha institución. El investigador, una vez que obtuvo el contacto de cada participante, le pedía el consentimiento, y si el participante aceptaba colaborar, se le pedía el correo electrónico, y se le enviaba el formulario diseñado en formato “Formularios de Google”. Para aquellos participantes que no tenían correo electrónico, también estaba disponible la opción de enviar el enlace web para completar, lo cual facilitaba el proceso de llenado mediante la aplicación Whatsapp. El formulario de Google estuvo compuesto por cuatro secciones:

1. La primera sección contenía el consentimiento informado. (**Consultar Anexo A**).
2. La segunda sección contenía el cuestionario sociodemográfico (**Consultar Anexo B**).
3. La tercera sección contenía el cuestionario STAI (**Consultar Anexo D**).
4. La cuarta sección contenía el cuestionario AF-5 (**Consultar Anexo C**).

Una vez que cada participante completaba el formulario, lo reenviaba al correo electrónico del investigador. Posteriormente se registraba toda la información en una tabla de Word que contenía las siguientes categorías: Nombre del participante, Provincia de residencia, Edad, Tipo de quemadura, Localización precisa, Secuelas registradas, Tiempo transcurrido desde el accidente, Enfermedades crónicas actuales, Resultados de los instrumentos STAY y AF-5. Una vez corregidos los instrumentos de exploración psicológica y obtenidos los resultados, se acordaba la entrevista de devolución con cada participante, por vía Zoom.

### *Plan de análisis de datos*

En el presente estudio se utilizó el Software SPSS versión 24.0 para Windows en la sección de estadísticos descriptivos, distribución de frecuencia, y la prueba estadística de Coeficiente de correlación R de Pearson.

## **Resultados**

Teniendo en cuenta los objetivos del presente estudio, se pasa a revelar los resultados obtenidos a continuación:

### **I. Explorar la percepción que las personas con quemaduras poseen de su Autoconcepto Académico Laboral, Social, Emocional, Familiar y Físico.**

#### **a. Medición de las dimensiones del Autoconcepto.**

El segundo objetivo de la investigación responde a exploración del Autoconcepto y sus dimensiones en los participantes (ver **Tabla 8**):

<b>Tabla 8. Dimensiones del Autoconcepto.</b>						<b>Punto de comparación de Puntajes.</b>
Autoconcepto	N°	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip	P. Máximos. Centil: 99-80.
Dimensión Académico Laboral.	30	2,91	9,9	6,97	1,98	P. Sobre Prom. Centil: 75-55.
Dimensión Social.	30	2,65	9,75	6,69	1,89	P. Promedio. Centil: 50.
Dimensión Emocional.	30	1,48	8,68	5,46	1,89	P. Debajo Prom. Centil: 45-25.
Dimensión Familiar.	30	1,93	9,9	6,54	2,49	P. Baja. Centil: 20-1.
Dimensión Física.	30	1,73	9,43	5,62	2,05	
N° Válido.	30					

Los valores obtenidos en la escala de Autoconcepto Forma 5 señalan los siguientes resultados: puntajes por debajo del promedio en las dimensiones Académico Laboral, Social y Emocional. Puntajes bajos en la dimensión Familiar. Por último, puntajes altos en la dimensión Física.

## II. Evaluar los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado en personas con quemaduras.

### a. Medición de la Ansiedad Estado y Rasgo.

El primer objetivo de la investigación responde al hecho de examinar la ansiedad y sus niveles en los participantes (ver **Tabla 7**):

<b>Tabla 7. Niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.</b>						<b>Punto de comparación de puntajes.</b>
	N°	Mínimo.	Máximo.	Media.	Desv. tip	
Puntaje Ansiedad Rasgo.	30	5	47	24,53	10,523	P. Máximos. Centil: 99-77.
Puntaje Ansiedad Estado.	30	2	42	21,10	10,918	P. Sobre Promedio. Centil: 75-55.
						P. Promedio. Centil: 50.
N° Válido.	30					P. Bajo Promedio. Centil: 45-25. P. Baja. Centil: 23-1.

Los valores obtenidos en la Escala de Ansiedad Estado / Rasgo fueron ligeramente altos por encima del promedio, ya que, por un lado, en la dimensión Ansiedad Rasgo, el promedio obtenido fue de una puntuación de 24,53 (percentil 55), lo cual indica puntajes por encima del promedio. Por otro lado, en la dimensión Ansiedad Estado, el promedio obtenido fue de una puntuación de 21,10, lo cual también indica puntajes por encima del promedio (percentil 65).

### III. Establecer si existe una relación entre los puntajes de las distintas dimensiones del autoconcepto y los puntajes de ansiedad estado y ansiedad rasgo en personas con quemaduras.

#### a. Correlación entre Ansiedad y Autoconcepto.

El tercer objetivo específico responde a determinar si existe una correlación entre los puntajes de Ansiedad Estado / Rasgo y los puntajes de las dimensiones del Autoconcepto.

**Tabla 9. Correlaciones entre los puntajes de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo y las dimensiones del Autoconcepto.**

		Puntaje de Autoconcepto Académico Laboral	Puntaje de Autoconcepto Social	Puntaje de Autoconcepto Emocional	Puntaje de Autoconcepto Familiar.	Puntaje de Autoconcepto Físico.
Puntaje de Ansiedad Rasgo.	Correlación de Pearson	-,305	-,574**	-,532**	-,457*	-,620**
	Sig. (bilateral)	,101	,001	,003	,011	,000
	N	30	30	30	30	30
Puntaje de Ansiedad Estado.	Correlación de Pearson	-,216	-,351	-,377*	-,301	-,495**
	Sig. (bilateral)	,252	,057	,040	,106	,005
	N	30	30	30	30	30

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En el caso de la Ansiedad Rasgo, se encontró una correlación estadísticamente significativa y negativa con el Autoconcepto Social ( $r = -,57$   $p < .001$ ), con el Autoconcepto Emocional ( $r = -,52$   $p < .001$ ), con el Autoconcepto Familiar ( $r = -,45$   $p < .005$ ) y el Autoconcepto Físico ( $r = -,62$   $p < .001$ ) (ver **Tabla 9**). No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la Ansiedad Rasgo y el Autoconcepto Académico Laboral (ver **Tabla 9**).

En el caso de la Ansiedad Estado, se encontró una correlación estadísticamente significativa y negativa con el Autoconcepto Emocional ( $r = -,37$   $p < .005$ ) y el

Autoconcepto Físico ( $r = -.49$   $p < .001$ ) (ver **Tabla 9**). No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la Ansiedad Estado y las dimensiones Académico Laboral, Social y Familiar (ver **Tabla 9**).

## Discusión

El *primer objetivo* buscó examinar los niveles de las dimensiones del Autoconcepto en personas que habían sufrido lesiones por quemaduras. De estos resultados, en primer lugar, sobre la baja puntuación obtenida en el Autoconcepto Académico Laboral, tal dato es congruente con el estudio de Chang & Herzog (1976), donde se expone que luego del accidente, es frecuente la dificultad para regresar al trabajo o la escuela, incluso muchos pacientes requieren un cambio de trabajo, y otros, en el caso de poblaciones infantiles, directamente no pueden continuar con sus grupos de pares en la escuela. A esto último hay que añadir el problema de la evitación del miedo (Willebrand et al., 2006), que consiste en el hecho de que el paciente puede desarrollar conductas de evitación con respecto a aquellas situaciones que podrían implicar un nuevo y posible accidente, sobre todo, en contextos laborales donde ocurrió el accidente.

A partir de esto, si bien el paciente buscar estar a salvo, dichas conductas de evitación dificultan la reinserción laboral (por los largos períodos de licencia por enfermedad). Es necesario aclarar que los drásticos cambios de hábitos en estos contextos dependen estrictamente de qué tan visible e incapacitante sea la lesión sufrida (Kimmo et al., 1998).

En segundo lugar, sobre la baja puntuación obtenida en la dimensión Social encontramos antecedentes en dos direcciones:

Por un lado, los datos del presente estudio concuerdan con los hallazgos obtenidos en el estudio de Ochoa Lima (2018), donde se expresa el hecho de que los individuos

afectados por quemaduras experimentan grandes problemas con la interacción social, pudiendo incluso desarrollar problemáticas de evitación y ansiedad social. La coherencia con este estudio es parcial, ya que si bien no explora el autoconcepto como tal, sí explora la autoestima, ambos procesos íntimamente relacionados entre sí (García & Musitu, 1999).

En dirección opuesta a lo anterior, el trabajo realizado por Mannan et al., (2006) sobre los aspectos psicosociales de las cicatrices por quemaduras, termina por concluir que, incluso en poblaciones donde la lesión ha comprometido la región facial, cuero cabelludo y brazos, se observa una relativa preservación del autoconcepto percibido luego de la lesión.

En relación a este último antecedente, parece existir controversia con respecto a la repercusión psicológica de las lesiones faciales, ya que si bien Mannan et al., (2006) refiere una preservación del autoconcepto, otros resultados (Faisal, Amjad & Zehra, 2016), contrastan con esta idea, declarando una asociación significativa entre las lesiones faciales y la baja autoestima.

En tercer lugar, sobre la baja puntuación obtenida en la dimensión Emocional, este resultado se ajusta al trabajo de Bakr y Berma (2016), donde se establece la existencia de una relación significativa entre el estrés, la depresión y las quemaduras; relación que necesariamente se manifiesta en los bajos puntajes obtenidos en la dimensión emocional.

En cuarto lugar y en relación a la dimensión Familiar, la baja puntuación de esta dimensión puede estar relacionada con el estudio de Johnson et al. (2016), que sostiene que las consecuencias de la quemadura también recaen sobre la familia del paciente que sufrió la lesión, siendo el trauma emocional altamente prevalente entre los pacientes y las familias de éstos, donde coexisten la angustia junto con la recuperación.

En quinto lugar, con respecto a las altas puntuaciones obtenidas en la dimensión física, la mayoría de las investigaciones no concuerdan con este hallazgo, pero es posible dar una explicación a tal dato.

A la luz de algunos de los antecedentes más citados en esta problemática (Patterson et al, 1993; Königová, 1992; Cooke Macgregor, 1990; Avni, 1980; Macgregor, 1974) se pone de relieve el hecho de que, para que existan repercusiones socio-emocionales en estos pacientes, se requiere una gran destrucción en regiones faciales, de las manos, y por sobre todo, una notable visibilidad de las secuelas estéticas que deja la quemadura; Condiciones tales que no estaban presentes en la mayoría de los participantes de este estudio, tanto por el hecho de que las quemaduras no eran de alta gravedad, como por el hecho de que las zonas más registradas fueron los brazos y manos, y no faciales. Por esto se infiere la razón de los altos puntajes registrados en tal dimensión.

A modo de cierre sobre estos resultados, hay que destacar que, de manera general, el estudio de Zamanzadeh et al., (2015) no coincide con los presentes datos, ya que concluye que los pacientes, luego de un tiempo de ocurrida la lesión, se ven involucrados con procesos cognitivos que implicaban un esfuerzo e intento por preservar el autoconcepto.

El *segundo objetivo* buscó explorar los niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en personas que habían sufrido lesiones por quemaduras, encontrándose en ambos constructos, puntuaciones por encima del promedio. Estos resultados armonizan con aquellos antecedentes (Jain, Khadilkar & De Sousa, 2017; Lončar et al., 2006) que afirman que las altas tasas de ansiedad están asociadas a las lesiones por quemaduras.

Estos datos también convergen indirectamente con otros hallazgos (Davydow, Katon, & Zatzick, 2009; Dyster-Aas., 2008), donde se expresa la alta probabilidad de

desarrollar el trastorno de estrés postraumático en estas poblaciones. El punto de convergencia implicaría el hecho de que la posible presencia del TEPT, podría explicar, en parte, los altos puntajes obtenidos en el cuestionario de Ansiedad Rasgo / Estado.

Finalmente, el *tercer objetivo* de esta investigación apuntó a confirmar si existe una correlación estadísticamente significativa entre los puntajes de las escalas Ansiedad Estado / Ansiedad Rasgo y las dimensiones del Autoconcepto en personas que habían sufrido lesiones por quemaduras.

En este punto, es necesario enfatizar que entre los antecedentes, no se encontraron estudios que hayan establecido correlaciones específicas entre todos los constructos estudiados en la presente investigación, pero sí existen trabajos donde dichas relaciones fueron encontradas por separado o con constructos similares; tales trabajos son parte de este apartado.

Comenzando por exponer la relación entre Ansiedad Rasgo y Autoconcepto, los datos obtenidos en el presente estudio indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre el constructo Ansiedad Rasgo y la dimensión de Autoconcepto Académico Laboral en los adultos que participaron de la presente investigación.

Sin embargo, sí se encontró una relación estadísticamente significativa y negativa, con respecto a las dimensiones Social, Emocional, Familiar y Física; es decir, que a mayores niveles de Ansiedad Rasgo, menores fueron las puntuaciones obtenidas en las cuatro dimensiones mencionadas del Autoconcepto.

Hay que aclarar que en la gran mayoría de los antecedentes encontrados, si bien se exploró la presencia de ansiedad en tales poblaciones, pocos de éstos la abordaron como una variable de la personalidad. Por tal razón es que paso a realizar un recorrido de

las investigaciones que podrían sugerir un punto de encuentro entre tales antecedentes y los presentes resultados.

Con respecto al trabajo de Hobbs (2015) allí se destaca que, en aquellas personas donde el neuroticismo (como rasgo de la personalidad) está presente en niveles muy elevados, existe también, un mayor riesgo de sufrir daños por quemaduras.

De la misma manera, Weissman et al. (2015) agrega que el neuroticismo se correlaciona constantemente con una menor capacidad de ajuste, satisfacción y recuperación luego de la lesión.

El punto de contacto entre estos datos y los resultados del presente estudio es el hecho de que el neuroticismo, como dimensión de la personalidad, necesariamente implica la presencia de la Ansiedad Rasgo. Esto se pone de relieve en el hecho de que el neuroticismo, se compone de una tendencia general a expresar miedo, tristeza, venganza, enojo, culpa y disgusto; y la Ansiedad Rasgo, de una tendencia a percibir situaciones como amenazadoras.

Estos datos parecen sugerir que la presencia de Ansiedad Rasgo y el Neuroticismo, como similares variables de la personalidad, serían factores necesarios, en determinadas poblaciones, en relación directa con las lesiones por quemaduras.

Continuando ahora con la relación entre Ansiedad Estado y Autoconcepto, los datos encontrados en el presente estudio indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre este constructo y las dimensiones Académico Laboral, Social y Familiar, en los adultos que participaron del presente trabajo.

Sin embargo, sí se encontró una relación estadísticamente significativa y negativa entre este constructo y las dimensiones Emocional y Física; en otras palabras, a mayores

niveles de Ansiedad Estado, menores puntuaciones se obtuvieron en las dimensiones Emocional y Física del Autoconcepto.

En cuanto a la relación hallada entre Ansiedad Estado y la dimensión Emocional del autoconcepto, numerosos antecedentes (Jain, Khadilkar & De Sousa, 2017; Pereira de Castro et al., 2013; Connor-Ballard, 2009; Lončar et al., 2006; Robinson, 1996) han encontrado la misma relación, afirmando que las lesiones por quemaduras se asocian con elevada frecuencia, a las altas tasas de ansiedad y síntomas emocionales. Dicha relación se manifiesta con mayor intensidad cuando el contexto es el de la hospitalización (Patterson et al., 1993; Avni, 1980).

En cuanto a la relación hallada entre Ansiedad Estado y la dimensión Física del Autoconcepto, no se encontraron antecedentes con los cuáles contrastar los datos del presente estudio.

### ***Limitaciones del presente estudio***

Como primera limitación, existe el problema de no haber podido relacionar directamente la localización de la quemadura con puntajes específicos de ansiedad y autoconcepto, debido a la baja cantidad de participantes que se lograron obtener en el presente estudio.

En estos resultados, también se admite la posibilidad de que el aumento en las puntuaciones de la variable Ansiedad Estado, se haya visto influenciado por la situación contextual en la que los instrumentos fueron administrados, es decir, en cuarentena y en medio de una pandemia, ya que se ha podido demostrar (Valero Cedeño, Vélez Cuenca, Duran Mojica & Torres Portillo, 2020) que este tipo de contextos generan síntomas como el aumento del estrés y ansiedad, por lo que se sugieren más investigaciones que puedan explorar datos similares en contextos sin cuarentena.

Otra limitación, fue el hecho de que no se pudo establecer una correlación entre los puntajes de las dimensiones del autoconcepto y las secuelas registradas por los participantes, por el hecho de que el registro de las secuelas no se realizó de una manera operacionalizada, sumado al hecho de que no todos los participantes contestaban esa parte del formulario.

Para terminar, debe tenerse en cuenta que el presente estudio se realizó utilizando una muestra no probabilística, por ende, los datos no pueden generalizarse a la población y, por lo tanto, servirán para realizar un sondeo o experiencia piloto, pero no para inferir al resto de la población (que en este caso, implicaría a población de Adultos Argentinos).

### ***Conclusión.***

Los resultados sugieren que las personas que han sufrido lesiones por quemaduras, cuando presentan mayores niveles de Ansiedad Rasgo, se observa una tendencia a la disminución en las dimensiones Social, Emocional, Familiar y Física de su Autoconcepto; pero cuando registran mayores niveles de Ansiedad Estado, la disminución se presenta en las dimensiones Física y Emocional.

### Referencias Bibliográficas:

- Alcázar-Gabás, M., Fidalgo-Pamplona, M. P., & Laplana-Miguel, O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 40(2), 159-169. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922014000200005>
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (5° Ed.). Washington, DC: Editorial Médica Panamericana.
- Andreasen, N. J. C., & Norris, A. S. (1972). Long-Term adjustment and adaptation mechanisms in severely burned adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 154(5), 352–362. DOI: 10.1097/00005053-197205000-00004
- Ashton, J. R., & Donnan, S. P. (1979). Suicide by burning--a current epidemic. *British medical journal*, 2(6193), 769–770. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6193.769>
- Avni, J. (1980). The Severe Burns. *Advances in Psychosomatic Medicine*, (10) 57–77. DOI: 10.1159/000403292
- Bakr, A., & Berma, A. E. (2016). Self-Efficacy and Psychological Status among Hospitalized Burned Patients. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 3(1), 1-22. DOI: 10.21608/pssjn.2019.32177
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. Impreso en México. Internacional Thomson Editores.
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Dias, H., Bassi, A., Chagas-Bloes, D. A., & Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1(39), 75-81. Recuperado de: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/571>
- Bidigare, C. M., & Brown, K. R. (1995). Role of the burn nurse: Emergent care. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 17(1), 61-69. Recuperado de: [https://journals.lww.com/aenjournal/Abstract/1995/03000/Role\\_of\\_the\\_burn\\_nurse\\_\\_Emergent\\_care.11.aspx](https://journals.lww.com/aenjournal/Abstract/1995/03000/Role_of_the_burn_nurse__Emergent_care.11.aspx)
- Bolgiani, A., & Benaim, F. (2008) Quemaduras en emergencias. *Emergencias*. 374-384.

- Bortz, W. M. (1984). The disuse syndrome. *The Western journal of medicine*, 141(5), 691–694. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011199/pdf/westjmed00183-0115.pdf>
- Bowden, M. L., Feller, I., Tholen, D., Davidson, T. N., & James, M. H. (1980). Self-esteem of severely burned patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 61(10), 449-452. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/med/7425816>
- Burke, B. A., Lewis, R. W., Latenser, B. A., Chung, J. Y., Willoughby, C., Kealey, G. P., & Wibbenmeyer, L. A. (2008). Methamphetamine-Related Burns in the Cornbelt. *Journal of Burn Care & Research*, 29(4), 574–579. DOI: 10.1097/bcr.0b013e31817db832
- Cabrera Cabrera, J. S. (2012). La ansiedad y depresión en los pacientes que sufren quemaduras y acuden a la Unidad de Quemados y Cirugía reconstructiva del Hospital General Isidro (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Loja. Recuperado de: <http://192.188.49.17/jspui/bitstream/123456789/6337/1/Cabrera%20Cabrera%20Jhonatan%20Santiago.pdf>
- Caldera Montes, J. F., Reynoso González, O. U., Angulo Legaspi, M., Cadena García, A., & Ortíz Patiño, D. E. (2018). Habilidades sociales y autoconcepto en estudiantes universitarios de la región Altos Sur de Jalisco, México. *Psychological Writings / Escritos de Psicología*, 11(3), 144–153. DOI: 10.5231/psy.writ.2018.3112
- Casado Morales, I. (1994). Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/2997/>
- Castillo, D. P. (2018). Quemaduras. Conceptos para el médico general. *Cuadernos de Cirugía*, 17(1), 58-63. DOI:10.4206/cuad.cir.2003.v17n1-10
- Castro, L. F. G., Vargas, S. V. Á., Rueda, J. T. Q., & García, S. M. V. (2018). Fisiopatología de las quemaduras eléctricas: artículo de revisión. *Revista*

*Argentina de Cirugía Plástica* (02):0051-0056.  
DOI: 10.32825/RACP/201802/0051-0056

Cella, D. F., Perry, S. W., Poag, M. E., Amand, R., & Goodwin, C. (1988). Depression and Stress Responses in Parents of Burned Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(1), 87–99. DOI: 10.1093/jpepsy/13.1.87

Chang, F. C., & Herzog, B. (1976). A Followup Study of Physical and Psychological Disability. *Annals of Surgery*, 183(1), 34–37. DOI: 10.1097/00000658-197601000-00007

Choinière, M., Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N., & Paquin, M.-J. (1989). The Pain of Burns. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 29(11), 1531. DOI: 10.1097/00005373-198911000-00013

Chomali, T. (2001). Quemaduras en adultos: el desafío. *Medwave*, 1(06). DOI: 10.5867/medwave.2001.06.2444

Connell, K. M., Coates, R., & Wood, F. M. (2013). Sexuality Following Burn Injuries. *Journal of Burn Care & Research*, 34(5), e282–e289. DOI: 10.1097/bcr.0b013e31827819bf

Connor-Ballard, P. A. (2009). Understanding and Managing Burn Pain. *American Journal of Nursing*, 109(5), 54–62. DOI: 10.1097/01.naj.0000351510.77627.db

Cooke Macgregor, F. (1990). Facial disfigurement: Problems and management of social interaction and implications for mental health. *Aesthetic Plastic Surgery*, 14(1), 249–257. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01578358>

Cuatin, Y. M., Giraldo Motta, E. C., Jiménez Mariño, W. H., Ortiz Cárdenas, J. A., & Mercado Rey, K. (2014). Cuidado del paciente quemado en estado crítico: un reto para enfermería (Tesis Doctoral) Universidad de la Sabana. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/10791/Yuly%20Mi%20reya%20Cuatin%28TESIS%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Da Silva Carlucci, V. D., Rossi, L. A., Ficher, A. M. F. T., Ferreira, E., & De Carvalho, E. C. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 41(1), 21–28. DOI: 10.1590/s0080-62342007000100003

- Dahl, O., Wickman, M., Björnhagen, V., Friberg, M., & Wengström, Y. (2016). Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. *Burns*, 42(8), 1678–1685. DOI: 10.1016/j.burns.2016.09.012
- Damle, A., & Dabir, S. (2019). Study of Self Concept as a Predictor of Suicidal Ideation among Engineering College Students. *Annual International Conference on Cognitive & Behavioral Psychology*, 55–61. DOI: 10.5176/2251-1865\_CBP19.76
- Davidson, T. I., & Brown, L. C. (1985). Self-inflicted burns: a 5-year retrospective study. *Burns*, 11(3), 157–160. DOI: 10.1016/0305-4179(85)90061-0
- Davydow, D. S., Katon, W. J., & Zatzick, D. F. (2009). Psychiatric Morbidity and Functional Impairments in Survivors of Burns, Traumatic Injuries, and ICU Stays for Other Critical Illnesses: A Review of the Literature. *International Review of Psychiatry*. 21(6): 531–538. DOI: 10.3109/09540260903343877.
- Duarté Vélez, Y., Lorenzo-Luaces, L., & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(2), 1-16. Recuperado de:  
<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/rep/article/view/204>
- Dyster-Aas, J., Willebrand, M., Wikehult, B., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2008). Major Depression and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Following Severe Burn Injury in Relation to Lifetime Psychiatric Morbidity. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 64(5), 1349–1356. DOI: 10.1097/ta.0b013e318047e005
- Echevarría-Guanilo, M. E., Martins, C. L., Cantarelli, K. J., Gonçalves, N., & Rossi, L. A. (2012). Visibilidade das cicatrizes de queimaduras percebida pelos pacientes durante o primeiro ano de reabilitação. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 11(3), 120-124. Recuperado de: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/116/pt-BR/visibilidade-das-cicatrizes-de-queimaduras-percebida-pelos-pacientes-durante-o-primeiro-ano-de-reabilitacao>

- El hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabeddine, K., Boukind, E., & Moussaoui, D. (2002). Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, 28(7), 647–650. DOI: 10.1016/s0305-4179(02)00100-6
- Esteva, E. (2006). El tratamiento de las heridas. *Offarm*, 25(8).
- Eulufí, A. M., Piñeros, J. L. B., Calderón, W. O., Cuadra, Á. C., Danilla, S. E., Léniz, P. F., Roco, H. M., Roa, R. G., & Eulufí, A. C. M. (2006). Quemaduras por frío: Revisión de 10 Años. *Revista chilena de cirugía*, 58(5), 336-340. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000500005>
- Faisal, A., Amjad, A., & Zehra, N. (2016). Impact of Facial Burn Injury on Self Esteem of Burn Patients: A Hospital Based Study From Karachi. *Journal of the Dow University of Health Sciences (JDUHS)*, 10(1), 25-30. Recuperado de: <https://www.jduhs.com/index.php/jduhs/article/view/345>
- Faisal, A., Hussain, N., & Jawed, H. (2017). Self-esteem in male and female patients of facial burn injuries in Karachi. *Pakistan Business Review*, 17(3), 648-662. DOI: <http://dx.doi.org/10.22555/pbr.v17i3.351>.
- Fauerbach, J. A., McKibben, J., Bienvenu, O. J., Magyar-Russell, G., Smith, M. T., Holavanahalli, R., Patterson, D. R., Wiechman, S. A., Blakeney, P., & Lezotte, D. (2007). Psychological Distress After Major Burn Injury. *Psychosomatic Medicine*, 69(5), 473–482. DOI: 10.1097/psy.0b013e31806bf393
- Freddi, O., & Kestens, G. Quemaduras graves. *En Lovesio Carlos: Medicina Intensiva. 5ª Edición*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2009. 805-816.
- Gallach-Solano, E., Pérez del Caz, M. D., & Vivó-Benlloch, C. (2015). Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 41(4), 427–436. DOI: 10.4321/S0376-78922015000400010
- García, F., & Musitu, G. (1999). Autoconcepto forma 5. Madrid: Tea. Recuperado de: [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/AF-5\\_Manual\\_2014\\_extracto.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/AF-5_Manual_2014_extracto.pdf)
- García, J. A. N. (2010). Despersonalización en pacientes quemados. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 168-177. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615449012.pdf>

- Giannoni-Pastor, A., Eiroa-Orosa, F. J., Fidel Kinori, S. G., Arguello, J. M., & Casas, M. (2016). Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptomatology among burn survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Burn Care & Research*, 37(1), 79-89. DOI: 10.1097/BCR.0000000000000226
- Giannoni-Pastor, A., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Fidel Kinori, S. G., Tasqué-Cebrián, R., Arguello, J. M., & Casas, M. (2015). Personality as a predictor of depression symptoms in burn patients: A follow-up study. *Burns*, 41(1), 25–32. DOI:10.1016/j.burns.2014.07.028
- Gil, V. F., Cruz Bajo, M., & Cruz García, M. E. (2017). Plan de cuidados de Enfermería de emergencia en un paciente quemado. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-paciente-quemado/>
- Gonçalves, N., Melo, A. de S., Caltran, M. P., Pedro, I. C. da S., Pan, R., Nascimento, L. C., & Rossi, L. A. (2014). Sexuality in burn victims: An integrative literature review. *Burns*, 40(4), 552–561. DOI: 10.1016/j.burns.2013.11.007
- González Martínez, M. T (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. Recuperado de: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/69050/Aproximacion\\_al\\_concepto\\_de\\_ansiedad\\_en\\_.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/69050/Aproximacion_al_concepto_de_ansiedad_en_.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Goñi Palacios, E., (2009). El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad. (Tesis Doctoral). Recuperado de: <https://addi.ehu.es/handle/10810/12241>
- Goodstein, R. K. (1985). Burns: An overview of clinical consequences affecting patient, staff, and family. *Comprehensive Psychiatry*, 26(1), 43–57. DOI: 10.1016/0010-440x(85)90048-3
- Grandpierre, R., (productor) & Laugier, P. (director y guionista). (2008). *Martyrs*. Eskwald, Streetlight Films, TCB Film, Wild Bunch (productoras). Recuperado de: <https://www.allmovie.com/movie/martyrs-v453857/cast-crew>
- Gullick, J. G., Taggart, S. B., Johnston, R. A., & Ko, N. (2014). The Trauma Bubble. *Journal of Burn Care & Research*, 35(6), e413–e427. DOI: 10.1097/bcr.0000000000000030

- Hampton, K. K., Peatfield, R. C., Pullar, T., Bodansky, H. J., Walton, C., & Feely, M. (1988). Burns because of epilepsy. *British Medical Journal*, 296(6637), 1659–1660. DOI: 10.1136/bmj.296.6637.1659
- Harvey, L., Mitchell, R., Brodaty, H., Draper, B., & Close, J. (2016). Dementia: A risk factor for burns in the elderly. *Burns*, 42(2), 282–290. DOI: 10.1016/j.burns.2015.10.023
- Hobbs, K. (2015). Which factors influence the development of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries? A systematic review of the literature. *Burns*, 41(3), 421–430. DOI: 10.1016/j.burns.2014.10.018
- Iribarren, B. O., & González, G. C. (2001). Quemaduras por agentes químicos. *Cuadernos de Cirugía*, 15(1), 61-69. DOI:<https://doi.org/10.4206/cuad.cir.2001.v15n1-12>. Recuperado: <http://revistas.uach.cl/index.php/cuadcir/article/view/2117>
- Jain, M., Khadilkar N., & De Sousa, A. (2017). Burn-related factors affecting anxiety, depression and self-esteem in burn patients: an exploratory study. *Annals of burns and fire disasters*, 30(1), 30-34. Recuperado de:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5446905/>
- Johnson, R. A., Taggart, S. B., & Gullick, J. G. (2016). Emerging from the trauma bubble: Redefining “normal” after burn injury. *Burns*, 42(6), 1223–1232. DOI: 10.1016/j.burns.2016.03.016
- Kimmo, T., Jyrki, V., & Sirpa, A.-S. (1998). Health status after recovery from burn injury. *Burns*, 24(4), 293–298. DOI: 10.1016/s0305-4179(98)00007-2
- Königová, R. (1976). The ethical problems associated with the treatment of severe burns. *Burns*, 2(3), 137–139. DOI:10.1016/s0305-4179(76)80013-7
- Königová, R. (1992). The psychological problems of burned patients. The Rudy Hermans Lecture 1991. *Burns*, 18(3), 189–199. DOI: 10.1016/0305-4179(92)90069-7
- Larrea, B. A., Ávila, M. A., & Raddatz, C. M. (2015). Manejo del dolor en pacientes quemados. *Revista chilena de anestesia*, 44, 78-95. Recuperado de: <http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv44n01.08.pdf>

- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa & M. Aszkenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-155). Buenos Aires: Psicoteca.
- Logsetty, S., Shamlou, A., Gawaziuk, J. P., March, J., Doupe, M., Chateau, D., & Sareen, J. (2016). Mental health outcomes of burn: A longitudinal population-based study of adults hospitalized for burns. *Burns*, 42(4), 738–744. DOI: 10.1016/j.burns.2016.03.006
- Lončar, Z., Braš, M., & Mičković, V. (2006). The Relationships between Burn Pain, Anxiety and Depression. *Collegium antropologicum*, 30 (2), 319-325. Recuperado de: <https://hrcak.srce.hr/4244>
- Lu, M. K., Lin, Y. S., Chou, P., & Tung, T. H. (2007). Post-traumatic stress disorder after severe burn in southern Taiwan. *Burns*, 33(5), 649–652. DOI: 10.1016/j.burns.2006.09.004
- Mannan, A., Ghani, S., Clarke, A., White, P., Salmanta, S., & Butler, P. E. M. (2006). Psychosocial outcomes derived from an acid burned population in Bangladesh, and comparison with Western norms. *Burns*, 32(2), 235–241. doi:10.1016/j.burns.2005.08.027
- Martín Espinosa, N. M., & Píriz-Campos, R. M. (2014). Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. *Revista Rol de Enfermería*, 37(2), 100-109. Recuperado de: [https://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/28\\_Secuelas.pdf](https://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/28_Secuelas.pdf)
- Marvin, J. A., & Heimbach, D. M. (1985). Pain Control During the Intensive Care Phase of Burn Care. *Critical Care Clinics*, 1(1), 147–157. DOI: 10.1016/s0749-0704(18)30676-6
- McKibben, J. B. A., Ekselius, L., Girasek, D. C., Gould, N. F., Holzer, C., Rosenberg, M & Gielen, A. C. (2009). Epidemiology of burn injuries II: Psychiatric and behavioural perspectives. *International Review of Psychiatry*, 21(6), 512–521. DOI: 10.3109/09540260903343794
- Menzies, V. (2000). Depression and burn wounds. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(4), 199–206. DOI: 10.1053/apnu.2000.8660

- Moraga, C. I. (2017). Uso del cuerpo en la protesta política. Significación e implicancias subjetivas de la Autoinmolación en el plano de “Lo Político”. *Revista Academia y Crítica*, (1), 56-79. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/571-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1590-2-10-20170801.pdf>
- Ochoa Lima, E. M. (2018). Nivel de autoestima en pacientes con quemaduras graves de segundo y tercer grado (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16884>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Quemaduras. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Orwelius, L., Willebrand, M., Gerdin, B., Ekselius, L., Fredrikson, M., Sjöberg, F. (2012). Long term health-related quality of life after burns is strongly dependent on pre-existing disease and psychosocial issues and less due to the burn itself. *Burns* 39(2), 229-235. DOI: 10.1016/j.burns.2012.11.014
- Öster, C., & Sveen, J. (2014). The psychiatric sequelae of burn injury. *General Hospital Psychiatry*, 36(5), 516–522. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2014.05.003
- Pal, S. K., Cortiella, J., & Herndon, D. (1997). Adjunctive methods of pain control in burns. *Burns*, 23(5), 404–412. DOI: 10.1016/s0305-4179(97)00029-6
- Palao, R., Monge, I., Ruiz, M., & Barret, J. P. (2010). Chemical burns: Pathophysiology and treatment. *Burns*, 36(3), 295–304. DOI: 10.1016/j.burns.2009.07.009
- Palmu, R., Partonen, T., Souminen, K., Vuola, J., & Isometsä, E. (2015). Functioning, Disability, and Social Adaptation 6 Months After Burn Injury. *Journal of Burn Care & Research*, 37(3), e234–e243. DOI: 10.1097/bcr.0000000000000258
- Palmu, R., Suominen, K., Vuola, J., & Isometsä, E. (2010). Mental disorders among acute burn patients. *Burns*, 36(7), 1072–1079. DOI: 10.1016/j.burns.2010.04.004
- Patterson, D. R., Everett, J. J., Bombardier, C. H., Questad, K. A., Lee, V. K., & Marvin, J. A. (1993). Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin*, 113(2), 362–378. DOI: 10.1037/0033-2909.113.2.362
- Pavan, C., Grasso, G., Costantini, M. V., Pavan, L., Masier, F., Azzi, M. F., Azzena, B., Marini, M., Vindigni, V. (2009). Accident proneness and impulsiveness in an

Italian group of burn patients. *Burns*, 35(2), 247–255.  
DOI: 10.1016/j.burns.2008.07.002

Pavoni, V., Gianesello, L., Paparella, L., Buoninsegni, L. T., & Barboni, E. (2010). Original research Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 18(1), 24. Recuperado de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/no%20borrar/Tesis/Outcome\\_predictors\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_o.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/no%20borrar/Tesis/Outcome_predictors_and_quality_of_life_o.pdf)

Pereira de Castro, A. N., Alves da Silva, D. M., Vasconcelos, V. M., Júnior, E. M. L., de Sousa Camurça, M. N., & Martins, M. C. (2013). Sentimentos e dúvidas do paciente queimado em uma unidade de referência em Fortaleza-CE. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(3), 159-164. Recuperado de: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/162/pt-BR/sentimentos-e-duvidas-do-paciente-queimado-em-uma-unidade-de-referencia-em-fortaleza-ce>

Pham, T. N., King, J. R., Palmieri, T. L., & Greenhalgh, D. G. (2003). Predisposing Factors for Self-inflicted Burns. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24(4), 223–227. DOI: 10.1097/01.bcr.0000075970.36430.7f

Pinto, J. M., Montinho, L. M. S., & Gonçalves, P. R. C. (2010). O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 81-92. DOI: 10.12707/R111003

Posada, M. C., Castañeiras, C., & Martínez Festorazzi, V. (2009). Dimensiones del autoconcepto en población en general: Estudio comparativo por grupos de edad, sexo y nivel de educación.

Robinson, E. (1996). The Burn Injured Patient: Psychological Aspects. *Journal of Tissue Viability*, 6(2), 38–41. DOI: 10.1016/s0965-206x(96)80003-9

Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., & Fernández-Zabala, A. (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el Apoyo Social Percibido en una muestra de adolescentes. *Acción Psicológica*, 12(2), 1. DOI: 10.5944/ap.12.2.14903

- Roh, Y. S., Chung, H. S., Kwon, B., & Kim, G. (2012). Association between depression, patient scar assessment and burn-specific health in hospitalized burn patients. *Burns*, 38(4), 506–512. DOI: 10.1016/j.burns.2011.12.027
- Rojas Cebrero, A. K., & Romero Pérez, I. (2010). Quemaduras: Experiencias de vida. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 31(68), 17-38. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/hevila/Iztapalapa/2010/vol31/no68/1.pdf>
- Sadeghi-Bazargani, H., Maghsoudi, H., Soudmand-Niri, M., Ranjbar, F., & Mashadi-Abdollahi, H. (2011). Stress disorder and PTSD after burn injuries: a prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7, 425–429. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S23041>
- Sánchez Correa, F., Menchaca, P., & Rostion, C. G. (2014). Manejo inicial del niño quemado: lo que el médico general debe saber. *Revista Pediatría Electrónica*. Recuperado de: [https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2014/vol11num1/pdf/MANEJO\\_INICIAL\\_NINO\\_QUEMADO.pdf](https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2014/vol11num1/pdf/MANEJO_INICIAL_NINO_QUEMADO.pdf)
- Sánchez Molina, V. V., Ojeda Barranco, C., Martín Muñoz, F., & De la Morena Domínguez, F. J. (2005). Protocolo de actuación y manejo del paciente quemado en el Servicio de Urgencias. *Nure Investigación* N°12. Recuperado de: [https://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/03/PROTOCOLO\\_EN\\_URGENCIAS.pdf](https://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/03/PROTOCOLO_EN_URGENCIAS.pdf)
- Sánchez Moros, J., (2015). Desarrollo del Autoconcepto en el niño de Educación Primaria a través de un Plan de Acción Tutorial (Tesis de Licenciatura) Universidad de Valladolid. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/15438>
- Schreiber, S., & Galai-Gat, T. (1993). Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in post-traumatic stress disorder. *Pain*, 54(1), 107–110. Doi: 10.1016/0304-3959(93)90105-x
- Serra, A. V. (2015). Lo que un buen autoconcepto puede hacer por nosotros. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (116), 47-56. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288543>

- Shavelson, R.J., Hubner, J.J., y Stanton, G.C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441. DOI: <https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Silva, C. J. D. A., Freire, M. W. d. S., Simpson, C. A., Silva, F. d. S., & Ferraz, J. B. (2015). Feelings experienced for women burn victims: integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(Supl.), 56-64. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i5.56-64>
- Singerman, J., Gomez, M., & Fish, J. S. (2008). Long-Term Sequelae of Low-Voltage Electrical Injury. *Journal of Burn Care & Research*, 29(5), 773-777. DOI: 10.1097/bcr.0b013e318184815d
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2011). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: Tea Ediciones, S.A., Madrid, España.
- Stavrou, D., Weissman, O., Tessone, A., Zilinsky, I., Holloway, S., Boyd, J., & Haik, J. (2013). Health Related Quality of Life in burn patients – A review of the literature. *Burns*, 40(5), 788-796. DOI: 10.1016/j.burns.2013.11.014
- Suárez Franco, M., & Hernández Mesa, V. (2012). Atención extrahospitalaria de enfermería en pacientes quemados. *Revista Científica Hygia de enfermería*, (81), 68-70. Recuperado de: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia81.pdf#page=68>
- Tavera, J. (2014). Amputación: Más allá de un cambio físico, un cambio mental. *Revista El Dolor*, (62), 20-22.
- Tedstone, J. E., & Tarrier, N. (1997). An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns*, 23(7-8), 550-554. DOI: 10.1016/s0305-4179(97)00083-1
- Tempereau, C. E., Grossman, A. R., & Brones, M. F. (1989). Volitional Collapse (Loss of the Will to Live) in Patients with Burn Injuries Treatment Strategy. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 10(5), 464-468. DOI: 10.1097/00004630-198909000-00018

- Thombs, B. D., Bresnick, M. G., Magyar-Russell, G., Lawrence, J. W., McCann, U. D., & Fauerbach, J. A. (2007). Symptoms of depression predict change in physical health after burn injury. *Burns*, *33*(3), 292–298.  
DOI: 10.1016/j.burns.2006.10.399
- Thombs, B. D., Haines, J. M., Bresnick, M. G., Magyar-Russell, G., Fauerbach, J. A., & Spence, R. J. (2007). Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function. *General Hospital Psychiatry*, *29*(1), 14–20. DOI:10.1016/j.genhosppsy.2006.09.002
- Ulmer, J. F. (1997). An exploratory study of pain, coping, and depressed mood following burn injury. *Journal of Pain and Symptom Management*, *13*(3), 148–157.  
DOI: 10.1016/s0885-3924(96)00301-6
- Valero Cedeño, N. J., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, A. A., & Torres Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, *5*(3), 63-70. DOI: 10.31164/enf.inv.v5i3.913.2020
- Van Loey, N. E. E., Maas, C. J. M., Faber, A. W., & Taal, L. A. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: Results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(4), 361–369.  
DOI: 10.1023/a:1024465902416
- Vega, H. E. (2009). Quemaduras. Revisión Bibliográfica. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. Recuperado de: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1630/1/Quemaduras-Revision-Bibliografica.html>
- Wasiak, J., Lee, S. J., Paul, E., Shen, A., Tan, H., Cleland, H., & Gabbe, B. (2017). Female patients display poorer burn-specific quality of life 12 months after a burn injury. *Injury*, *48*(1), 87–93. DOI: 10.1016/j.injury.2016.07.032
- Weissman, O., Domniz, N., Potachnik, Y., Gilboa, D., Raviv, T., Barzilai, L., Farber, N., Harats, M., Winkler, E., & Haik, J. (2015) Examining the correlation between objective injury parameters, Personality traits, and adjustment measures among burn victims. *Frontiers in public health*. *3*(49).  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00049>

- Wiechman, S. A., Ptacek, J. T., Patterson, D. R., Gibran, N. S., Engrav, L. E & Heimbach, D. M (2001). Rates, Trends, and Severity of Depression after Burn Injuries. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. DOI: 10.1097 / 00004630-200111000-00012
- Willebrand, M., Anderson, G., Kildal, M., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2006). Injury-related fear-avoidance, neuroticism and burn-specific health. *Burns* (32), 408-415. DOI: 10.1016/j.burns.2005.11.005
- Wisely, J. A., Wilson, E., Duncan, R. T., & Tarrier, N. (2010). Pre-existing psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors. *Burns*, 36(2), 183–191. DOI: 10.1016/j.burns.2009.08.008
- Wisely, J., & Tarrier, N. (2001). A survey of the need for psychological input in a follow-up service for adult burn-injured patients. *Burns*, 27(8), 801–807. DOI: 10.1016/s0305-4179(01)00058-4
- Zaidi, S, M, I, H., Yaqoob, N., & Noreen, S. (2017). Self-esteem in severely burned adults. *Journal of Pakistan Medical Association*, 67(12), 1914-1916. Recuperado de: <https://www.jpma.org.pk/PdfDownload/8491>
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Lotfi, M., & Salehi, F. (2015). Preserving self-concept in the burn survivors: a qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 21(2), 182–191. DOI: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.156492>
- Zapata Sirvent RL, Jiménez Castillo CJ, Besso J, editores. *Quemaduras. Tratamiento crítico y quirúrgico. Actualización 2005*. Caracas: Editorial Ateproca;2005. p.101-104. Recuperadode: [https://www.researchgate.net/publication/281456740\\_Quemaduras\\_en\\_areas\\_especiales\\_Cara\\_cuello\\_manos\\_genitales\\_y\\_articulaciones](https://www.researchgate.net/publication/281456740_Quemaduras_en_areas_especiales_Cara_cuello_manos_genitales_y_articulaciones)
- Zapata Sirvent, R. L., Jiménez Castillo, C. J., & Besso, J. (2005). Atención pre hospitalaria del quemado. Manejo inicial, tratamiento y traslado. Quemaduras. Tratamiento crítico y quirúrgico. Actualización, 19-26. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Ramon\\_Zapata-Sirvent/publication/281456602\\_Atencion\\_pre\\_hospitalaria\\_del\\_quemado\\_Manejo\\_inicial\\_tratamiento\\_y\\_traslado/links/55e9194208aeb6516264728a/Atencion-pre-hospitalaria-del-quemado-Manejo-inicial-tratamiento-y-traslado.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Zapata-Sirvent/publication/281456602_Atencion_pre_hospitalaria_del_quemado_Manejo_inicial_tratamiento_y_traslado/links/55e9194208aeb6516264728a/Atencion-pre-hospitalaria-del-quemado-Manejo-inicial-tratamiento-y-traslado.pdf)

Zuñiga Padilla, M. A. (2018). Autoconcepto y bienestar psicológico en estudiantes de una Universidad Privada de Lima-Este (Tesis de Licenciatura). Recuperado de: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1001>

## Anexo A. Consentimiento Informado.

Investigación llevada a cabo por Luján Najle Franco Sebastián, DNI: 37.517.307 estudiante de la Lic. en Psicología de 5to año de la Pontificia Universidad Católica Argentina, sede Mendoza, Año 2020.

**Número de teléfono:** 2616658196 / 4978195.

**Correos electrónicos:** francksebas7@gmail.com / francksebas@uca.edu.ar

Este documento tiene la finalidad de explicarle de qué se trata esta investigación para saber si usted acepta participar en ella. Usted ha sido invitado a participar en el estudio “*relación entre el tipo de quemaduras sufridas y el autoconcepto en adultos*”, una investigación llevada a cabo en el marco de la realización de tesis de licenciatura.

### Se deja constancia que:

- El objetivo de esta investigación es estudiar el autoconcepto en personas que han sufrido quemaduras. De requerir más información para evaluar si decido participar o no, el investigador evacuará todas mis dudas.
- Mi participación en esta investigación es TOTALMENTE VOLUNTARIA.
- Aunque acepte participar de esta investigación, puedo retirarme cuando lo desee y sin dar ningún tipo de explicación.
- En tal caso, mis datos no serán utilizados en la investigación.
- Mi participación implicará el tener que completar tres (3) formularios, entre los cuales, dos (2) de ellos son instrumentos de exploración psicológica, y uno (1) es un cuestionario sobre datos sociodemográficos.
- No percibiré ningún beneficio directo, recompensa o compensación económica por mi participación. Sin embargo, podré recibir una devolución personalizada sobre mi desempeño en los datos obtenidos al finalizar la investigación.
- MUY IMPORTANTE: los datos que se entregarán no tienen un valor de diagnóstico clínico de personalidad, ni tampoco de habilidades intelectuales.
- Todos los datos que se obtengan a lo largo de esta investigación serán manejados de forma confidencial y anónima.
- Todos los datos que se obtengan serán utilizados sólo a los fines de esta investigación. Los cuestionarios y la tarea serán codificados con números. Ninguna información de mi identidad aparecerá en ningún material.
- Los datos sólo serán accesibles por parte del investigador y el director del mismo.
- Los datos que se obtengan podrían llegar a ser de gran utilidad para poder realizar recomendaciones psicoterapéuticas a las personas que hayan sufrido lesiones por quemaduras.
- El investigador estará disponible en todo momento para responder a las dudas que surjan en el llenado de los cuestionarios.

## Anexo B. Cuestionario sociodemográfico.

- Nombre y apellido:.....
- Edad:.....
- Provincia en la que reside:.....
- Género con el que te identificas:.....
- Estado Civil:.....
- Nivel escolar más alto alcanzado:.....
- Actualmente ¿te encuentras trabajando?.....
- ¿Padece alguna enfermedad crónica o actual?.....
- ¿Hace cuánto tiempo ocurrió la quemadura?.....
- Marque con una “x” en el recuadro las partes de su cuerpo que fueron dañadas tras la lesión por quemaduras:
  - Cabeza en general.
  - Sólo la cara.
  - Ojos.
  - Oídos.
  - Boca.
  - Nariz.
  - Cuello.
  - Hombro.
  - Pectoral.
  - Abdomen.
  - Tórax en general.
  - Espalda en general.
  - Parte baja de la espalda.
  - Parte superior de la espalda.
  - Un brazo completo.
  - Ambos brazos completos.
  - Un codo.
  - Ambos codos.
  - Antebrazo.
  - Ambos antebrazos.
  - Manos.
  - Dedos.
  - Genitales.
  - Una pierna completa.
  - Ambas piernas completas.
  - Un muslo.
  - Ambos muslos.
  - Rodillas.
  - Pies.
  - Dedos de los pies.
- Luego de la lesión ¿han quedado secuelas del accidente? Las secuelas son aquellos problemas que permanecen más allá de curada la herida, como por ejemplo, dolor o malestar en la zona afectada. Señale con X la opción que prefiera.  SI  No
- En caso de haber marcado sí en la pregunta anterior, indique qué tipos de secuelas le afectan de entre las siguientes:
  - Visibles (la quemadura me dejó una marca, o marcas visibles).
  - Estéticas (se ve alterada mi apariencia tras la quemadura).
  - De movimiento (tengo problemas para moverme o mover la zona que fue dañada por la quemadura).
  - En los sentidos (me quedó una molestia en el lugar donde ocurrió la lesión como ardor, picazón o dolores leves, o perdí parte de mi visión, audición, tacto, gusto u olfato, o los perdí completamente).
  - Laborales (el daño que dejó la quemadura me afecta para poder hacer mi trabajo, o no puedo seguir trabajando de lo mismo, o no puedo trabajar más).
  - Laborales interpersonales (las lesiones que sufrí generan problemas con las personas con las que trabajo).
  - Familiares (el daño que dejó la quemadura afecta la relación con mi familia).
  - En los círculos sociales (el daño que dejó la quemadura afecta mi relación con mi pareja, amigos y/o conocidos).
  - En los contextos de ocio (el daño que dejó la quemadura me impide disfrutar de cosas que antes me generaban gratificación).
  - Emocionales (tras el daño, mi estado de ánimo no se encuentra bien, o me deprimó con frecuencia).
  - Mentales en general (tengo pensamientos, ideas o recuerdos del accidente que me molestan).
  - Otras secuelas.
  - No tengo ninguna secuela.
- Si marcó alguna de las opciones de secuelas, en este apartado usted puede especificar sobre la manera en que ese daño le molesta, puede expresarse y escribir como usted quiera (no es obligatorio responder).....  
.....  
.....

## Anexo C. Cuestionario AF-5 (Autoconcepto Forma 5).

### Cuestionario de Autoconcepto AF-5

Adaptación Argentina – Posada, Castañeiras & Martínez Festorazzi (2009).

A continuación encontrarás una serie de frases. Lee cada una de ellas cuidadosamente y responde con un valor entre 1 y 99 según tu grado de acuerdo con cada frase. Por ejemplo, si una frase dice “La música ayuda al bienestar humano” y vos estas muy de acuerdo, contestarás con un valor alto, como por ejemplo, el 94. Mirá como se anotaría en la Hoja de respuestas.

“La música ayuda al bienestar humano” ..... 

9	4
---	---

Por el contrario, si vos estas muy poco de acuerdo, elegirás un valor bajo, por ejemplo, el 9, y lo anotarás en la Hoja de respuestas de la siguiente manera.

“La música ayuda al bienestar humano” ..... 

0	9
---	---

No olvides que dispones de muchas opciones de respuesta, en concreto puedes elegir entre 99 valores. Considera el valor que mejor represente tu criterio.

1. Hago bien los trabajos facultativos.		
2. Hago fácilmente amigos.		
3. Tengo miedo de algunas cosas.		
4. Soy muy criticado en casa.		
5. Me cuido físicamente.		
6. Mis profesores me consideran un buen estudiante.		
7. Soy una persona amigable.		
8. Muchas cosas me ponen nervioso/a.		
9. Me siento feliz en casa.		
10. Me buscan para realizar actividades deportivas.		
11. Trabajo mucho en clase.		
12. Es difícil para mí hacer amigos.		
13. Me asusto con facilidad.		
14. Mi familia está decepcionada de mí.		
15. Me considero elegante.		
16. Mis profesores me aprecian.		
17. Soy una persona alegre.		
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a.		
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.		
20. Me gusta como soy físicamente.		
21. Soy un buen estudiante.		
22. Me cuesta hablar con desconocidos.		
23. Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor.		
24. Mis padres me dan confianza.		
25. Soy bueno/a haciendo deporte.		
26. Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a.		
27. Tengo muchos amigos.		
28. Me siento nervioso/a.		
29. Me siento querido/a por mis padres.		
30. Soy una persona atractiva.		

## Anexo D. (Cuestionario STAI – Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo).

### Cuestionario Ansiedad Estado-Ansiedad Rasgo. Adaptación Argentina - Leibovich de Figueroa (1991).

Parte **Ansiedad Estado**: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, es decir, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. Ni emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente. La puntuación indica 0 = Nada, 1 = Algo, 2 = Bastante, 3 = Mucho.

1. Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso.	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido).	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.	0	1	2	3

Parte **Ansiedad Rasgo**: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE USTED EN GENERAL, es decir, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente usted generalmente. La puntuación indica 0 = Casi nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Casi siempre.

21. Me siento bien.	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26. Me siento descansado.	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30. Soy feliz.	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33. Me siento seguro.	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3