

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología



Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras: protocolo para el área de atención psicológica

Trabajo de graduación presentado por

Ana Paulina Manzo Caballeros

para optar por el grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala

2018

Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras: protocolo para el área de
atención psicológica

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología



Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras: protocolo para el área de atención psicológica

Trabajo de graduación presentado por

Ana Paulina Manzo Caballeros

para optar por el grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala

2018

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas sus bendiciones y oportunidades a lo largo de mi vida, en especial durante mi formación personal y profesional.

A mis padres por todo su amor y apoyo incondicional.

A mi hermano, por acompañarme en cada etapa.

A mi abuela, por su enseñanza de vida y amor (QDP).

A mis amigas y colegas, por su cariño, apoyo y los momentos compartidos

A mi profesora y asesora, Dra. Claudia García de la Cadena por marcar mi trayectoria de formación profesional.

Al equipo de rehabilitación de la Clínica de Quemaduras Infantiles, especialmente a la Dra. Santiso y Lic. Ana Lucía Arévalo por la oportunidad, apoyo y orientación durante el protocolo.

A la Fundación para Niños Quemados de Guatemala, por el sostenimiento y soporte al proyecto y las familias que participaron en el protocolo.

A Universidad del Valle de Guatemala, por las oportunidades de estudio y formación, así como también por cada experiencia vivida, que trascenderán hacia una profesión basada en excelencia.

Vo. Bo.: (f)



Pablo Barrientos, **PhD.**

Tribunal:

(f)



Claudia García de la Cadena, **PhD.**

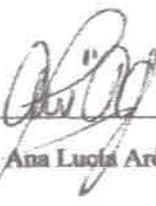
Asesora **de Tesis**

(f)



Pablo Barrientos, **PhD.**

(f)



Lic. Ana Lucía Arévalo

Fecha de aprobación: Guatemala, 21 de noviembre de 2018

ÍNDICE

Lista de cuadros	ix
Lista de gráficas	x
Lista de figuras	xi
RESUMEN	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	2
A. Objetivo general	2
B. Objetivos específicos.....	2
III. JUSTIFICACIÓN	3
IV. MARCO TEÓRICO	4
A. Paciente pediátrico con quemaduras.....	4
B. Abordaje psicológico de quemaduras	5
1. Pacientes	5
2. Rol de los padres en el tratamiento	7
3. Rol del equipo de rehabilitación y centro educativo	8
C. Reinserción escolar de un paciente pediátrico con quemaduras	9
D. Unidades de atención de quemaduras en Guatemala	10
1. Unidades hospitalarias	10
E. Legislación educativa en Guatemala	11
F. Educación hospitalaria y reinserción escolar en Guatemala	12
V. METODOLOGÍA	14
A. Pregunta de investigación	14
B. Hipótesis	14
C. Diseño de investigación	14
D. Variables de investigación	15
E. Descripción de los participantes.....	15
1. Criterios de inclusión	16
2. Criterios de exclusión	16
F. Instrumento	16
1. Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (1984) adaptada por Casullo (1992).	16
2. Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para Padres y Maestros	17
G. Procedimiento.....	17
1. Fase 1: Información y evaluación (pre-test).....	18
2. Fase 2: Intervención	19

3.	Fase 3: Evaluación (post-test), sensibilización a equipo multidisciplinario y proceso de transición hacia la reinserción	19
4.	Fase 4: Percepción de la adaptación escolar y cierre	20
G.	Análisis estadístico.....	20
I.	Consideraciones éticas	21
J.	Limitaciones del estudio	21
VI.	RESULTADOS.....	22
VII.	DISCUSIÓN	29
VIII.	CONCLUSIONES.....	33
IX.	RECOMENDACIONES	34
X.	BIBLIOGRAFÍA.....	35
XI.	ANEXOS.....	38
	Anexo 1. Registro de Datos Demográficos y Médicos	38
	Anexo 2. Consentimiento Informado	39
	Anexo 3. Carta a director/centro educativo.....	41
	Anexo 4. Registro de entrega de Cartas Director/centro educativo	42
	Anexo 5. Escala de Autoconcepto de Piers-Harris Adaptada por Casullo (1992)	43
	Anexo 6. Plantilla de Calificación de Escala de Autoconcepto de Piers-Harris Adaptada por Casullo (1992).....	38
	Anexo 7. Baremos de Calificación de Escala de Autoconcepto de Piers-Harris Adaptada por Casullo (1992).....	40
	Anexo 9. Trifolio Psicoeducativo para Maestros	43
	Anexo 10. Carta de Finalización del Proceso	45
	Anexo 11. Registro de entrega de Carta de Finalización del Proceso	46
	Anexo 12. Escalas de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para Padres y Maestros	47
	Anexo 13. Diploma de Participación en Protocolo	49

Lista de cuadros

1. Cuadro 1. Variables de investigación.....	15
2. Cuadro 2. Datos demográficos de los pacientes que participaron en el protocolo.....	22
3. Cuadro 3. Fiabilidad de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris adaptada por Casullo.....	23
4. Cuadro 4. Prueba de Normalidad de los resultados de la Escala de Autoconcepto Pre/Post.....	25
5. Cuadro 5. Fiabilidad de los resultados de la Escala de Autoconcepto Pre/Post.....	25
6. Cuadro 6. Prueba t de las dimensiones evaluadas por la Escala de Autoconcepto Pre/Post.....	26
7. Cuadro 7. Fiabilidad de la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar.....	27
8. Cuadro 8. Normalidad de los datos de la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar...	27
9. Cuadro 9. Tabulación cruzada de las variables puntaje y grupo de los datos de la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar.....	28
10. Cuadro 10. Prueba Chi-cuadrado de la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar	28

Lista de gráficas

1. Gráfica 1. Medias de puntuaciones percentiles del autoconcepto global obtenido de la Escala de Autoconcepto.....24
2. Gráfica 2. Medias de puntuaciones percentiles de las dimensiones medidas por la Escala de Autoconcepto.....25
3. Gráfica 3. Respuesta del grupo de padres y maestros en la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar.....28

Lista de figuras

1. Figura 1. Etapas de recuperación de un paciente pediátrico con quemaduras.....18
2. Figura 2. Fases del protocolo de transición hacia la reinserción escolar.....18
3. Figura 3. Cronograma de trabajo.....20

RESUMEN

Uno de los problemas significativos de salud pública en Guatemala que afectan a la población pediátrica, son las quemaduras. Una quemadura requiere de procesos largos de hospitalización y rehabilitación, los cuales interfieren con las actividades cotidianas de los niños o adolescentes, específicamente con sus estudios y formación académica. Asistir a la escuela es un derecho de cualquier niño o adolescente. Condiciones adversas, como una quemadura, los obliga a postergar su asistencia y en muchas ocasiones a dejar de asistir a ella. En el caso de un niño o adolescente que ha sufrido de una quemadura, la ruptura hacia su bienestar se manifiesta no solo en un problema físico o de salud, sino también personal y social, ya que su rutina se ve interrumpida. En edades escolares, el centro educativo se convierte en un ambiente que tiene un rol vital para la adquisición de recursos personales que forjan la identidad, las habilidades sociales y las habilidades académicas; mismas que forman parte de los pilares del bienestar de un individuo. Por lo tanto, surge un vínculo entre la salud y la educación, el cual conforma el abordaje complejo que tiene una quemadura. Para que las intervenciones sean integrales en un paciente hospitalizado, no se pueden limitar a intervenciones de salud, pues se estarían aislando otros factores importantes, tal como la educación dentro del centro de salud y el acompañamiento que requieren los pacientes para reincorporarse a sus estudios y posteriormente a la sociedad. Debido a que una quemadura afecta física y psicológicamente al paciente, las secuelas a largo plazo requieren de un abordaje psicosocial en el cual el paciente construya y refuerce su autoconcepto, imagen corporal y autoestima para alcanzar un bienestar y satisfacción que conllevarán a una adaptación escolar favorable. Para esto, es indispensable trabajar con los padres a través de un entrenamiento parental basado en habilidades de confianza y psicoeducación en torno a los factores que implican una quemadura y su rol. Además, se debe involucrar al equipo de rehabilitación y al centro educativo para promover la adherencia al tratamiento y recuperación, y agenciar o facilitar la reinserción, mediante herramientas de sensibilización, preparación y planificación para el niño o adolescente. Lo anterior se integra en el protocolo elaborado para el área de atención psicológica, el cual trabaja el vínculo entre salud y educación identificado como una necesidad de un paciente pediátrico con quemaduras, el cual busca alcanzar su funcionalidad y bienestar.

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de socialización en la etapa del desarrollo de la niñez y su transición a la adolescencia, permite que desarrollen su identidad y habilidades sociales (Pan *et. al.*, 2017:4). La escuela o colegio es un contexto que tiene un rol vital para la adquisición de recursos personales que forjan la identidad y las habilidades sociales, así como también las académicas; las cuales forman parte del bienestar integral de un individuo. Además, recibir educación es parte de los derechos de un ser humano. Sin embargo, cuando ocurren accidentes que implican un período de hospitalización largo, la educación y demás actividades cotidianas se ven interrumpidas; tal es el caso de un paciente se sufre de quemaduras.

En Guatemala gran parte de las comunidades se encuentran vulnerables a sufrir de un accidente causado por una quemadura (Santiso, 2017:10). Nuestro país cuenta únicamente con tres unidades de atención hospitalarias para pacientes con quemaduras, siendo la Unidad de Quemaduras Pediátricas del Hospital Roosevelt el centro de mayor referencia para los pacientes pediátricos que tiene un circuito de atención integral de cuidados ambulatorios para la rehabilitación y recuperación de los pacientes en la Clínica de Quemaduras Infantiles.

A partir de lo anterior, surge el vínculo entre salud y educación. La necesidad de ofrecer una atención educativa a los pacientes que se ausentan de sus escuelas durante períodos de tiempo largos por permanecer ingresados en un hospital, ha llevado a la implementación de aulas hospitalarias. La modalidad de Educación Hospitalaria es una estrategia de inclusión, como ejercicio del derecho a la educación para propiciar la igualdad de oportunidades; favoreciendo la continuidad de sus estudios y la reinserción en el sistema educativo de origen (MINEDUC, 2018:9). Sin embargo, en Guatemala, a pesar de que se lleva a cabo esta modalidad, no hay un programa estructurado, careciendo de un sostenimiento de este tipo de educación, además de que no se toman en cuenta los factores psicológicos que influyen en su futura adaptación y reinserción escolar. Los pacientes se enfrentan a retos que comprometen su bienestar y calidad de vida, en los que se interrumpe su desarrollo y desenvolvimiento óptimo. Los cambios son intrusivos y significativos desde que ingresan al hospital, prevaleciendo problemas emocionales y físicos relacionados a su autoconcepto; el cual, engloba a otros factores que requieren de un abordaje psicológico.

Por último, en el proceso de reintegración escolar, varios agentes están involucrados: los pacientes, los padres, los maestros, compañeros y la comunidad escolar. Agenciar el proceso y la transición hacia la reinserción escolar entre el centro de salud y el educativo, para continuar como ser humano funcional a su sociedad, favorece el proceso de bienestar de los pacientes y su pronta recuperación y adaptación. Por lo tanto, surge una necesidad de apoyar tanto a los pacientes y padres como a los centros educativos a generar herramientas de confianza y adaptación, comprendiendo que parte del proceso de bienestar de un paciente involucra el regreso escolar para continuar con el desarrollo de la etapa de vida en la que se encuentra (Horridge, Cohen y Gaskell, 2010:632).

II. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Diseñar un protocolo de transición dirigido al área de atención psicológica de la Unidad de Quemaduras Pediátricas y la Clínica de Quemaduras Infantiles del Hospital Roosevelt de Guatemala, orientado a la reinserción escolar del paciente pediátrico con quemaduras.

B. Objetivos específicos

1. Elaborar intervenciones psicológicas para pacientes pediátricos con quemaduras de edades escolares entre 8 y 14 años que evalúen su adaptación a su reinserción escolar.
2. Abordar, desde la atención psicológica, el rol de los padres en la promoción de la recuperación de sus hijos en su reinserción escolar mediante psicoeducación y entrenamiento parental, para identificar la adaptación favorable.
3. Agenciar el proceso de reinserción escolar entre el equipo multidisciplinario y el colegio para determinar la adaptación favorable del paciente, mediante la sensibilización de los cuidados y necesidades específicas.

III. JUSTIFICACIÓN

En Guatemala, las quemaduras pediátricas representan un problema significativo de salud pública y las secuelas que se derivan a largo plazo y las discapacidades que pueden provocar constituyen un proceso de abordaje bastante complejo (Santiso, 2017:11); haciendo referencia específicamente, a pacientes que sufren de amputaciones o con cicatrices visibles por quemaduras severas. Los niños de las familias y las comunidades guatemaltecas más vulnerables y que se encuentran con mayor riesgo de sufrir este tipo de lesiones o traumatismos, a su vez se ven condicionadas por un conjunto de variables que inciden en las probabilidades que tienen de beneficiarse de programas, servicios y tratamientos. La Unidad de Quemaduras Pediátricas del Hospital Roosevelt de Guatemala y la Clínica de Quemaduras Infantiles, son centros generales de salud pública de referencia especializados en atender a los niños y adolescentes que sufren de una quemadura.

Sin embargo, debido a que las secuelas son a largo plazo, los niños y adolescentes hasta los 14 años que son atendidos en dicho centro, permanecen bajo cuidados y tratamientos por períodos de tiempo prolongados, interrumpiendo su rutina y actividades diarias, específicamente haciendo referencia a su educación y transición académica. Es aquí donde surge la importancia de abordar la salud y la educación de los pacientes de forma conjunta para alcanzar su funcionalidad y bienestar, elaborando un protocolo psicoeducativo que facilite la transición y reinserción escolar. El bienestar psicológico de dicho proceso, apunta a su vez, a trabajar su baja autoestima, su bajo nivel de confianza personal, las dificultades de interacción social, la carencia de imagen corporal y sus resultados conductuales, las cuales se encuentran englobadas dentro del término de “autoconcepto”.

Con base en lo anterior, se puede decir que la transición y la reinserción hacia su contexto escolar, se enfrenta a barreras y dificultades de adaptación. Por lo tanto, se propuso el diseño de un protocolo de transición dirigido al área de atención psicológica de la Unidad de Quemaduras Pediátricas y la Clínica de Quemaduras Infantiles, que apoya la reinserción escolar de los pacientes que presentan accidentes por quemaduras de diversas etiologías (Santiso, 2017:13), a través de intervenciones psicológicas dirigidas al paciente, los padres y el equipo de rehabilitación que integra el circuito de atención de salud integral en dichos centros del Hospital Roosevelt de Guatemala para mantener al paciente adherido a sus cuidados e integrarlo a un su transición académica o de escolarización apoyada y ajustada a sus necesidades, que a largo plazo lo vuelva funcional dentro de la sociedad guatemalteca.

IV. MARCO TEÓRICO

Para poder comprender a profundidad esta investigación, sus objetivos y su alcance, es importante conocer varios temas implicados en un paciente pediátrico con quemaduras y su transición hacia la reinserción escolar, incluyendo su abordaje desde la atención psicológica y los factores involucrados en su proceso de bienestar integral y su reintegración al contexto académico.

A. Paciente pediátrico con quemaduras

Un problema de salud pública en el mundo, son las quemaduras. Muchas de ellas ocurren en países de ingresos bajos y medios, siendo la población infantil, el grupo de riesgo ante quemaduras más grande (Willebrand *et. al.*, 2011:1309). Según las estadísticas, las quemaduras pediátricas representan altas tasas de letalidad y son la quinta causa más común de lesiones no fatales (Pan *et al.*, 2017:2). Las más comunes son las quemaduras por escaldadura o térmicas. Este tipo de lesiones se han descrito como insoportablemente dolorosas, físicamente amenazantes, y psicológica y socialmente intrusivas (Horridge *et. al.*, 2010:630).

Un paciente pediátrico con quemaduras pasa por cirugías y procedimiento médicos invasivos y aterradores; en su mayoría, la secuela física principal consiste de cicatrices permanentes que a largo plazo requerirán de una cirugía reconstructiva (McGarry *et. al.*, 2014:607). Por otro lado, la maduración de una cicatriz puede implicar años para alcanzar la etapa final del proceso de bienestar. Una complicación que se da en la mayoría de casos es la formación de cicatrices hipertróficas las cuales generan limitaciones en el movimiento y cicatrices desfigurantes. Dentro de los cuidados, los niños o adolescentes requieren del uso de prendas de presión para mejorar las cicatrices. Este es un ejemplo de los cambios de apariencia a los que se ven comprometidos ante las quemaduras (Bakker, Maertens, Van Son y Van Loey, 2013:366). Este tipo de cambios se vinculan con la estigmatización social que se genera al reintegrarse a los ambientes en los que se desenvuelven (Pan *et. al.*, 2017:2). Por lo tanto, los pacientes se enfrentan a retos vinculados a variables psicosociales que forman parte de su calidad de vida.

B. Abordaje psicológico de quemaduras

1. Pacientes

Una quemadura puede privar a un niño o adolescente a llevar a cabo sus actividades normales como ir al colegio o escuela e interactuar con sus pares; afectando su bienestar físico, psicológico, social y funcional según su etapa del desarrollo (McGarry *et. al.*, 2014:607). Se busca, por lo tanto, apoyar a los pacientes a reincorporarse a sus actividades cotidianas y facilitar su reintegración después de una quemadura. Los estudios demuestran que los pacientes se recuperan social y psicológicamente en período de tiempo promedio de un año, integrándose a sus ambientes y actividades si se les brinda el apoyo necesario (Horridge *et. al.*, 2010:632).

Los cambios que experimentan en su vida desde que ingresan al hospital, son dramáticos. Según las revisión realizada por Pan *et. al.* (2017:4) la conducta generalizada de los niños y adolescentes tiende a no ser, regresar a la escuela hasta que sean egresados del hospital y a que no prevalezcan los problemas emocionales y físicos. Por otro lado, los esfuerzos que realicen para involucrarse con su red de apoyo de pares, va a variar de acuerdo a la edad y situación de cada uno. Sin embargo, se han llevado a cabo estudios para entender y explorar las experiencias de los pacientes pediátricos con quemaduras mediante entrevistas y conversaciones acompañadas de juego y dibujo en el que prevalece el tema del regreso a sus actividades normales (McGarry *et. al.*, 2014:610). Los pacientes manifiestan frustración y desesperación ante la pérdida de independencia. Indican, además, que sus cicatrices son un recordatorio permanente de su accidente. Por lo tanto, reflejan cambios de actitud hacia su autoconcepto como evitación, hipervigilancia y otros síntomas internalizantes.

Los sobrevivientes a quemaduras en estas edades, se enfrentan a dilemas psicológicos en su proceso de recuperación los cuales en su mayoría implican adaptarse a sus limitaciones físicas y a los cambios permanentes, así como ajustes hacia su autoconcepto, imagen corporal y autoestima (Rosenberg, Rosenberg, Rimmer, y Fauerbach, 2018:709). Desde edades tempranas, 4-7 años, el autoconcepto se empieza a desarrollar y a internalizar por el estigma social; sus diferencias más marcadas están en las edades entre 11-14 años de edad (Lehna, 2015:118). El autoconcepto, es la percepción que tienen los pacientes sobre sí mismos, de forma global y cómo a su vez valoran diferentes aspectos de su forma de ser y su comportamiento. Casullo (1990:11) menciona a Carl Rogers (1950), quien define el autoconcepto como la configuración organizada de las percepciones de sí mismo que son admisibles a la consciencia. Indica que el autoconcepto tiene diversas características dentro de las cuales está la consciencia, la estructura, los valores e ideas, e hipótesis provisionales que se formulan sobre la propia realidad. Para Casullo (1990:16) el autoconcepto es una serie de actitudes relativamente estables que reflejan una evaluación de comportamientos y atributos personales. Esta autora considera que el autoconcepto se va construyendo a través de las interacciones que el niño o adolescente establece en cada etapa del desarrollo con su medio social, influido por el comportamiento de los

demás hacia su persona. Además, hace una diferencia entre los términos “yo” y el “sí mismo” o *self*. El “yo” se define por sus funciones como pensar, percibir, recordar y sentir, las cuales regulan y organizan el “sí mismo”. Por otro lado, el término de “sí mismo” lo considera como un proceso intermedio entre lo que piensa de sí la persona y las experiencias con el medio social. Dicha autora elaboró una escala que permite evaluar el autoconcepto en edades escolares y sus dimensiones, las cuales pueden vincularse al abordaje psicológico de una quemadura; esta escala se ha utilizado en diversos estudios que se relacionan de forma paralela a la conducta adaptativa.

A pesar de que los niños y adolescentes se muestran interesados por regresar al colegio o escuela debido a que extrañan a sus compañeros, están conscientes de que deben ponerse al día y se preocupan por quedarse atrás; así como también por la forma en que los recibirán al regresar a su contexto educativo. Por lo tanto, el autoconcepto además, implica abordar la imagen corporal y apariencia física, ya que se genera la preocupación por las reacciones y el estigma social que se encuentra comprometido al reincorporarse a sus actividades cotidianas. La visibilidad de las cicatrices, las limitaciones físicas, el uso de prendas y dispositivos de rehabilitación se asocian a los factores de autoconcepto que influyen su integración. Esto se debe a que los cambios de apariencia y la diferencia que se marca físicamente con sus pares, es bastante delimitada. Lo anterior puede provocar miedos en cuanto a cómo reaccionan otros y cómo serán percibidos. Además podrían presentar síntomas de ansiedad hacia un posible rechazo o ridiculización por parte de los pares.

Otros retos durante el tratamiento y la rehabilitación incluyen el manejo del dolor y prurito (Willebrand *et. al.*, 2011:1312). Muchos niños tienen limitaciones a largo plazo con su apariencia y los factores psicosociales que les generan insatisfacción (Van Baar *et. al.*, 2011:934). La apariencia física es un criterio universal de un grupo social, el cual se vuelve problemático con la presencia de cicatrices por quemaduras, ya que interrumpe la inclusión y disminuye la autoestima (Rosenberg *et. al.*, 2018:709). Cabe mencionar que la resiliencia es la capacidad de ajustarse bien cuando se manejan situaciones difíciles. El apoyo social de forma emocional, material y apoyo cognitivo es importante para el ajuste del proceso de reintegración y resiliencia, facilitados y mantenidos por sistemas distintos sociales como la familia y los pares (Burn Model System, 2017:2).

El proceso de terapia psicológico puede orientarse a un enfoque cognitivo conductual integrativo con técnicas para tratar imagen corporal negativa y ansiedad social relacionada a diferencias físicas como ensayos conductuales, cambios de roles, entre otros permiten que los pacientes ganen mayor confianza (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017:165). Se ha demostrado que la terapia basada en conceptualizaciones de cómo el ambiente social, los pensamientos, los comportamientos y las emociones del paciente interactúan para mantener su angustia, así como la formación de ambientes más aceptables y tolerantes a través del apoyo de

otros pacientes con quemaduras, puede incrementar la autoestima y ayudar a construir confianza, reduciendo la ansiedad.

Otras intervenciones consisten en mejorar habilidades de comunicación y calidad de relaciones sociales, el uso de técnicas de cosméticos, estrategias de manejo de dolor para reducir ansiedad, sentido de confianza y empoderamiento ante reacciones externas, promover comportamiento adaptativo a través de apoyo emocional, estrategias cognitivas y actividades psicoterapéuticas que incluyen educación y preparación para las dificultades ante las cuales puede encontrarse con sus pares y demás personas significativas en el aspecto social, la practica habilidades de adaptación y discusión de las mismas, entre otras (Pan et al., 2017:13). El proceso de reinserción por lo tanto estará influenciado por: la visibilidad de lesión o cicatrices, los recursos personales del niño como su personalidad, habilidades de adaptación, imagen corporal, aceptación intra e interpersonal, y la respuesta de apoyo que perciban por parte de sus padres, la institución educativa y sus pares.

2. Rol de los padres en el tratamiento

Los padres, asumen roles integrales en la promoción de la recuperación de un paciente pediátrico con quemaduras en su proceso de bienestar (Horridge *et. al.*, 2010:633). Para los padres, una quemadura es una experiencia estresante en el que se ven implicados procesos de culpa, ansiedad, enojo, entre otras reacciones que afectan la capacidad familiar para adaptarse a la situación del paciente afectado. Por otro lado, se enfrentan a cogniciones negativas que contribuyen a un estado anímico bajo, manejo de ansiedad y estrés postrauma. Los roles cambian ya que los padres también se convierten en cuidadores primarios. Uno de los principales obstáculos en la fase inicial es la reacción emocional de los padres en respuesta al evento que sufrieron sus hijos y al proceso impactante de recuperación (Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg y Willebrand, 2014:607).

El abordaje psicológico va orientado a brindar un acompañamiento y apoyo para manejar el estrés, ansiedad y desarrollar estrategias de adherencia que promuevan el bienestar de sus hijos dentro de un espacio de cohesión y expresividad que se vincula también al ajuste psicológico e incremento de la calidad de vida del niño o adolescente con quemaduras. Se requiere que los padres se adapten entonces a los roles, adquieran habilidades, flexibilidad y apoyo en el estilo de vida manejando de forma paralela sus emociones. Las metas terapéuticas se dirigen a consolidar la alianza terapéutica, disminuir la ansiedad, proveer información sobre las reacciones regulares o esperadas de un trauma, validar su angustia, comunicar empatía y entendimiento (Rosenberg *et. al.*, 2018:712).

Además implica utilizar herramientas psicoeducativas de prevención, mediante las cuales se genere conciencia sobre la seguridad, protección, control y restricción de las actividades de sus hijos para minimizar la posibilidad de un futuro accidente. Es importante que en el manejo e intervención hacia los padres se trabaje la recuperación de la confianza en tres áreas después de este acontecimiento: 1) las habilidades para proteger a su hijo, 2) las habilidades del niño para cuidarse a sí mismo y 3) las habilidades del colegio para

mantener al niño fuera del peligro. Aprender sobre la lesión y su tratamiento ayuda a que los padres construyan un sentido de competencia y provee oportunidades para experimentar la realidad de sus roles en su apoyo al paciente fundamentados en confianza y seguridad (Rosenberg *et. al.*, 2018:716).

Los padres se motivan al ver cómo responden y reaccionan sus hijos a la lesión y cómo van adquiriendo su adaptación funcional en el área física y psicológica (Willebrand, Sjöberg, Huss y Sveen, 2018:258). A pesar de que muchos padres llegan a percibir la salud psicológica de sus hijos como adecuada o buena, se ha evidenciado dificultades en su conducta y relaciones con sus pares, por parte de la percepción de los padres (Willebrand *et. al.*, 2011:1313). Por lo tanto, también se les deben entrenar sus habilidades parentales para aprender a manejar sus emociones y las reacciones de los niños y adolescentes. Por otro lado, en cuanto a la calidad de vida luego de una quemadura, los padres han reportado problemas relacionados a la comezón o prurito y la apariencia (Van Baar *et. al.*, 2011:934). Se debe promover y motivar a los familiares a mantenerse involucrados en la reintegración de sus hijos y su adherencia al tratamiento.

La finalidad del proceso terapéutico con los padres es ayudarlos a planificar el regreso a las actividades y rutina cotidiana, especialmente al colegio luego de ganar la confianza, entrenar sus habilidades para contactar a la institución educativa y organizar la reintegración del niño. (Pan *et. al.*, 2017:10) Es por eso que su rol de contacto es esencial en la comunicación con los colegios, la cual debe mantenerse durante todo el proceso para fomentar a su vez el rol de adaptación y receptividad del colegio para el proceso.

3. Rol del equipo de rehabilitación y centro educativo

Un tratamiento comprensivo para quemaduras requiere de un equipo coordinado para un abordaje tanto físico como psicosocial. Proveer dicho apoyo así como educación sobre la recuperación facilita la adherencia del paciente y su familia (Rosenberg *et. al.*, 2018:718). El equipo puede motivar al paciente a participar de su tratamiento y a asumir la responsabilidad de su recuperación; lo cual favorece su autoconcepto y autocuidado.

En cuanto al centro educativo, el rol está en mantener las habilidades académicas y facilitar la reintegración social. Sin embargo, surgen obstáculos en relación a sentimientos sobre el bienestar de los niños y sus preocupaciones personales sobre el manejo de la situación. Por lo tanto, el equipo médico debe apoyar a los maestros con psicoeducación y herramientas de manejo de la situación para la preparación y planificación de la reinscripción escolar de un paciente con quemaduras. El área de atención psicológica y el centro de salud, debe informar sobre la situación específica de los niños, las habilidades y necesidades para sensibilizar y mejorar la comprensión de la situación. Esto favorecerá la receptividad del colegio durante su período de ausencia; el cual es un factor que determina el pronto regreso al colegio (Pan *et. al.*, 2017:14).

Para agenciar el proceso y la transición entre el equipo de rehabilitación y el centro educativo, existen distintas fases de necesidades y apoyo que se deben abordar. La fase de preparación debe iniciar desde la hospitalización, con el objetivo de informar al colegio. Por lo tanto, es esencial que se empodere a los padres en ajustarse a su rol de comunicación y que el equipo médico provea información del estado de salud. Luego en el regreso al colegio, se pueden realizar visitas o enviar herramientas para psicoeducar e informar; especialmente sobre las prendas de presoterapia y los dispositivos de rehabilitación. Las visitas pueden llevarse a cabo por parte de los padres o encargados. Luego se da el período de reintegración en el que deben abordarse los cambios en apariencia y buscar facilitar herramientas psicoeducativas o programas de prevención de acoso escolar (Wilson, Gaskell y Murray, 2014:1349).

Los niños o adolescentes con condiciones médicas se ausentan con más frecuencia que sus pares saludables. Estas ausencias impactan de forma negativa el aprovechamiento académico así como muchos resultados a largo plazo. Por lo tanto, asistir a las familias para mejorar la asistencia al colegio puede ser complejo. Se pueden elaborar materiales como recursos educativos con recomendaciones para los involucrados en su regreso a clases en los cuales se incluyen también técnicas para el manejo del dolor o estrés, así como la importancia de normalizar su rutina, incrementar la comunicación y hacer acomodaciones. El objetivo es que se logren planes educacionales individuales si es necesario, un período de transición eficaz, y un aumento de motivación y planificación de los involucrados (Baldwin, Gracey y Ward, 2012:378).

C. Reinserción escolar de un paciente pediátrico con quemaduras

En la etapa del desarrollo de un niño y adolescente, el proceso de socialización es de gran importancia ya que permite que los niños desarrollen su identidad y habilidades sociales; por lo que la institución educativa es un contexto que tiene un rol vital para dichas habilidades sociales acompañadas de las habilidades académicas (Pan *et. al.*, 2017:15). La reinserción escolar de un paciente con quemaduras pediátricas es vista como una medida de aptitud funcional y de ajuste o adaptación social y emocional del niño o adolescente (Horridge *et. al.*, 2010:634). Por lo tanto, es una parte esencial en el proceso de bienestar.

Según Pan *et. al.* (2017:15), la introducción de programas que reintegran a los niños con quemaduras al colegio, viene desde hace 35 años con Sue Cahners (1979), quienes fueron los primeros en presentar su programa. Su origen vino de la introspección de los profesionales de cuidados de quemaduras. Dicha introspección consistió en que los maestros deben estar preparados para recibir a los niños. Idealmente los hospitales de quemaduras poseen programas de reinserción escolar en el que llegan maestros a continuar con la educación de los niños dentro del hospital. El objetivo es ayudar a los niños a prepararse para regresar al colegio, reducir sus ansiedades y restricciones, maximizar la comunicación entre los niños y sus pares y favorecer su identificación mutua. Además, se busca proveer al niño, la familia y al personal educativo con soporte emocional e información. Los programas varían de acuerdo a los distintos centros educativos, el

equipo de servicio de quemaduras y según las necesidades y demandas de los niños o adolescentes. Por eso es importante tomar en cuenta las diferencias individuales.

Según la revisión de la literatura científica identifica que los elementos y servicios en común de los distintos programas existentes incluyen estrategias diferentes para facilitar la reintegración escolar como llamadas telefónicas, videos, DVDs, libros, visitas a los colegios, un oso de peluche para reemplazar al niño en el colegio, entre otras (*Phoenix Society for Burn Survivors*, 2013:10). Un programa puede tener una o más estrategias dependiendo de los recursos del equipo de salud de quemaduras y las necesidades de los niños. El equipo involucrado en estos programas está formado por equipos multidisciplinarios que incluye: enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, cirujanos, especialistas en juego, especialistas en niños y maestros.

En cuanto a los hallazgos de los efectos de los programas en general, no han demostrado tener un efecto medible en el regreso a los centros educativos. Sin embargo, un estudio encontró la disminución en el tiempo entre el egreso del hospital y el regreso de los niños a sus colegios si estos eran asistidos por algún programa (Arshad *et. al.*, 2015:733). Si se ha encontrado evidencia consistente de la influencia positiva que tiene el facilitar la reinscripción escolar de los niños con quemaduras (Canter y Roberts, 2012:1065).

D. Unidades de atención de quemaduras en Guatemala

Aproximadamente ocurren en Guatemala, 50 mil casos de quemaduras al año siendo estos, en su mayoría son niños de escasos recursos, desde recién nacidos a 14 años de edad. En el país, los recursos y las instalaciones físicas especializadas para el tratamiento de quemaduras es limitado; es por eso que muy pocas personas tienen acceso a recibir el tratamiento adecuado.

1. Unidades hospitalarias

En tres hospitales Nacionales de Guatemala, se encuentran localizadas las unidades especializadas en quemaduras. La Fundación para Niños Quemados de Guatemala ha favorecido su crecimiento, ya que consiste en una organización no lucrativa que atiende de forma integral a pacientes pediátricos con quemaduras de escasos recursos en todo el país con el objetivo de que puedan recibir la atención médica especializada. Con el apoyo de la Fundación, se construyó la primera fase de la Unidad Pediátrica de Quemaduras, en el Hospital Roosevelt, apoyados también del Patronato de dicho Hospital. Además está equipada y remodelada la Unidad de Quemados en el Hospital Nacional de Amatitlán. Las tres unidades hospitalarias que se especializan en quemaduras, atienden casos de quemaduras de I y II grado.

La Unidad de Quemaduras Pediátricas del Hospital Roosevelt, se inauguró en mayo del año 2009. Tiene un área específica dentro del Hospital, con una capacidad para 10 niños entre 0 y 14 años de edad, sala e hidroterapia y un cuarto de aislamiento. Los casos severos, es decir lo que no son de I y II grado, se atienden

en el área de Pediatría del Hospital; se busca a futuro contar con un área para quemaduras de III grado. También cuenta con personal capacitado y un equipo multidisciplinario que incluye cirujanos, pediatras, infectólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales.

La Unidad de Quemados del Hospital Nacional de Amatitlán, fue fundado por el Dr. Carlos Alvarado Dumas (1996) con el apoyo de la Fundación Rafael Castillo Lara. Ofrece atención dirigido a tres áreas: hombres, mujeres y niños y se caracteriza por aplicar a los pacientes un tratamiento con la membrana Ixchel que actúa como una cubierta biológica y disminuye el dolor, infecciones y cicatrices deformantes.

La Unidad de Quemaduras Pediátricas del Hospital San Juan de Dios, se estableció en el año 2005 por el Dr. Héctor Santos Luna y el apoyo de la Fundación.

2. Clínica de Quemaduras Infantiles

Este centro de atención, surge en Guatemala el 12 de Abril de 2004, a raíz de la problemática de las quemaduras que afectan a la población infantil de nuestro país dejando cambios significativos en sus vidas; por lo que enfoque se trabaja desde su lema “De Piel a Piel Borrando Huellas.” Tiene como misión: Brindar a los niños quemados de escasos recursos y con deformidades secundarias a las quemaduras, atención especializada para borrar huellas de dolor físico y psicológico que les permita reingresar de manera digna a la sociedad. Es el primer proyecto y el único en Guatemala que tiene como objetivo brindar un tratamiento integral en rehabilitación que le permita a niños y adolescentes quemados disminuir las limitaciones funcionales producidas por las quemaduras. Por lo tanto, se dirige a beneficiar a la niñez guatemalteca víctima de dichos acontecimientos. En cuanto a la atención que se recibe, todos los niños son evaluados por especialistas quienes determinan el tratamiento necesario para prevenir o corregir las secuelas por quemaduras. Dentro del circuito de atención se encuentran: las curaciones ambulatorias, tratamiento de trajes de presión, férulas, terapia ocupacional, máscaras de Uvex, evaluación clínica, cirugías reconstructivas, apoyo psicológico, preparación emocional para la curación y prótesis.

E. Legislación educativa en Guatemala

La educación en Guatemala, según los artículos 71-72 de la Constitución de la República, es un derecho y su fin es el desarrollo integral de una persona. También es una obligación en el que según los límites de edad que fije la ley, los individuos deben recibir la educación inicial, preprimaria, primaria y básica (artículo 73), siendo el estado quien promueva la educación, específicamente la educación especial, la diversidad y la extraescolar (artículo 74) (DIGEESP y MINEDUC, 2011:10).

La ley nacional de educación de Guatemala, fue vigente en 1991, y en el Decreto Legislativo No. 12-91-artículos 48 al 51 especifica que se propicia el desarrollo integral de las necesidades educativas así como la integración y normalización de las personas con una discapacidad, a través de la Educación Especial. Por otro

lado, la Ley de Atención a las Personas con Discapacidad-Decreto 135-96 –artículos del 25 al 33 indica que las personas con discapacidad tienen derecho a la educación siempre y cuando su limitación física o mental e lo permita; esto incluye tanto a la educación pública como privada. Cabe mencionar que, Guatemala ha participado en convenios y tratados internacionales para impulsar la atención a la diversidad, estableciendo los derechos de los estudiantes con mayores desventajas de vulnerabilidad. (DIGEESP y MINEDUC, 2011:11)

La educación se concibe como instrumento para transformar a la sociedad, tomando en cuentas las desventajas y ventajas que tiene cada estudiante para aprender y desenvolverse. Dentro de los salones de clase hay una población diversa. Por lo tanto, la educación inclusiva, es el proceso orientado a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todos los estudiantes sin discriminación. En Guatemala existe una base legal que justifica la atención a la población con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad en la cual se deben realizar los cambios necesarios para brindar una atención de calidad y con equidad a dicha población.

Se debe aclarar que toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, hace referencia a una discapacidad; y en el ámbito educativo es necesario que las familias promuevan que los hijos asistan a recibir la educación, de acuerdo a sus necesidades; esta educación puede darse en un centro de educación especial o en un sistema de educación regular si su nivel de adaptación social favorece su desenvolvimiento para una integración escolar (DIGEESP y MINEDUC, 2011:9). Los accidentes por quemadura pueden ser la causa de una discapacidad o necesidad educativa; uno de los problemas principales son las amputaciones de algún miembro por quemadura o incluso cicatrices que limitan la capacidad de ejercer una o más actividades de la vida diaria. Por eso, se busca la integración escolar, proceso en el que los estudiantes reciben el apoyo educativo de acuerdo a sus propias capacidades y necesidades.

F. Educación hospitalaria y reinserción escolar en Guatemala

La necesidad de ofrecer una atención educativa a los niños que se ausentan de las instituciones educativas durante períodos de tiempo largos por permanecer ingresados en un hospital, ha llevado a la implementación de aulas hospitalarias. La modalidad de Educación Hospitalaria es una estrategia de inclusión, como ejercicio del derecho a la educación para propiciar la igualdad de oportunidades; favoreciendo la continuidad de sus estudios y la reinserción en el sistema educativo de origen (De la Roca López, 2016:4). Se promueven procesos educativos respecto a la promoción de la salud corporal y emocional, para enfrentar los desafíos de la condición hospitalaria y contribuir en el proceso de recuperación, desarrollo y proyección hacia la vida. El Ministerio de Educación de Guatemala, busca fortalecer los procesos educativos formales iniciados dentro de los Hospitales Nacionales de la ciudad. Sin embargo, se carecen de estudios que

traten sobre las escuelas hospitalarias en Guatemala. Es deber del estado garantizar la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en ámbitos como el de salud.

La dirección departamental de Educación Guatemala Sur cuenta con la Escuela de Párvulos de la Unidad de Pediatría del Hospital Roosevelt con el objetivo de brindar a los pacientes la continuidad educativa y que estos puedan reincorporarse a una educación regular al salir del hospital (MINEDUC, 2018:9). Es, por lo tanto una escuela hospitalaria que busca reincorporar a los alumnos inmediatamente a sus escuelas de origen y evitar la deserción escolar. Esta escuela inició en el año 1976, surgiendo ante la necesidad de brindar atención a los niños internos por los accidentes del terremoto en dicho año. Se convirtió en escuela oficial en 1992, funcionando en cada uno de los servicios que la pediatría del hospital brinda. Mensualmente se atienden a 60 pacientes aproximadamente y son considerados un centro pionero en el país y Centroamérica, junto a Costa Rica, convirtiéndose en escuelas hospitalarias referentes.

El Hospital San Juan de Dios también brinda atención a niñas y niños con edades entre dos a 15 años a nivel educativo con trabajadoras de estado a través de la Escuela del Dr. Carlos Monzón (1978). Este sistema, lleva la escuela a cada cama a través de una metodología interactiva. Inició buscando las necesidades en cada niño que propiciara su salud y bienestar, siendo la educación un factor esencial.

V. METODOLOGÍA

A. Pregunta de investigación

¿Qué áreas del desarrollo socioemocional facilitan la reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras durante la niñez tardía y adolescencia temprana, mediante un protocolo de intervención psicológica?

B. Hipótesis

La adaptación a la reinserción escolar de un paciente pediátrico con quemaduras se favorece significativamente a través de un protocolo de atención psicológica específico.

C. Diseño de investigación

Este trabajo de investigación tuvo un enfoque mixto, ya que se utilizó una combinación del enfoque cualitativo y cuantitativo; empleando un proceso cuidadoso, sistemático y empírico (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2006:157). Se realizó un diseño cuasi experimental ya que no se pueden asignar aleatoriamente los sujetos a las distintas condiciones de este protocolo de atención psicológica. Se llevó a cabo un estudio utilizando la evaluación pre-post de un solo grupo, con comparaciones de grupos no equivalentes. Cada sujeto actuó como su propio grupo de control. Además se hizo una comparación de la adaptación de los pacientes en el ámbito escolar a través de las herramientas metodológicas tras la intervención.

D. Variables de investigación

Cuadro 1. Variables de investigación

Variables	Descripción conceptual	Descripción operativa
Autoconcepto	Según Rogers (1959) en Massenzana (2017:40), es la percepción que tienen los niños y adolescentes sobre sí mismos, de forma global y cómo a su vez valora diferentes aspectos de su forma de ser y su comportamiento. El autoconcepto tiene una función organizativa y de regulación en relación al "self" que son responsables para el desarrollo y ejecución de un plan de acción para lograr la satisfacción de impulsos internos y las exigencias ambientales (Casullo, 1992).	Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Adaptación de Casullo 1992)
Comportamiento	Percepción que se tiene de comportarse de forma favorable o apropiada en diferentes tipos de situaciones; percepción del comportamiento social. Evalúa conductas relacionadas con la convivencia.	Ítems 13, 14, 18, 22, 25, 31, 32, 34, 35, 45, 48, 56, 67, 72, 75, 76, 78, 80 de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Adaptación de Casullo 1992)
Status intelectual	Percepción de la competencia o rendimiento en situaciones escolares o en situaciones que requieren aprender nuevas habilidades, destrezas o conocimientos; refleja los sentimientos relacionados con logros académicos.	Ítems 5, 10, 12, 16, 17, 21, 23, 24, 26, 27, 30, 33, 42, 49, 53, 66, 70, de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Adaptación de Casullo 1992)
Imagen corporal	Percepción de apariencia y competencia física; o la apreciación o actitudes acerca o hacia el propio cuerpo así como ciertas habilidades sociales.	Ítems 8, 9, 15, 19, 29, 41, 47, 54, 60, 63, 64, 65, 73 de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Adaptación de Casullo 1992)
Falta de ansiedad	Percepción de ausencia de problemas de tipo emocional o de las reacciones predominantemente afectivas.	Ítems 6, 7, 20, 28, 37, 44, 55, 61, 68, 74, 79 de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Adaptación de Casullo 1992)
Popularidad	Percepción del éxito en las relaciones sociales e interpersonales; en comparación con pares.	Ítems 1, 3, 11, 40, 46, 51, 57, 58, 62, 69, 71, 77 de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Adaptación de Casullo 1992)
Bienestar y satisfacción	Grado de satisfacción ante las características y circunstancias personales; valora la autoestima.	Ítems 2, 4, 36, 38, 39, 43, 50, 52, 59, de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Adaptación de Casullo 1992)
Adaptación escolar	Ajuste al ambiente escolar por parte del niño o adolescente, a través de respuestas favorables a su entorno en el que convive adecuadamente, asimila conocimientos y adquiere habilidades para su vida cotidiana y escolar.	Escala de opinión elaborada por la estudiante para la percepción de padres y maestros a la adaptación escolar

Nota. Elaboración propia a partir de las variables a investigar o intervenir en este estudio, por Manzo, 2018.

E. Descripción de los participantes

La población fueron todos aquellos niños y adolescentes entre 8 y 14 años que ingresaron a la Unidad de Quemaduras Pediátricas del Hospital Roosevelt y que luego acudieron a la Clínica de Quemaduras Infantiles del Hospital Roosevelt de Guatemala. La población que ingresa mensualmente a la Unidad es de 280 niños y adolescentes aproximadamente, y que posteriormente se integran al circuito de atención de salud en la Clínica de Quemaduras Infantiles.

La muestra fue calculada utilizando “*Raosoft Sample Calculator*” (2016), con un nivel de confianza de 95%, la cual correspondía a 163 niños y adolescentes. Sin embargo, debido a que se llevó a cabo un *prueba piloto* del protocolo elaborado para evaluar su efectividad, la muestra con la que se trabajó fue de 11 niños y adolescentes con quemaduras entre las edades de 8 a 14 años que asistieron a la Unidad de Quemaduras Pediátricas y que posteriormente se incorporaron al circuito de atención integral de las Clínicas de Quemaduras Infantiles, entre el año 2017 hasta el mes de agosto de 2018; ya que fue a partir de ese mes que se inició la prueba piloto.

1. Criterios de inclusión

Para ser considerados como parte de la muestra fue necesario, primero, que los pacientes estuvieran ubicados en el rango de edad entre 8 y 14 años. Segundo, que hayan sufrido de una quemadura en áreas significativas/visibles (cabeza, rostro, cuello o extremidades) o que, según su construcción personal, haya sido una quemadura que intervino significativamente en sus recursos bio-psico-sociales. Tercero, que asistieran a los centros de atención de quemaduras del Hospital Roosevelt de Guatemala. Fue necesario que también firmaran el consentimiento informado los padres o tutores legales de cada paciente, así como que cada paciente diera su asentimiento para ser parte de este protocolo. Por último, se tomó en cuenta únicamente aquellos pacientes que vivieran en el departamento de Guatemala o que indicaban tener la facilidad de asistir semanalmente a la consulta para mantener su asistencia en el programa de reinserción. Debido a que los pacientes forman parte de un estrato socioeconómico bajo, se buscó un apoyo económico por parte de la Fundación para Niños Quemados de Guatemala, para los casos particulares.

2. Criterios de exclusión

No se incluyeron en la muestra a los niños o adolescentes cuyos padres o tutores no brindaron su consentimiento o que indicaron tener complicaciones para acudir semanalmente al procedimiento de atención psicológica, según lo que se estipuló para esta investigación.

F. Instrumento

1. Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (1984) adaptada por Casullo (1992).

Es una escala de tamizaje que evalúa la percepción que los niños y adolescentes de 8 a 18 años tienen sobre sí mismos (autoconcepto global) y cómo valoran diferentes aspectos de su forma de ser y su comportamiento según las dimensiones de comportamiento, status intelectual, imagen corporal, ansiedad, popularidad y bienestar y satisfacción. El autoconcepto es valorado como un indicador de adaptación positiva y se relaciona con el impulso favorable para el desarrollo integral. Consta de 80 ítems compuestos de frases sencillas con una respuesta dicotómica (SÍ-NO) en la que se le pide al niño o adolescente que responda de acuerdo a cada frase. Se puede aplicar leyendo en voz alta cada ítem, o se puede brindar al sujeto para que

responda de forma independiente. Tiene un coeficiente de confiabilidad de 0,75 y una validez alta con correlación entre los tres agrupamientos de los constructos de la escala (α 0,92; 0,89 y 0,93). El valor de autoconcepto grupal se logra a través de la sumatoria de los valores de autoconcepto individual, dividido por la cantidad de participantes a quienes se les aplica la escala; este puntaje bruto se expresa en términos de percentiles (Valgañón, 2014: 162).

2. Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para Padres y Maestros

Tomando en cuenta que no existen instrumentos para identificar los procesos adaptativos se elaboró una escala de opinión a partir de indicadores que se utilizan en el ABAS-II, Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa. Esta escala de opinión consiste en 10 ítems para evaluar la percepción que tienen los padres y los maestros ante la conducta de adaptación escolar de los niños o adolescentes después de haber recibido el proceso de atención psicológica delimitado por el protocolo. Cada respuesta se valora con una escala de Likert de 1-5 para indicar si las conductas se dan nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de veces o siempre; y así obtener una valoración general de lo que perciben los maestros en el contexto educativo y los padres en el hogar.

G. Procedimiento

- ✓ Contacto con el centro de práctica dentro de la espacio de formación universitaria de la carrera de Licenciatura en Psicología
- ✓ Detección de necesidades observadas durante la práctica profesional supervisada en la Clínica de Quemaduras Infantiles en relación al manejo y apoyo que se da a los niños para el regreso a la escuela.
- ✓ Aprobación del protocolo de investigación por el director del Departamento de Psicología y Decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad del Valle de Guatemala
- ✓ Presentación de propuesta a la coordinadora de la Unidad Pediátrica de Quemaduras y de la Clínica de Quemaduras Infantiles del Hospital Roosevelt de Guatemala para su aprobación.
- ✓ Presentación al equipo de rehabilitación de la Unidad Pediátrica de Quemaduras y de la Clínica de Quemaduras Infantiles del Hospital Roosevelt de Guatemala para dar a conocer el protocolo, las diferentes fases e involucrarlos a participar del mismo.
- ✓ Revisión de expedientes clínicos y registros médicos para identificar la muestra de pacientes que participaron en el protocolo según los criterios de inclusión establecidos.

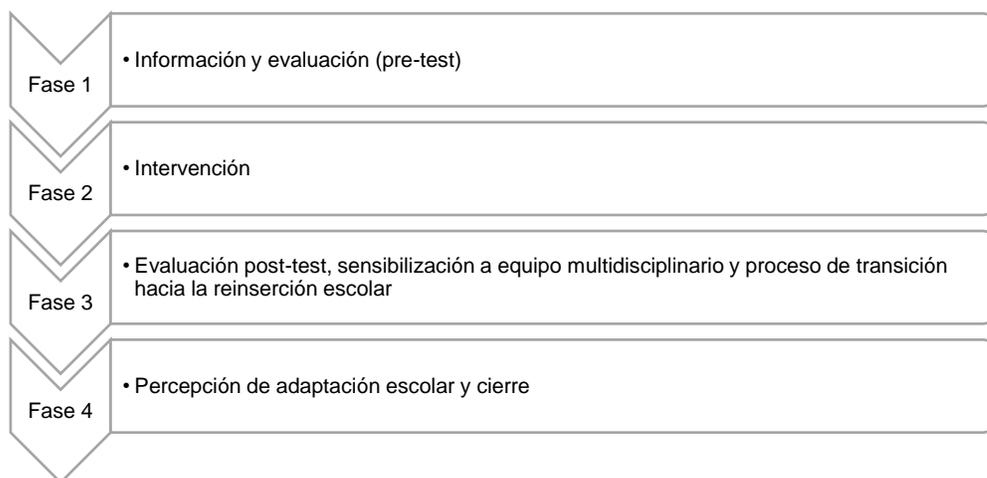
Dentro del procedimiento de atención médica de un paciente pediátrico con quemaduras, su primer ingreso de cuidados es a la Unidad de Quemaduras Pediátricas. Luego de recibir las intervenciones de salud y el tratamiento necesario, se integran al circuito de atención ambulatorio y de consulta externa de la Clínica de Quemaduras Infantiles para su etapa de recuperación en el que reciben diversas intervenciones.

Figura 1. Etapas de recuperación de un paciente pediátrico con quemaduras



A partir de dicho ingreso a la Clínica, se trabajó con la muestra descrita anteriormente. Por lo tanto, las fases de este protocolo fueron las siguientes:

Figura 2. Fases del protocolo de transición hacia la reinserción escolar



1. Fase 1: Información y evaluación (pre-test)

Se realizó la primera sesión que consistió en la entrevista inicial breve con los padres para obtener el historial del paciente en cuanto a su quemadura, así como también otros datos relacionados a la escuela y

proceso educativo. En esta entrevista se explicó a los padres el trabajo de atención psicológica que se deseaba abordar con los pacientes, dirigido a la transición hacia la reinserción escolar. Se les dio el consentimiento informado para poder trabajar con los menores de edad y se explicaron todas las consideraciones éticas. Además brindó un espacio para que el paciente diera su asentimiento. Posteriormente, se les entregó una carta dirigida al director del centro educativo en la que se explicó el protocolo al que acudiría cada uno de los alumnos y el apoyo que se solicitaría por parte de la escuela y los maestros. Los padres o encargados, firmaron de recibida la carta, comprometiéndose a entregarla al centro educativo de sus hijos. Se procedió, además, a la evaluación (pre-test) con los pacientes, aplicando la versión adaptada de la *Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (1984) por Casullo (1992)*.

En esta sesión inicial, se trató el tema de la situación económica de la familia y la facilidad para asistir a las consultas semanales estipuladas en el protocolo. Según cada caso y la necesidad que manifestaron, se elaboró un presupuesto de los gastos en transporte. Dicho presupuesto se presentó con una carta formal a la Fundación para Niños Quemados de Guatemala, solicitando el apoyo económico para el transporte del paciente y su acompañante a la Clínica de Quemaduras Infantiles. La Fundación donó Q1500.00, los cuales se proporcionaron en cantidades estimadas según los gastos de cada caso particular.

2. Fase 2: Intervención

La segunda fase consistió en las intervenciones, las cuales estuvieron divididas en cuatro sesiones o módulos en los que se trabajó: autoconcepto, imagen corporal, bienestar y satisfacción (autoestima) y la adaptación escolar. Desde el inicio se estableció la alianza terapéutica y se explicó a cada paciente el abordaje y el trabajo que iba a realizar; así como la importancia de que el paciente regresara a su rutina cotidiana, específicamente a su ámbito escolar. Se trabajaron intervenciones psicológicas con el paciente basadas en el lineamiento teórico y las pautas que se indican en el protocolo elaborado para el manejo de pacientes con quemaduras, abordando las dimensiones mencionadas las cuales se evaluaron en la escala y se buscaron individualizar las técnicas según las necesidades del paciente. De forma paralela, se realizaron sesiones breves con los padres de psicoeducación y entrenamiento parental para trabajar la adaptación favorable de la reinserción escolar de sus hijos y la adherencia al tratamiento.

3. Fase 3: Evaluación (post-test), sensibilización a equipo multidisciplinario y proceso de transición hacia la reinserción

Se realizó la etapa de evaluación (post-test) de la misma escala a los pacientes, administrada en la primera fase. Se analizaron los resultados para ver las mejorías o cambios según el abordaje y las intervenciones psicológicas. En esta etapa se buscó también sensibilizar y trabajar la importancia de la reinserción escolar de los pacientes con el equipo multidisciplinario del circuito de atención integral de las clínicas para favorecer el apoyo hacia los pacientes, sus familias y los centros educativos sobre los cuidados y la adherencia al tratamiento. Luego se agenció el proceso de transición hacia la reinserción escolar entre la Clínica de Quemaduras Infantiles y los centros educativos de los pacientes a través de una carta de

comparaciones de medias para evaluar el impacto del protocolo. La comparación de medias de a Escala de Autoconcepto, fue paramétrica, considerando que fue una población en dos tiempos (pre y post intervención), por lo que se utilizó la prueba t-student.¹ Para la *Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para Padres y Maestros* se utilizó un análisis de chi-cuadrado (X^2)² para poder realizar comparaciones entre los dos grupos y determinar si la percepción a la adaptación escolar era diferente entre padres y maestros.

I. Consideraciones éticas

Se solicitaron los permisos institucionales correspondientes a la Clínica de Quemaduras Infantiles del Hospital Roosevelt con la coordinadora, la Dra. Lourdes Santiso y la autorización para la implementación de la prueba piloto. Se hizo una lista de cotejo de los requerimientos básicos para trabajar con menores y con padres. Luego se utilizó un consentimiento informado en el que se explicó el objetivo general de la investigación, se hizo la solicitud para participar y se explicó la confidencialidad y los criterios de anonimato para todo el proceso. Se proveyó el contacto de la estudiante en formación para cualquier duda que surgiera del proceso. En cuanto a los riesgos de este protocolo, no existió ninguna consecuencia en el proceso que pudiera atentar contra la autonomía y confidencialidad de los participantes ya que no se les privó del servicio de atención de salud del que son usuarios. Sin embargo, cualquier reacción psicológica que surgió durante el proceso se trabajó en el momento para evitar cualquier desbordamiento. En caso de alguna situación inusual o que se determinó que requería algún seguimiento, se refirió directamente a la Clínica. Por otra parte, sí existieron beneficios directos ya que al realizar intervenciones psicológicas tanto con los pacientes como con los padres, y al agenciar el proceso de transición hacia la reinserción escolar, se favoreció la adaptación escolar del paciente. Cabe aclarar que, a pesar de que la Fundación para Niños Quemados de Guatemala donó una cantidad monetaria para el sostenimiento del protocolo, no fue un estudio pagado para los participantes.

J. Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones que se presentaron en este estudio se encontraba el perfil de la población con la que se estuvo trabajando: comunidades vulnerables del país o de un estatus socioeconómico bajo; por lo que se encontraba comprometida la adherencia al tratamiento de los participantes. Por esta limitación, se acudió a la Fundación de Niños Quemados de Guatemala. Sin embargo, se había iniciado con una muestra de 13, y dos de los participantes abandonaron el proceso por dicha limitación. Por otro lado, las variables contextuales, culturales y educativas de los pacientes influyeron también en la forma de percibir su autoconcepto y las oportunidades de regresar a estudiar.

¹ t-Student: prueba estadística paramétrica adecuada para comparar dos medias.

² X^2 : prueba estadística basada en la distribución chi-cuadrada, un análisis inferencial estadístico no paramétrico.

VI. RESULTADOS

A continuación se describen los resultados del estudio, según las diferentes fases del protocolo. El Cuadro 2. muestra los datos demográficos de los pacientes que participaron en el estudio; se describe la edad, el género, el tipo de quemadura según su agente etiológico y el área corporal afectada. Además se indica el tiempo en el que permanecieron hospitalizados en la Unidad de Quemaduras Pediátricas. El protocolo de ingreso de un paciente pediátrico con quemaduras consiste en acudir primero a la emergencia del Hospital Roosevelt y luego son referidos al área en la que reciben atención integral, es decir, la Unidad de Quemaduras Pediátricas. El tiempo promedio que permanecen en la Unidad es de 61 días que equivale a dos meses aproximadamente. Al egresar se incorporan a la Clínica de Quemaduras Infantiles, que consiste en un circuito de rehabilitación y recuperación, recibiendo servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, atención médica, costurería, órtesis y trabajo social. Por último se describe también, el tipo de escuela y el grado escolar que sirvió para trazar la ruta hacia la reinserción escolar.

Cuadro 2. Datos demográficos de los pacientes que participaron en el protocolo

No. Caso	Edad	Género	Tipo de quemadura	Área afectada	Tiempo de hospitalización	Tipo de Escuela	Grado escolar
1	13	Masculino	Eléctrica	Brazos, con amputación en mano derecha	1 mes	Rural	4to. Primaria
2	12	Femenino	Otros diagnósticos	Cuero cabelludo	2 meses, 22 días	Rural	5to. Primaria
3	11	Masculino	Flama	Cuello	1 mes	Rural	1ro. Primaria
4	12	Masculino	Flama	Rostro, brazos y piernas	3 meses	Urbana-privada	4to. Primaria
5	13	Femenino	Líquido Caliente	Rostro y brazo	15 días	Rural	6to. Primaria
6	10	Femenino	Eléctrica	Rostro, tórax, brazo y pierna derecha	1 mes	Rural	4to. Primaria
7	10	Masculino	Pólvora	Rostro, brazos y piernas	1 mes, 15 días	Urbana	4to. Primaria
8	8	Masculino	Eléctrica	Manos	15 días	Urbana-privada	1ro. Primaria
9	12	Masculino	Pólvora	Rostro, tórax y brazo derecho	2 meses	Rural	6to. Primaria
10	13	Femenino	Líquido Caliente	Cuello y brazo izquierdo	15 días	Urbana-privada	6to. Primaria
11	8	Masculino	Pólvora	Cuello	-	Urbana-privada	2do. Primaria
12	9	Masculino	Flama	Rostro, brazo izquierdo y amputación mano izquierda y oído izquierdo.	8 meses	Rural	2do. Primaria
13	14	Femenino	Eléctrica	Rostro, miembros superiores e inferiores y tórax	4 meses	Rural	6to. Primaria

Nota. Elaboración propia a partir del registro de datos demográficos del estudio, por Manzo, 2018.

La muestra inicial para la prueba piloto de este protocolo fue de 13 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión establecidos por el protocolo. De los casos participantes, 8 fueron hombres y 5 mujeres. El caso no. 5 y el caso no. 12 fueron excluidos debido a su inconsistencia a las sesiones, las cuales interrumpieron el programa. La mayoría de los pacientes pertenecen a escuelas del área rural, cinco al área urbana, siendo cuatro del sector privado siempre dentro del estatus socioeconómico bajo, de acuerdo a la clasificación de trabajo social. Comprender las características sociodemográficas es esencial para marcar una ruta de intervención, ya que la construcción de realidades inter e intrapersonales difiere, especialmente las posibilidades que tienen para reincorporarse a su formación académica. Tal y como se muestra en el Cuadro 2., las quemaduras son causadas por agentes, en su mayoría severos; afectando áreas visibles y sensibles para la recuperación y funcionalidad de cada uno.

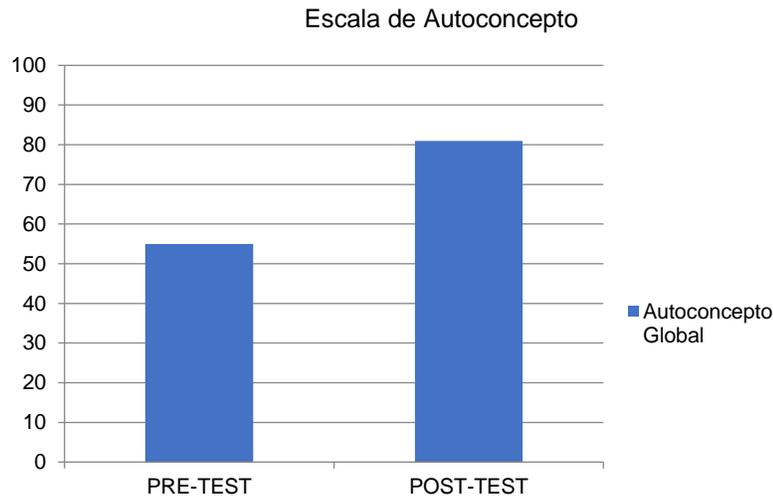
En la primera fase del protocolo (pre-test se administró a los 13 pacientes que participaron en el protocolo, la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris adaptada por Casullo. Se hizo una prueba de consistencia interna de la escala para determinar la fiabilidad de la misma en los pacientes de población guatemalteca, ya que la Escala original ha sido adaptada para población chilena. Esta escala consiste en 80 ítems. Se valoró con 0 la respuesta incorrecta de cada ítem y con 1 las respuestas correctas. Utilizando el alfa de Cronbach se obtuvo que es un instrumento fiable y consistente ya que supera el 0,8; indicador de consistencia y fiabilidad.

Cuadro 3. Fiabilidad de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris adaptada por Casullo

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en ítems estandarizados
.801	.814

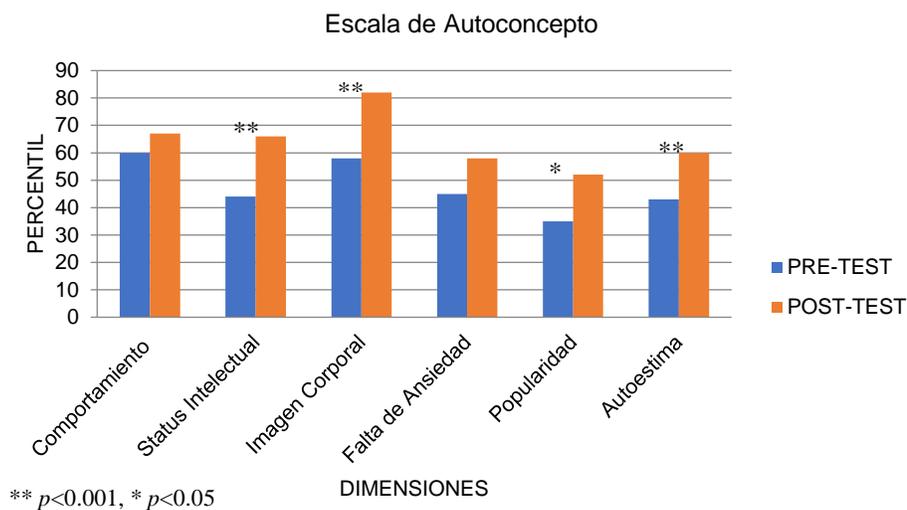
Las medias de cada puntuación percentil del autoconcepto global observadas en la Gráfica1., se obtuvieron de la Escala de Autoconcepto en la fase de pre-test que fue realizada al inicio del programa de intervención, y post-test que se realizó en la última sesión de trabajo a la muestra de 11 pacientes que completaron el programa de reinserción escolar estipulado. Se debe mencionar que toda aquella puntuación que se ubica dentro del percentil 35-65 se considera como promedio. A pesar de que en la fase pre-test el autoconcepto global se ubicó dentro de un rango promedio, 55%, tras las intervenciones realizadas el rango pasó a estar por encima del promedio en la fase post-test, 81%.

Gráfica 1. Medias de puntuaciones percentiles del autoconcepto global obtenido de la Escala de Autoconcepto



Los percentiles de cada dimensión que mide la Escala de Autoconcepto se muestran en la Gráfica 2., de acuerdo a las seis subescalas: comportamiento, status intelectual, imagen corporal, falta de ansiedad, popularidad y autoestima. En la fase pre-test, como se muestra en las barras azules, todas las subescalas se ubicaban dentro del rango promedio, con excepción de la dimensión “popularidad”, 34.5%, que incluye preguntas en relación a destrezas sociales del paciente y de interacción con sus pares. El programa de intervención consistió en trabajar autoconcepto, que significa la percepción que se tiene sobre sí mismo y la manera en que se valoran diferentes aspectos de la forma de ser y el comportamiento; imagen corporal, que se refiere a la percepción de la apariencia y la apreciación hacia el propio cuerpo así como ciertas habilidades sociales; bienestar y satisfacción, que valora la autoestima y hace referencia al grado de satisfacción ante características y circunstancias personales; y la adaptación escolar que significa el ajuste al ambiente escolar por parte del paciente mediante respuestas favorables a su entorno y bienestar. Las barras anaranjadas, muestran los resultados tras las intervenciones mencionadas en la fase post-test en la que se evidencia una diferencia, ya que cada dimensión se ubica en el rango de promedio alto, sobresaliendo la subescala “imagen corporal”, 82%, la cual se ubica por encima del promedio. Esta dimensión incluye preguntas en relación a actitudes hacia la apariencia física y destrezas sociales relacionadas a la misma.

Gráfica 2. Medias de puntuaciones percentiles de las dimensiones medidas por la Escala de Autoconcepto



Con los resultados obtenidos se realizó una prueba de normalidad y confiabilidad de los datos para optar por una prueba estadística que pudiera comprobar la diferencia en los resultados pre y post del programa de intervención en la evaluación mediante la Escala de Autoconcepto; tomando en cuenta que era una población en dos tiempos. El Cuadro 4., muestra la prueba de normalidad; debido a que es una muestra pequeña se utiliza Shapiro-Wilk. Dado a que la significancia es mayor a 0.05 se puede decir que los datos parecen ser normales. El Cuadro 5., indica que los datos son consistentes y fiables debido a que supera el 0,8 del alfa de Cronbach.

Cuadro 4. Prueba de Normalidad de los resultados de la Escala de Autoconcepto Pre/Post

	Prueba de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PRE-TEST	.222	7	.200*	.922	7	.483
POST-TEST	.199	7	.200*	.916	7	.436

Cuadro 5. Fiabilidad de los resultados de la Escala de Autoconcepto Pre/Post

Estadísticas de Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en ítems estandarizados
.886	.896

Posteriormente, se realizó una comparación de medias para determinar la diferencia significativa de las dimensiones evaluadas por la Escala de Autoconcepto en las fases pre y post. Debido que los datos son considerados paramétricos, y tomando en cuenta que es una población pre-post en la que se busca evaluar el impacto de las intervenciones, se utilizó la prueba *t-Student*, la cual se muestra en el Cuadro 6. La hipótesis planteada al inicio de la investigación fue que la adaptación a la reinserción escolar de un paciente pediátrico con quemaduras se favorece significativamente a través de un protocolo de atención psicológica específico. La significancia de las dimensiones que se muestran en el Cuadro 6., y que se trabajaron en el plan de intervención (autoconcepto, imagen corporal, popularidad y autoestima) son menores a 0.05, indicando que se acepta la hipótesis planteada por este protocolo. La dimensión del status intelectual, también tiene una significancia menor a 0.05; mientras que las dimensiones de comportamiento y falta de ansiedad son mayores a 0.05. A partir de esta comparación de medias, se puede decir que la diferencia es significativa para las dimensiones de status intelectual, imagen corporal, popularidad, autoestima y el autoconcepto global; por lo que si hubo un impacto tras las intervenciones estipuladas por el protocolo en las dimensiones que fueron trabajadas con cada paciente.

Cuadro 6. Prueba t de las dimensiones evaluadas por la Escala de Autoconcepto Pre/Post

		Prueba de muestras pareadas							
		Diferencias pareadas			95% Intervalo de Confianza de Diferencia		t	df	Sig. (2-tailed)
		Media	Desviación Estándar	Error Estadístico Medio	Inferior	Superior			
Par 1	PRE Comportamiento - POST Comportamiento	-7.273	21.373	6.444	-21.632	7.086	-1.129	10	.285
Par 2	PRE Status Intelectual - POST Status Intelectual	-22.000	18.303	5.519	-34.296	-9.704	-3.987	10	.003
Par 3	PRE Imagen Corporal - POST Imagen Corporal	-24.727	23.491	7.083	-40.509	-8.946	-3.491	10	.006
Par 4	PRE Falta de Ansiedad - POST Falta de Ansiedad	-13.182	28.659	8.641	-32.435	6.072	-1.525	10	.158
Par 5	PRE Popularidad - POST Popularidad	-17.273	20.045	6.044	-30.739	-3.806	-2.858	10	.017
Par 6	PRE Autoestima - POST Autoestima	-17.727	16.487	4.971	-28.803	-6.651	-3.566	10	.005
Par 7	PRE Autoconcepto Global - POST Autoconcepto Global	-25.727	21.950	6.618	-40.474	-10.981	-3.887	10	.003

En la última fase de la investigación, se entregaron a los padres las dos Escalas de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar, una para maestros y otra para los padres elaborada a partir de indicadores que se utilizan en el ABAS-II, Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa; ya que no existen instrumentos para identificar los procesos adaptativos. Con el fin de poder evaluar la adaptación en el ambiente escolar según lo que perciben sus padres y maestros, después de haber recibido el proceso de atención psicológica delimitado por el protocolo, se determinó la frecuencia de algunas conductas para obtener la valoración general de dicha percepción. Se debe mencionar, que de los 11 casos se obtuvo únicamente respuesta de 10 padres y 10 maestros, por lo que el caso no. 10, no fue tomado en cuenta para este análisis final.

La confiabilidad de la escala de opinión elaborada se muestra en el Cuadro 7., la cual indica que es un instrumento fiable utilizando el alfa de Cronbach, ya que supera el 0.8. Se realizó también una prueba de normalidad de los datos obtenidos en la escala de opinión, la cual se muestra en el Cuadro 8. Debido a que es una muestra pequeña, se utiliza Shapiro-Wilk; en este caso la significancia es menor a 0.05, lo que indica que los datos no parecen comportarse de forma normal.

Cuadro 7. Fiabilidad de la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar

Estadísticas de Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en ítems estandarizados
.820	.817

Cuadro 8. Normalidad de los datos de la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar

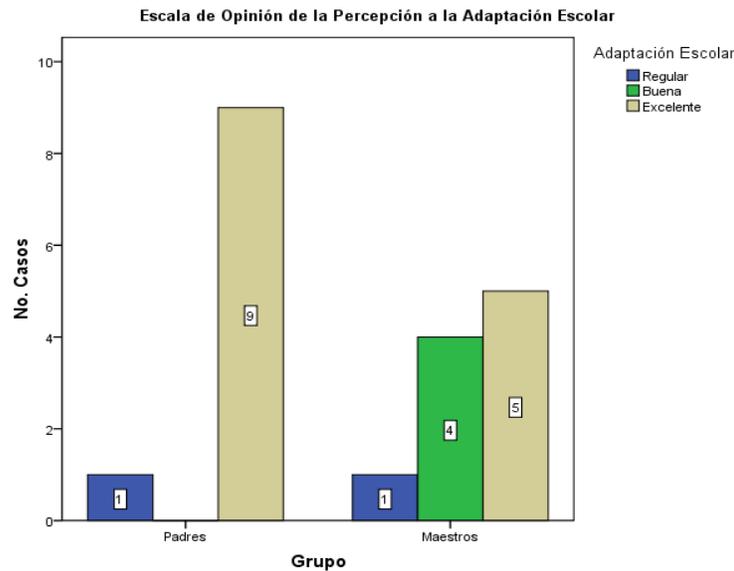
	Prueba de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Puntaje (Binned)	.422	20	.000	.631	20	.000

Debido a que los datos no se comportan de forma normal, se consideran no paramétricos, por lo que se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado para determinar si la percepción a la adaptación escolar es similar en ambos grupos. El Cuadro 9., indica los valores esperados y observados tanto en el grupo de padres como de maestros. Es importante mencionar que la máxima puntuación en esta escala es 50 puntos, por lo que se establecieron valores para los puntajes obtenidos y así identificar la percepción de la adaptación escolar de los pacientes. La escala utilizada fue la siguiente: muy deficiente, deficiente, regular, buena y excelente. Las respuestas oscilaron entre regulares, buenas y excelentes; las cuales se muestran en la Gráfica 3.

Cuadro 9. Frecuencias según la valoración de la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar

			Tabulación Cruzada			
Grupo			Puntaje			Total
			Regular	Buena	Excelente	
Padres	Observado		1	0	9	10
		Esperado	1.0	2.0	7.0	10.0
Maestros	Observado		1	4	5	10
		Esperado	1.0	2.0	7.0	10.0
Total	Observado		2	4	14	20
		Esperado	2.0	4.0	14.0	20.0

Gráfica 3. Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar



La prueba de Chi-cuadrado del puntaje de las respuestas obtenidas en la escala de opinión, se muestra en el Cuadro 10. Según la significancia obtenida por el Chi-cuadrado de Pearson, la cual es mayor a 0.05, puede decirse que la muestra proporciona evidencia suficiente para decir que la respuesta de los dos grupos (padres y maestros) es similar, con un 95% de confianza. Es decir que, la adaptación escolar se percibe de manera similar tanto en el hogar como en la escuela. Sin embargo, la percepción de los maestros tiende a ser menor en casos específicos, por variables que se discutirán en la discusión.

Cuadro 10. Prueba Chi-cuadrado de la Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar

Prueba Chi-cuadrado X ²			
	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-cuadrado	5.143 ^a	2	.076
Likelihood Ratio	6.704	2	.035
Linear-by-Linear Association	1.727	1	.189
N of Valid Cases	20		

VII. DISCUSIÓN

Cualquier enfermedad o condición de salud en los niños de edad escolar, interviene en múltiples esferas, entre ellas la reinserción escolar. En Guatemala existen pocos estudios donde se sistematice el proceso de reincorporación a la escuela después de una enfermedad o una condición, ya sea crónica o aguda. El objetivo de este trabajo fue diseñar un protocolo de transición dirigido al área de atención psicológica, el cual fue orientado a la reinserción escolar del paciente pediátrico con quemaduras. En este protocolo se elaboraron intervenciones y un plan terapéutico evaluando su efectividad a través del impacto de una prueba piloto en la que se trabajó con una muestra de 11 pacientes y sus padres o encargados, además del centro educativo.

La deserción escolar es un problema crítico persistente en América Latina, a pesar de que el acceso a la educación ha aumentado considerablemente. Esta situación se da principalmente entre jóvenes vulnerables afectados por la desigualdad socioeconómica y el contexto en el que viven que les genera una desventaja para su desempeño y movilidad social (Sucre, 2016:2). En Guatemala, son las áreas rurales del país en las cuales se ve afectada la niñez y juventud por este problema de deserción escolar. Según un estudio realizado para detectar las causas del abandono escolar, se identificó que existe un 26.4% de problemas causados por enfermedad (Roblero, 2017:1). Un accidente por quemadura supone un importante impacto físico y psicoemocional tanto para los pacientes como para sus familiares o cuidadores. Los factores psicológicos tienen una influencia importante durante el tratamiento y el proceso de recuperación o rehabilitación. El cuidado psicológico ayuda a los pacientes a ser más proactivos y colaborativos durante cada uno de los procedimientos que requieren hasta alcanzar su bienestar integral. Los desafíos aumentan a medida que avanza la cicatrización ya que surgen cambios de apariencia y funcionalidad.

Guatemala como otros países, se encuentra comprometida en condiciones internacionales con el fin de mejorar la vida de cada miembro de la sociedad de forma sostenible y funcional. Uno de ellos, según los Objetivos de Desarrollo Sostenible, consiste en lograr una educación inclusiva y de calidad, asegurando que todos los niños y niñas completen su educación primaria y secundaria. Por otro lado se busca que todos los adolescentes cumplan con al menos, un ciclo de educación básica completa y de calidad (Edda, Zavala y Castro, 2017:10). Dentro de los Hospitales Nacionales de la ciudad de Guatemala surgen las aulas hospitalarias para promover la adaptación y recuperación del niño hospitalizado, asegurando su continuidad escolar. En Guatemala funcionan dos escuelas hospitalarias, una en el Hospital Roosevelt y otra en el San Juan de Dios brindando atención a niños entre dos a 15 años de edad. La educación hospitalaria se considera como parte de la educación especial ya que buscan compensar la desigualdad educativa que se genera en los pacientes enfermos por períodos de hospitalización. Sin embargo, en Guatemala no existen estudios que hablen de escuelas hospitalarias (De la Roca López, 2016:7).

A pesar de que existe la modalidad de aulas hospitalarias como un espacio que busca evitar la deserción escolar, apoyando a que los niños y adolescentes con enfermedades o condiciones de salud continúen educándose, no hay un programa estructurado que sostenga esta formación. Además es importante tomar en cuenta que dentro de estos espacios de educación no formal en el que se da un acompañamiento académico, se requiere también de un acompañamiento de desarrollo personal para atender las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización, enfermedad o condición que interfieran con la posterior incorporación al sistema educativo formal. En esta atención a las necesidades psicológicas, son importantes los vínculos entre la familia del paciente, los profesionales de la salud y los docentes o el centro educativo.

Este es el primer trabajo que intenta visibilizar cuál es el impacto que puede tener un protocolo de reinserción escolar en un paciente que se ve obligado a interrumpir su proceso educativo por condiciones de salud. Los resultados de la prueba piloto demuestran que si hubo una diferencia tras haber intervenido en los pacientes mediante el programa estipulado. Las intervenciones psicológicas y psicoeducativas que se implementaron en este protocolo buscaron trabajar el autoconcepto, imagen corporal, autoestima y adaptación escolar. Abordar las intervenciones como las descritas anteriormente, son primordiales cuando un paciente sufre de una quemadura, ya que las principales secuelas y consecuencias psicológicas interfieren en los factores sociales de la personalidad, que están incluidos en el autoconcepto. Por lo tanto, en el abordaje de una quemadura, la construcción del autoconcepto positivo se ve condicionado por el apoyo familiar que se le brinda al paciente en el sostenimiento psicoemocional y social necesario; además de la escuela que será un contexto ideal para el fortalecimiento progresivo de dichos rasgos psicosociales favorecidos mediante los maestros y sus compañeros (Campo, 2014:75).

En las etapas de niñez y adolescencia, se estructuran y afianzan elementos fundamentales para el desarrollo de la personalidad que se ven reflejados en procesos de socialización y adaptación. El desarrollo del autoconcepto depende de los tipos de experiencias percibidas como negativas o positivas y de diversos factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Pereira, 2009 en Campo, 2014: 68). Dado a lo anterior, puede decirse que el autoconcepto es el resultado de un proceso activo de construcción, desarrollado a lo largo de la vida y ligado a la habilidad de percibir e interpretar las exigencias de cada ambiente en el que se desenvuelve el individuo y la interacción que tiene con otros en dichos contextos. El mayor grupo de impacto en el autoconcepto en estas edades escolares, es la familia, el grupo de iguales y los maestros, ya que contribuyen a la construcción de esta dimensión. Entonces, la relación social en el contexto académico se convierte en un importante indicador de adaptación y bienestar, y a largo plazo de adaptación en la sociedad.

El éxito del proceso de transición, lleva a que los niños y adolescentes regresen a una vida esperada para su edad. Al evaluar el impacto de las intervenciones realizadas en este protocolo, se pudo determinar que la reinserción escolar se favoreció significativamente; lo cual se pudo delimitar comparando los resultados de la fase pre-test con la fase post-test de la administración de la Escala de Autoconcepto. Por lo tanto, se puede decir que se requiere de un protocolo de atención psicológica específico. Las áreas del desarrollo socioemocional que facilitan la reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras fueron las que se trabajaron en el plan de intervención (autoconcepto, imagen corporal, autoestima y popularidad). La dimensión de popularidad se relaciona directamente a la adaptación escolar y sus habilidades sociales que se requieren para un desenvolvimiento adecuad. En la fase pre-test, esta fue la dimensión que se encontraba por debajo del promedio, en comparación a las otras dimensiones evaluadas por la Escala de Autoconcepto, que se ubicaban dentro del rango promedio. Después de cuatro sesiones semanales en las que se abordaron las áreas del desarrollo socioemocional vinculadas a una quemadura cada una de las dimensiones en las que se intervino, incrementaron ubicándose un promedio alto; especialmente el área de imagen corporal que se ubicó por encima del promedio. La imagen corporal de un paciente pediátrico con quemaduras es el vínculo directo entre su autoconcepto y autoestima ya que vincula actitudes de la apariencia física con destrezas sociales que responden intrínseca y extrínsecamente; por lo tanto, pasa a ser un recurso personal para la adaptación escolar.

Como parte del proceso de transición, también pudo verse la manera en que perciben los padres y maestros la adaptación del proceso de reinserción escolar de los pacientes. A pesar de que las respuestas de los dos grupos fueron bastante similares, la percepción de los maestros tiende a ser menor en algunos casos específicos como en los niños o adolescentes que sufrieron la pérdida de algún miembro de su cuerpo o que tienen limitaciones en el movimiento. Otros indican que el área que aún se mantiene afectada es la iniciativa para interactuar con sus compañeros nuevamente por los retos sociales que genera una quemadura. Se debe mencionar que las ausencias por un período de tiempo prolongado implican que la reinserción escolar, requiera que el niño o el adolescente se reincorpore al sistema educativo, la rutina, los horarios, que demanda una reestructuración interna y la utilización de diversos recursos personales para alcanzar una adaptación óptima.

Otro aspecto que debe tomarse en cuenta ante la percepción de estos grupos sobre la adaptación de los pacientes, son cada una de los factores limitantes durante el proceso, entre las que pueden incluirse la negligencia, el maltrato, los padres que no colaboran, entre otros. Lo anterior debe tomarse en cuenta ya que pueden ser indicadores de predicción ante el funcionamiento y bienestar de un paciente. Si los niños o adolescentes han sufrido de maltrato o negligencia, es probable que se deba trabajar con los papás de una

forma diferente y más profunda. Por lo que desde un inicio debe considerarse como parte de un grupo más sensible que requerirá de un manejo más minucioso y detallado para la detección individualizada a la situación.

VIII. CONCLUSIONES

- Este es el primer estudio que intenta sistematizar el proceso de reinserción escolar en niños y adolescentes guatemaltecos que han sufrido una quemadura.
- El protocolo refleja la secuencia de un abordaje psicoemocional y social en la atención de un paciente pediátrico en recuperación de una quemadura.
- Los resultados de este proyecto piloto de investigación mostraron un impacto significativo en la adaptación escolar, lo que favorecerá en un mejor bienestar.
- Toda intervención en un paciente que ha sufrido una afección de salud debe incluir un abordaje psicológico y atención psicoeducativa.
- La transición hacia la reinserción escolar debe agenciarse mediante el trabajo directo con los padres, maestros y el equipo de rehabilitación.
- Los servicios de la Clínica de Quemaduras Infantiles podrán ofrecer un modelo específico de herramientas y estrategias de adaptación escolar favorables para el manejo de secuelas psicológicas después de un evento tan estresante e invasivo, como una quemadura.
- Este trabajo evidencia la importancia de evitar las ausencias a la escuela ya que retrasar el regreso al centro educativo es un factor de riesgo para diversos problemas emocionales, sociales y conductuales que afectan a largo plazo.

IX. RECOMENDACIONES

- Todo el equipo multidisciplinario debe ser sensibilizado para que cualquier paciente que ingrese a la Unidad de Quemaduras Pediátricas y cumpla con los criterios se considere como parte del protocolo.
- Los pacientes que todavía no asistan a la escuela deben ser intervenidos mediante planes de psicoeducación que involucren el compromiso de los padres para inserción educativa efectiva a futuro.
- Iniciar e implementar este protocolo de atención psicológica para la reinserción escolar desde que el paciente es ingresado a la Unidad de Quemaduras Pediátricas utilizando el muñeco acompañante como un apoyo a este programa.
- Se debe sistematizar en la clínica y dar seguimiento sobre el éxito del programa, incluyendo la formulación de una propuesta en conjunto con el equipo multidisciplinario, que incluya un módulo reducido para todo paciente que acuda a la Clínica y no se encuentre con las posibilidades para formar parte del programa estipulado.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Arshad, Sira, *et al.* 2015. «Measuring the impact of a burns school reintegration programme on the time taken to return to school: A multi-disciplinary team intervention for children returning to school after a significant burn injury». *Burns*, 41(4), 727–734.
- Bakker, Anne, *et al.* 2013. «Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: A review of the empirical literature». *Clinical Psychology Review*, 33(3), 361–371
- Baldwin, Brittani y W. Ward. 2012. «Assisting With School Absences for Pediatric Health Conditions: Written Information for Families». *Journal of Pediatric Health Care*, 26(5), 374–379.
- Burn Model System. 2017. Comprender y mejorar la imagen corporal después de una lesión por quemadura, 1-5
- Campo, Lilia. 2014. «El desarrollo del autoconcepto en niños y niñas y su relación con la interacción social en la infancia». *Psicogente*, 17(31), 67-79
- Casullo, María. 1990. *El autoconcepto: Técnicas de evaluación*. Psicoteca, Buenos Aires: 1-189 .
- De la Roca López, Julia. 2016. *Se cumple el derecho a la educación de niñas y niños con cáncer en la modalidad escuelas hospitalarias*. Universidad Rafael Landívar.
- DIGEESP & MINEDUC. 2011. Manual de atención a las necesidades educativas especiales en el aula, 1–41.
- Edda, Fabián; Zavala, M. y Castro, G. 2017. «Principales desafíos de la educación en Guatemala». *Revista ASIES, Asociación de Investigación y Estudios Sociales*, 2:1-48.
- Fernández-Álvarez, Héctor., y J. Fernández-Álvarez. 2017. «Terapia cognitivo conductual integrativa». *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 22(2), 157–169.
- Fundación para niños quemados de Guatemala. *Unidades Hospitalarias*.
<http://www.fundaquemgt.org/unidades-hospitalarias> [08/05/2018]
- Gimenez, Paulo, M. Correché y M. Rivarola. 2013. «Autoestima e Imagen Corporal. Estrategias de intervención psicológica para mejorar el bienestar psicológico en pre-adolescentes en una escuela de la ciudad de San Luis, Argentina». *Fundamentos en Humanidades*, 14(27), 83-93.
- Grau, C. 2001. «La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva» En *La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. Perspectiva Educativa*, págs. 167-181.

- Hernández-Samieri, Roberto, C. Fernández-Collado, y Baptista-Lucio, P. 2006. Análisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación. 1-882.
- Hernández, Encarnación y J. Rabadán. 2013. «La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada» *Perspectiva Educacional*, 52(1): 167-181
- Horridge, Gemma, K. Cohen, y S. Gaskell. 2010. «BurnEd: Parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education». *Burns*, 36(5), 630–638.
- Lehna, Carlee. 2015. «Childhood burn survivors' and their siblings' perceptions of their body image». *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 117–125.
- Massenzana, Florencia. 2017. «Autoconcepto y autoestima: ¿Sinónimos o constructos complementarios?». *Psocial*, 3(1), 39-52
- McGarry, Sarah, *et al.* 2014. «Paediatric burns: From the voice of the child». *Burns*, 40(4), 606–615.
- MINEDUC. 2018. Mineduc Informativo Ignauración del Ciclo Escolar 2018, 1–10.
- Öster, Caisa, *et al.* 2014. «Parents' perceptions of adaptation and family life after burn injuries in children». *Journal of Pediatric Nursing*, 29(5), 606–613.
- Pan, Raquel, *et al.* 2017. «School reintegration of pediatric burn survivors: An integrative literature review». *Burns*. 30(30): 1-18
- Phoenix Society for Burn Survivors. 2013. *The Journey Back: resources to assist school reentry after burn injury or traumatic loss*. Revised Version II: 1-212
- Raosoft. 2016. Sample size calculator. <http://www.raosoft.com/samplesize.html> [12/04/2018]
- Roblero, Yurman. 2017. Diagnóstico de las principales causas de deserción escolar en el nivel medio en el área sur del departamento de Guatemala. [16/10/2018]
- Rosenberg, Laura, *et al.* 2018. «66 - Psychosocial Recovery and Reintegration of Patients With Burn Injuries» *Total Burn Care* 66(5):709-720
- Santiso, Lourdes. 2017. Guía Básica del manejo de Quemaduras Pediátricas. Guatemala. 104 págs.
- Sucre, Federico. 2016. «Reinserción escolar para jóvenes vulnerables en América Latina». *The Dialogue Leadership for the Americas*. 1-12.

- Valgañón, Mónica. 2014. «Estilo de funcionamiento de las familias de acogida y conducta adaptativa-autoconcepto de los niños, niñas y adolescentes bajo su cuidado». *Salud & Sociedad*, 5(2): 156-169
- Van Baar, M, *et al.* 2011. «Quality of life after burns in childhood (5-15 years): Children experience substantial problems.» *Burns*, 37(6), 930–938.
- Willebrand, Mimmie, *et al.* 2018. «Parents’ perceived quality of pediatric burn care». *Journal of Critical Care*, 43:256–259.
- Willebrand, Mimmie, *et al.* 2011. «Psychological problems in children with burns - Parents’ reports on the Strengths and Difficulties Questionnaire.» *Burns*, 37(8), 1309–1316.
- Wilson, Hannah; S. Gaskell, y C. Murray. 2014. «A qualitative study of teachers’ experiences of a school reintegration programme for young children following a burn injury». *Burns*, 40(7), 1345–1352.

XI. ANEXOS

Anexo 1. Registro de Datos Demográficos y Médicos



UNIVERSIDAD
DEL VALLE
DE GUATEMALA



REGISTRO DE DATOS DEMOGRÁFICOS Y MÉDICOS

1. Número de expediente: _____
2. Fecha de nacimiento: _____ 3. Edad: _____ 4. Género:

M	F
---	---
5. Agente etiológico:
- | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Líquido caliente | <input type="checkbox"/> | Eléctrica | <input type="checkbox"/> | Por contacto | <input type="checkbox"/> | Otros dx | <input type="checkbox"/> |
| Pólvora | <input type="checkbox"/> | Flama | <input type="checkbox"/> | Química | <input type="checkbox"/> | | |
6. %SCT y localización: _____
7. Fecha de quemadura: _____
8. Tiempo de hospitalización: _____
9. Grado escolar: _____ 10. Tipo de aula:

Única	Multiaula
-------	-----------
11. Tipo de escuela:

Rural	Urbana
-------	--------
12. Nombre de escuela o centro educativo: _____
13. Nombre del director: _____
14. Informante: _____



Consentimiento Informado cuidadores primarios de menores de edad

Hemos identificado que el proceso de regresar a estudiar es complejo, tanto para usted como para su hijo(a), y queremos acompañar esta transición a través de un proceso de atención psicológica como parte del proceso de bienestar de los pacientes para la adaptación favorable a su ámbito escolar. Los derechos de cada niño y adolescente, son recibir educación, aprender, disfrutar y mantener su bienestar.

Por lo tanto, como parte de la atención de la Clínica de Quemaduras Infantiles, es importante que comprenda que le estaremos brindando a su hijo(a) intervenciones psicológicas dirigidas a la reinserción escolar. Si usted está de acuerdo en que trabajemos con su hijo(a), el/la menor de edad, deberá responder un cuestionario que evalúa su autoconcepto y acudir a cada una de las sesiones o citas semanales, en un período de 6-8 semanas. De la misma manera, usted como cuidador primario o principal encargado recibirá apoyo para adquirir herramientas que le faciliten el proceso de reinserción escolar, ya que usted forma parte de los factores que influyen en el proceso de bienestar. Por otra parte, se le pedirá que tanto usted como el centro educativo del niño respondan un cuestionario breve que brindará información valiosa para evaluar la adaptación escolar al finalizar este proceso.

Sabemos que el apoyo al agenciar la transición hacia la reinserción escolar entre el equipo multidisciplinario de este centro de salud con el centro educativo, brindando la información necesaria de los cuidados específicos del menor de edad, favorece también al paciente que ha sufrido de la quemadura, dándole la oportunidad de regresar a estudiar con facilidad y seguridad.

Por otro lado, se revisará el expediente para conocer la evolución de su proceso en la clínica. Se protegerá en todo momento la confidencialidad del caso; es decir que no se publicará o compartirá información que pueda exponer la identidad de los involucrados. El proceso no implica ningún riesgo directo para el menor de edad, ni para su integridad física ni psicológica.

Es importante que mantengan su compromiso ante este proceso para que se dé favorablemente.

Consentimiento informado

Instrucciones: Escriba <i>SÍ</i> o <i>NO</i> en cada casilla de la derecha.		
1. He leído la hoja de información donde se explican los objetivos y actividades que realizaré como padre/madre o cuidador en este proceso de atención psicológica		
2. Sé que se protegerá en todo momento la confidencialidad de mi hijo/a.		
3. Estoy de acuerdo que mi hijo/a participe en las diferentes actividades diseñadas como parte del protocolo, que incluyen responder a diferentes cuestionarios y recibir un proceso de apoyo psicológico.		
4. Estoy enterado que como padre/madre o cuidador recibiré apoyo para adquirir herramientas que faciliten el proceso de reinserción escolar y también que se enviará un cuestionario al maestro del niño/a, el cual debo entregar a el/la terapeuta de la Clínica de Quemaduras Infantiles		
Asentimiento del menor de edad		
5. Mi hijo/ asiente (está de acuerdo) participar en las actividades que se realizarán		
Nombre y apellido del niño		Firma o nombre
Nombre del padre/madre o encargado	Fecha	Firma

Declaración de el/la terapeuta:

Confirmando que he explicado la naturaleza e implicaciones de este protocolo.

Nombre completo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 3. Carta a director/centro educativo



Guatemala, _____ de _____ de 20__

Señor/Señora:

Centro Educativo/Escuela:

Presente

Estimado Director/a,

La Clínica de Quemaduras Infantiles del Hospital Roosevelt, brinda atención especializada para abordar las quemaduras de forma integral, esto quiere decir que cada niño, niña y adolescentes recibe servicios de rehabilitación por especialistas quienes determinan el tratamiento necesario para prevenir o corregir las secuelas por las quemaduras. Dicha atención permite a los pacientes reincorporarse de manera adecuada y digna a la sociedad.

El paciente estará recibiendo intervenciones psicológicas dirigidas a la reinserción escolar posterior a su quemadura, con el objetivo de poder regresar a la escuela y adaptarse favorablemente al contexto social y académico. De la misma manera, los padres recibirán herramientas que les podrán comunicar a ustedes para la comprensión de los tratamientos recibidos. Al finalizar el proceso se estará enviando al centro educativo, una carta de finalización, así como también material psicoeducativo para los maestros sobre la adaptación escolar de un paciente con quemaduras. Se solicitará al maestro encargado llenar una breve escala que nos permitirá determinar el nivel de adaptación del estudiante. Esta escala será enviada con los padres del alumno/a.

Agradecemos desde ya todo su apoyo para el estudiante y sus padres. Estamos seguros que este proceso aportará a su bienestar.

Atentamente,

Clínica de Quemaduras Infantiles

Anexo 4. Registro de entrega de cartas director/centro educativo

NO.	NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO	FRIMA DE RECIBIDO-carta de director
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Este material es exclusivo para el protocolo "Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras"

Elaborado por: Ana Paulina Manzo Caballeros, 2018

Universidad del Valle de Guatemala

ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS) M.M. Casullo (adaptación)

FECHA:.....CÓDIGO:.....GÉNERO Y EDAD:..... GRADO ESCOLAR.....

Instrucciones: el terapeuta debe leer cada enunciado y marcar con una “X” la respuesta “SÍ” o “NO” del paciente.

1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	SÍ	NO
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SÍ	NO
3	ME CUESTA TENER AMIGOS	SÍ	NO
4	ESTOY TRISTE A MENUDO	SÍ	NO
5	SOY INTELIGENTE	SÍ	NO
6	SOY TÍMIDO/A	SÍ	NO
7	ME PONGO NERVIOSO CUANDO LA MAESTRA ME LLAMA	SÍ	NO
8	ME GUSTA LA PINTA QUE TENGO/CÓMO ME VEO	SÍ	NO
9	ME PORTO MAL EN LA ESCUELA	SÍ	NO
10	CUANDO SEA GRANDE, SERÉ UNA PERSONA IMPORTANTE EN LO QUE QUIERA HACER	SÍ	NO
11	CAIGO MAL A MIS COMPAÑEROS	SÍ	NO
12	ME PORTO MUY BIEN EN LA ESCUELA	SÍ	NO
13	CUANDO ALGO SALE MAL, GENERALMENTE ES POR MI CULPA	SÍ	NO
14	CAUSO PROBLEMAS EN MI FAMILIA	SÍ	NO
15	SOY FÍSICAMENTE FUERTE	SÍ	NO
16	TENGO BUENAS IDEAS	SÍ	NO
17	SOY ALGUIEN IMPORTANTE EN MI CASA	SÍ	NO
18	EN GENERAL HAGO LAS COSAS COMO YO QUIERO	SÍ	NO
19	SOY BUENO EN ACTIVIDADES MANUALES	SÍ	NO
20	ME DOY POR VENCIDO FÁCILMENTE	SÍ	NO
21	SOY BUENO EN MI TRABAJO ESCOLAR	SÍ	NO
22	HAGO MUCHAS COSAS MAL	SÍ	NO
23	PUEDO DIBUJAR BIEN	SÍ	NO
24	SOY BUENO EN MÚSICA	SÍ	NO
25	ME PORTO MAL EN CASA	SÍ	NO
26	SOY LENTO PARA TERMINAR MIS TAREAS EN LA ESCUELA	SÍ	NO
27	SOY ALGUIEN IMPORTANTE EN MI CLASE	SÍ	NO
28	SOY NERVIOSA/O	SÍ	NO
29	TENGO LINDOS OJOS	SÍ	NO
30	PUEDO DAR BUENAS LECCIONES CUANDO PASO AL FRENTE	SÍ	NO
31	EN LA ESCUELA, ME LA PASO DISTRAÍDO	SÍ	NO
32	MOLESTO A MIS HERMANOS	SÍ	NO
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SÍ	NO
34	A MENUDO ME METO EN PROBLEMAS	SÍ	NO
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	SÍ	NO
36	TENGO SUERTE	SÍ	NO
37	SOY BASTANTE INTRANQUILO	SÍ	NO
38	MIS PADRES ME EXIGEN MUCHO	SÍ	NO

39	ME GUSTA SER COMO SOY	SÍ	NO
40	ME SIENTO SOLO/A	SÍ	NO
41	TENGO LINDO PELO	SÍ	NO
42	ME OFREZCO A MENUDO PARA HACER TRABAJOS COMO VOLUNNTARIO EN LA ESCUELA	SÍ	NO
43	ME GUSTARÍA SER DIFERENTE	SÍ	NO
44	DUERMO BIEN DE NOCHE	SÍ	NO
45	ODIO IR A LA ESCUELA	SÍ	NO
46	SOY UNO DE LOS ÚLTIMOS PARA SER ELEGIDOS EN OS JUEGOS	SÍ	NO
47	ME ENFERMO MUY SEGUIO	SÍ	NO
48	A MENUDO MOLESTO A LOS DEMÁS	SÍ	NO
49	MIS COMPAÑEORS DE CLASE PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SÍ	NO
50	SOY POCO FELIZ	SÍ	NO
51	TENGO MUCHOS AMIGOS	SÍ	NO
52	SOY ALEGRE	SÍ	NO
53	SOY TONTO/A	SÍ	NO
54	TENGO “PINTA”, LUZCO BIEN	SÍ	NO
55	HAGO LAS COSAS CON MUCHAS GANAS	SÍ	NO
56	ME PELEO CON FRECUENCIA	SÍ	NO
57	ME LLEVO BIEN CON LOS VARONES	SÍ	NO
58	LA GENTE OPINA MAL DE MÍ	SÍ	NO
59	MI FAMILIA ESTÁ DESILUSIONADA DE MÍ	SÍ	NO
60	TENGO UNA CARA AGRADABLE	SÍ	NO
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO, TODO PARECE SALIR MAL	SÍ	NO
62	ESTOY INCÓMODO EN CASA	SÍ	NO
63	SOY BUENO EN JUEGOS Y DEPORTES	SÍ	NO
64	SOY TORPE	SÍ	NO
65	ME GUSTA MÁS MIRAR QUE JUGAR, (EN LOS RECREOS O EN EL CLUB)	SÍ	NO
66	ME OLVIDO QUE APRENDO	SÍ	NO
67	TODOS SE LLEVAN BIEN CONMIGO	SÍ	NO
68	ME ENOJO FÁCILMENTE	SÍ	NO
69	ME LLEVO BIEN CON LAS CHICAS	SÍ	NO
70	LEO MUY BIEN	SÍ	NO
71	TRABAJO MEJOR SOLO QUE EN GRUPO	SÍ	NO
72	SIENTO UN GRAN CARIÑO POR MI HERMANO/HERMANA	SÍ	NO
73	TENGO BUEN CUERPO	SÍ	NO
74	A MENUDO IENTO MIEDO	SÍ	NO
75	ESTOY SIEMPRE TIRANDO O ROMPIENDO COSAS	SÍ	NO
76	PUEDEN CONFIAR EN MÍ	SÍ	NO
77	ME SIENTO INFERIOR A OTROS CHICOS	SÍ	NO
78	TENGO MALO PENSAMIENTOS	SÍ	NO
79	LORO FÁCILMENTE	SÍ	NO
80	SOY UNA BUENA PERSONA	SÍ	NO

Anexo 6. Plantilla de Calificación de Escala de Autoconcepto de Piers-Harris Adaptada por Casullo (1992)



ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS) M.M. Casullo (adaptación)

FECHA:.....CÓDIGO:..... GÉNERO Y EDAD: GRADO ESCOLAR.....

Instrucciones: el terapeuta debe leer cada enunciado y marcar con una “X” la respuesta “SÍ” o “NO” del paciente.

1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	SÍ	NO
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SÍ	NO
3	ME CUESTA TENER AMIGOS	SÍ	NO
4	ESTOY TRISTE A MENUDO	SÍ	NO
5	SOY INTELIGENTE	SÍ	NO
6	SOY TÍMIDO/A	SÍ	NO
7	ME PONGO NERVIOSO CUANDO LA MAESTRA ME LLAMA	SÍ	NO
8	ME GUSTA LA PINTA QUE TENGO	SÍ	NO
9	ME PORTO MAL EN LA ESCUELA	SÍ	NO
10	CUANDO SEA GRANDE, SERÉ UNA PERSONA IMPORTANTE EN LO QUE QUIERA HACER	SÍ	NO
11	CAIGO MAL A MIS COMPAÑEROS	SÍ	NO
12	ME PORTO MUY BIEN EN LA ESCUELA	SÍ	NO
13	CUANDO ALGO SALE MAL, GENERALMENTE ES POR MI CULPA	SÍ	NO
14	CAUSO PROBLEMAS EN MI FAMILIA	SÍ	NO
15	SOY FÍSICAMENTE FUERTE	SÍ	NO
16	TENGO BUENAS IDEAS	SÍ	NO
17	SOY ALGUIEN IMPORTANTE EN MI CASA	SÍ	NO
18	EN GENERAL HAGO LAS COSAS COMO YO QUIERO	SÍ	NO
19	SOY BUENO EN ACTIVIDADES MANUALES	SÍ	NO
20	ME DOY POR VENCIDO FÁCILMENTE	SÍ	NO
21	SOY BUENO EN MI TRABAJO ESCOLAR	SÍ	NO
22	HAGO MUCHAS COSAS MAL	SÍ	NO
23	PUEDO DIBUJAR BIEN	SÍ	NO
24	SOY BUENO EN MÚSICA	SÍ	NO
25	ME PORTO MAL EN CASA	SÍ	NO
26	SOY LENTO PARA TERMINAR MIS TAREAS EN LA ESCUELA	SÍ	NO
27	SOY ALGUIEN IMPORTANTE EN MI CLASE	SÍ	NO
28	SOY NERVIOSA/O	SÍ	NO
29	TENGO LINDOS OJOS	SÍ	NO
30	PUEDO DAR BUENAS LECCIONES CUANDO PASO AL FRENTE	SÍ	NO
31	EN LA ESCUELA, ME LA PASO DISTRAÍDO	SÍ	NO
32	MOLESTO A MIS HERMANOS	SÍ	NO
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SÍ	NO
34	A MENUDO ME METO EN PROBLEMAS	SÍ	NO
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	SÍ	NO
36	TENGO SUERTE	SÍ	NO
37	SOY BASTANTE INTRANQUILO	SÍ	NO
38	MIS PADRES ME EXIGEN MUCHO	SÍ	NO

39	ME GUSTA SER COMO SOY	SÍ	NO
40	ME SIENTO SOLO/A	SÍ	NO
41	TENGO LINDO PELO	SÍ	NO
42	ME OFREZCO A MENUDO PARA HACER TRABAJOS COMO VOLUNNTARIO EN LA ESCUELA	SÍ	NO
43	ME GUSTARÍA SER DIFERENTE	SÍ	NO
44	DUERMO BIEN DE NOCHE	SÍ	NO
45	ODIO IR A LA ESCUELA	SÍ	NO
46	SOY UNO DE LOS ÚLTIMOS PARA SER ELEGIDOS EN OS JUEGOS	SÍ	NO
47	ME ENFERMO MUY SEGUIO	SÍ	NO
48	A MENUDO MOLESTO A LOS DEMÁS	SÍ	NO
49	MIS COMPAÑEORS DE CLASE PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SÍ	NO
50	SOY POCO FELIZ	SÍ	NO
51	TENGO MUCHOS AMIGOS	SÍ	NO
52	SOY ALEGRE	SÍ	NO
53	SOY TONTO/A	SÍ	NO
54	TENGO “PINTA”, LUZCO BIEN	SÍ	NO
55	HAGO LAS COSAS CON MUCHAS GANAS	SÍ	NO
56	ME PELEO CON FRECUENCIA	SÍ	NO
57	ME LLEVO BIEN CON LOS VARONES	SÍ	NO
58	LA GENTE OPINA MAL DE MÍ	SÍ	NO
59	MI FAMILIA ESTÁ DESILUSIONADA DE MÍ	SÍ	NO
60	TENGO UNA CARA AGRADABLE	SÍ	NO
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO, TODO PARECE SALIR MAL	SÍ	NO
62	ESTOY INCÓMODO EN CASA	SÍ	NO
63	SOY BUENO EN JUEGOS Y DEPORTES	SÍ	NO
64	SOY TORPE	SÍ	NO
65	ME GUSTA MÁS MIRAR QUE JUGAR, (EN LOS RECREOS O EN EL CLUB)	SÍ	NO
66	ME OLVIDO QUE APRENDO	SÍ	NO
67	TODOS SE LLEVAN BIEN CONMIGO	SÍ	NO
68	ME ENOJO FÁCILMENTE	SÍ	NO
69	ME LLEVO BIEN CON LAS CHICAS	SÍ	NO
70	LEO MUY BIEN	SÍ	NO
71	TRABAJO MEJOR SOLO QUE EN GRUPO	SÍ	NO
72	SIENTO UN GRAN CARIÑO POR MI HERMANO/HERMANA	SÍ	NO
73	TENGO BUEN CUERPO	SÍ	NO
74	A MENUDO SIENTO MIEDO	SÍ	NO
75	ESTOY SIEMPRE TIRANDO O ROMPIENDO COSAS	SÍ	NO
76	PUEDEN CONFIAR EN MÍ	SÍ	NO
77	ME SIENTO INFERIOR A OTROS CHICOS	SÍ	NO
78	TENGO MALOS PENSAMIENTOS	SÍ	NO
79	LORO FÁCILMENTE	SÍ	NO
80	SOY UNA BUENA PERSONA	SÍ	NO

DIMENSIÓN	COLOR	DIMENSIÓN	COLOR
Comportamiento		Falta de Ansiedad	
Status Intelectual		Popularidad	
Imagen Corporal		Bienestar-Satisfacción	

Este material es exclusivo para el protocolo “Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras”

Elaborado por: Ana Paulina Manzo Caballeros, 2018

Anexo 7. Baremos de Calificación de Escala de Autoconcepto de Piers-Harris Adaptada por Casullo (1992)

ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS) M.M. Casullo (adaptación) Baremos para primaria-Población Chilena

COMPORTAMIENTO

NIVEL	1°-3°	NIVEL	4°-6°
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
9	5	9.8	5
12	15	11	10
13	25	12	15
14	35	13	20
15	50	14	30
16	60	15	35
17	70	16	50
18	90	17	65
		18	85

IMAGEN CORPORAL

NIVEL	1°-3°	NIVEL	4°-6°
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
4	5	4	5
6	10	5	10
8	20	6	15
9	25	7	25
10	40	8	35
11	50	9	40
12	75	10	50
		11	70
		12	90

STATUS INTELECTUAL

NIVEL	1°-3°	NIVEL	4°-6°
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
8	5	6	5
10	10	8	10
11	15	9	15
12	20	10	25
13	25	11	30
14	35	12	35
15	50	13	40
16	65	14	50
17	75	15	60
18	95	16	70
		17	85
		18	95

FALTA DE ANSIEDAD

NIVEL	1°-3°	NIVEL	4°-6°
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
5	5	3	5
6	10	4	10
7	15	5	20
8	25	6	25
9	35	7	50
10	50	8	60
11	70	9	70
12	90	10	80
		11	95

POPULARIDAD

NIVEL	1°-3°	NIVEL	4°-6°
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
5	5	4	5
6	10	6	10
7	15	7	15
8	25	8	20
9	35	9	25
10	50	10	40
11	70	11	50
12	90	12	75
			99

BIENESTAR – SATISFACCIÓN (AUTOESTIMA)

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
4	5	5	5
6	25	6	10
7	40	7	25
8	50	8	50
9	70	9	70
		9	75
		9	99

AUTOCONCEPTO GLOBAL

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
41	5	42	5
49	10	45	10
52	15	49	15
54	20	52	20
57	25	54.5	25
59	30	57	30
60	35	59	35
61	40	60	40
63	45	62	45
64	50	64	50
66	55	65	55
67	60	66	60
68	65	67	65
70	70	69	70
71	75	70	75
72	80	71	80
74	85	72	85
75	90	73.4	90
76	95	75	95
77	97	76	97
77.5	99	78.9	99

Este material es exclusivo para el protocolo “Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras”

Elaborado por: Ana Paulina Manzo Caballeros, 2018

Universidad del Valle de Guatemala

Anexo 8. Hoja de Resultados de Escala de Autoconcepto de Piers-Harris Adaptada por Casullo (1992)



HOJA DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS) M.M. Casullo (adaptación)

FECHA:.....CÓDIGO:..... GÉNERO Y EDAD: GRADO ESCOLAR.....

- P.D.** Puntuación directa (suma de las respuestas que coinciden con la plantilla de corrección).
- P.C.** Puntuación centil (lugar que ocupa la puntuación, dada en una escala de 5 a 99, según el baremo de cada nivel; indica el porcentaje de sujetos que se encuentran por debajo de la puntuación directa correspondiente: la Puntuación centil 35 indicaría que el alum/a tiene por debajo al 35% de los sujetos de su nivel y el 65% estaría por encima).

DIMENSIONES	P.D.	P.C.
Comportamiento		
Status intelectual		
Imagen corporal		
Falta de ansiedad		
Popularidad		
Bienestar-Satisfacción (autoestima)		
Autoconcepto global		

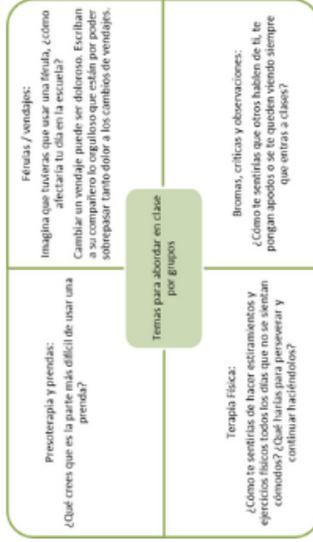
Observaciones:



- Conozca los efectos secundarios de los medicamentos para comprender los comportamientos.
- Tome en cuenta que las quemaduras grandes o extensas (mayores al 40% de la superficie corporal total) implican que el metabolismo del cuerpo responda más rápido por lo que el niño o adolescente tiende a cansarse más y puede tener problemas de concentración o aprendizaje cuando estén muy cansados.

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013)

Actividad sugerida: elaboración de temas



La herramienta principal

¿Cómo puede ayudar?

- Involúcrese durante el tratamiento, estando pendiente sobre el progreso de su alumno en el proceso de recuperación
- Prepárese para poder modelar un comportamiento positivo para facilitar el manejo de bromas y promover interacciones positivas e inclusivas dentro de un ambiente de aceptación.
- Sea flexible dentro de la estructura y rutina de la escuela brindando tiempos y ritmos en los que su alumno se sienta seguro e integrado.
- Fomente la independencia, dándole el control al estudiante siempre que sea posible; esto ayudará a que aumente su autoestima.
- Reaccione de forma calmada, valide las emociones de su alumno/a y opte por una actitud de aceptación, enseñando al estudiante cómo manejar sus comportamientos y reacciones inapropiadas.
- Acomode al estudiante dentro del salón de clases según sus necesidades físicas y de salud y sea flexible con el uso de uniforme o prenda adicional requerida para el tratamiento.

Material Psicoeducativo

Guía para maestros

- Comprendiendo una quemadura
- Recuperación y rehabilitación
- Transición de regreso a clases
- El rol del maestro
- La herramienta principal

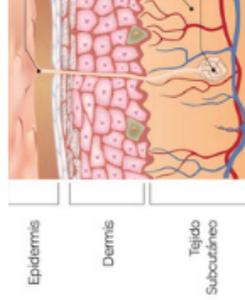
Esta guía breve tiene como objetivo apoyar la transición de su alumno/a de regreso a clases después de una quemadura.

Referencias

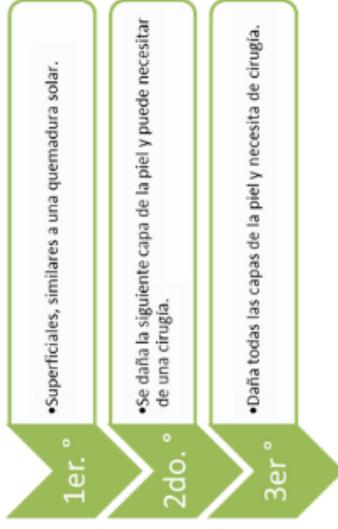
- Phoenix Society for Burn Survivors. 2013. The Journey Back: resources to assist school reentry after burn injury or traumatic loss. Revised Version II: 1-212
- Santiso, Lourdes. 2017. Guía Básica del manejo de Quemaduras Pediátricas. Guatemala. 104 págs.

Comprendiendo una quemadura

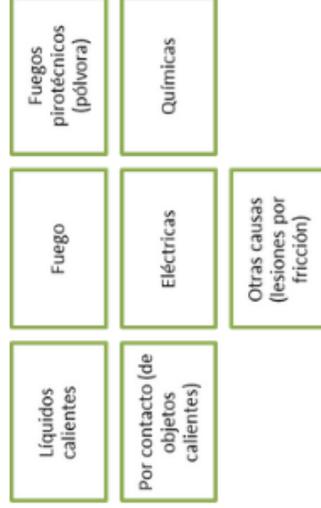
La piel está compuesta por dos capas: la epidermis (capa superficial) y la dermis (capa más profunda). Posee cuatro funciones cruciales para la vida: protección de infecciones, prevención de la pérdida de fluidos, regulación de la temperatura corporal y el contacto sensorial con el medio ambiente (Santiso, 2017).



Tipos de quemaduras



Agentes causales de una quemadura según Santiso (2017):



Procedimientos e intervenciones médicas que vive un paciente con quemaduras



INJERTOS:

La piel dañada se remueve en la cirugía y se toma piel sana de otra área del cuerpo, como el brazo. Se coloca en el área para promover su sanación y curación.

A. Injertos de piel: son suaves y flexibles pero la piel puede hincharse al crecer.
B. Injertos de músculo: parecen roños.

LIBERACIÓN DE CICATRICES:

Cuando una cicatriz se tensa o se mueve, se le aplica un injerto que libera la tensión. Se colocan injertos de tejidos sobre la piel para estirarla.

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013)

Recuperación y rehabilitación

Una recuperación de quemadura requiere de muchas terapias y procedimientos de rehabilitación

- Las terapias proveen oportunidades para una **sanación óptima**.
- Las cicatrices sanan de forma diferente en cada individuo.
- Terapias físicas y ocupacionales** ayudan a restaurar el movimiento y las actividades cotidianas.
- Se asignarán **ejercicios** según se necesite.
- Se utilizan prendas de **presoterapia**, si es necesario, las cuales ayudan a que la piel se mantenga plana y presionada.
- Deberán asistir a **consultas de seguimiento a la clínica**.

El cuidado psicosocial

El niño o adolescente y su familia pueden tener algún trauma o culpa después de una quemadura. Es importante cuidar la salud emocional del niño o adolescente ya que puede manifestar diversas reacciones y síntomas con el paso del tiempo. Estos cuidados se deben dar a toda la familia.

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013)

Transición de regreso a clases

Saliendo del hospital y regresando a clases

- Esta situación puede traer emociones diversas en el niño/adolescente y su familia.
- Restablecer las relaciones con sus compañeros es una parte significativa en esta etapa, porque les ayudará en su desarrollo social y emocional sano y forma parte de su bienestar integral.

Los objetivos de un programa de reinserción

Apoyar la transición de regreso a clases

Empoderar al estudiante

Informar adecuadamente sobre la historia y apariencia del estudiante

Promover la empatía y tolerancia a las diferencias corporales

Proporcionar material psicoeducativo a padres y maestros

Brindar herramientas al niño o adolescente para tener una adaptación positiva y una socialización adecuada

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013)

El rol del maestro

- Atentar comportamientos de apoyo y aceptación sin favoritismos.
- Modelar cómo establecer límites y cómo hablar sobre su quemadura a sus compañeros.
- Utilizar actividades y herramientas para educar a los estudiantes sobre una quemadura y su recuperación.
- Mantenerse en contacto y comunicación constante con la familia para monitorear la salud física, social y emocional del alumno.
- No se debe justificar con la quemadura, las actividades escolares del estudiante. Es decir, no debe evitarlas sino buscar realizarlas de forma independiente, siendo flexible, para que pueda reincorporarse a la rutina.

Señor/Señora:

Centro Educativo/Escuela:

Presente

Estimado Director/a,

El paciente _____ estuvo recibiendo intervenciones psicológicas como parte del protocolo de *Reinserción escolar para pacientes pediátricos con quemaduras* en el cual se trabajaron los temas de: autoconcepto, imagen corporal, autoestima y la adaptación escolar. Tal y como se les informó desde un inicio, el motivo de esta carta es para informarles que el proceso psicoterapéutico está por concluir, y el alumno/a se encuentra preparado para reincorporarse a sus clases regulares, por lo que solicitamos del apoyo del centro educativo y los maestros para que esta transición se dé favorablemente.

Junto a esta carta se está enviando el material psicoeducativo dirigido a los maestros sobre la comprensión de una quemadura y cómo abordar la situación desde el salón de clases para que este sea implementado, ya que favorecerá la adaptación escolar. Además se les adjunta una breve escala que debe ser llenada por el/la maestra encargada ya que esta escala nos permitirá determinar el nivel de adaptación del estudiante según su percepción.

Les solicitamos entregar la escala a los padres del alumno/a lo más pronto posible ya que ellos deben regresarla a la Clínica.

Agradecemos nuevamente todo su apoyo para el estudiante y sus padres, pues estamos seguros que este proceso está aportando a su bienestar.

Atentamente,

Clínica de Quemaduras Infantiles

Anexo 11. Registro de entrega de carta de finalización del proceso

NO.	NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO	FRIMA DE RECIBIDO-carta de finalización
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Este material es exclusivo para el protocolo "Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras"

Elaborado por: Ana Paulina Manzo Caballeros, 2018

Universidad del Valle de Guatemala

Anexo 12. Escalas de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para Padres y Maestros



Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para **Padres**

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados relacionados a la conducta adaptativa en el hogar de su hijo/a. Para cada enunciado, marque con una “X” si la conducta se muestra: siempre, la mayoría de veces, algunas veces, pocas veces o nunca.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Busca conversar con sus familiares, expresándose con facilidad	1	2	3	4	5
2. Pide ayuda cuando lo necesita	1	2	3	4	5
3. Sigue instrucciones para llevar a cabo lo que se le pide	1	2	3	4	5
4. Completa tareas rutinarias en casa de forma responsable	1	2	3	4	5
5. Cuida de sí mismo(a) siendo precavido(a)	1	2	3	4	5
6. Inicia juegos o actividades con sus familiares	1	2	3	4	5
7. Tiene buenas relaciones con sus padres o cuidadores	1	2	3	4	5
8. Demuestra autonomía e independencia	1	2	3	4	5
9. Mantiene una actitud positiva al desenvolverse en casa	1	2	3	4	5
10. Demuestra seguridad en sí mismo(a)	1	2	3	4	5

Este material es exclusivo para el protocolo “Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras”

Elaborado por: Ana Paulina Manzo Caballeros, 2018

Universidad del Valle de Guatemala

Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para **Maestros**

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados relacionados a la conducta adaptativa en la escuela de su alumno/a. Para cada enunciado, marque con una “X” si la conducta se muestra: siempre, la mayoría de veces, algunas veces, pocas veces o nunca.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Busca conversar con sus compañeros y maestros, expresándose con facilidad	1	2	3	4	5
2. Pide ayuda cuando lo necesita	1	2	3	4	5
3. Sigue instrucciones para llevar a cabo lo que se le pide	1	2	3	4	5
4. Completa tareas rutinarias de forma responsable	1	2	3	4	5
5. Cuida de sí mismo(a) siendo precavido(a)	1	2	3	4	5
6. Inicia juegos o actividades con otros	1	2	3	4	5
7. Tiene buenas relaciones con sus autoridades	1	2	3	4	5
8. Demuestra autonomía e independencia	1	2	3	4	5
9. Mantiene una actitud positiva al desenvolverse	1	2	3	4	5
10. Demuestra seguridad en sí mismo(a)	1	2	3	4	5



**Universidad del Valle de Guatemala y
Clínica de Quemaduras Infantiles**

Otorgan el siguiente diploma a:

Por su participación en el programa psicológico:

"Reinserción Escolar de Pacientes Pediátricos con Quemaduras"

Guatemala, octubre 2018

Ana Paulina Manzo Caballeros



CIPA UVG

Centro Integral de Psicología Aplicada

UNIVERSIDAD
DEL VALLE
DE GUATEMALA





REINSERCIÓN ESCOLAR DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON QUEMADURAS: PROTOCOLO PARA EL ÁREA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Elaborado por:
Ana Paulina Manzo Caballeros

Bajo la asesoría de:
PhD. Claudia García de la Cadena
Universidad del Valle de Guatemala

Lic. Ana Lucía Arévalo
Psicóloga Clínica de Quemaduras Infantiles

Guatemala, 2018



USO CORRECTO DEL PROTOCOLO

Este protocolo ha sido elaborado para psicólogos clínicos o de la salud, que buscan llevar a cabo un proceso psicoterapéutico dirigido a apoyar la transición del hospital a la escuela o centro educativo, mediante distintas intervenciones que se basan en un modelo integrativo. Dicho modelo incluye las dimensiones cognitivas, conductuales, psicodinámicas e interaccionales a través de distintas técnicas que buscan cumplir de forma paralela, una terapia breve centrada en el cliente.

La psicoterapia breve, difiere de otras corrientes en términos de metas y otros factores. Se limita en remover o aliviar síntomas específicos. Debe ser guiada por una serie ordenada de conceptos dirigidos hacia un cambio benéfico en el paciente. El terapeuta asume un rol más activo en las intervenciones buscando que el paciente logre generar introspecciones psicodinámicas basadas en el aquí y el ahora. Cada intervención contiene técnicas cognitivas, conductuales y centradas en el cliente integrando principios derivados de teorías del aprendizaje social con un enfoque más comprensivo para tratar diferentes problemáticas, desarrollando a su vez, estrategias destinadas a incrementar el control personal del paciente sobre sí mismo y su funcionalidad en el mundo (Hewitt y Gantiva, 2009: 117).

Las intervenciones en este protocolo, están dirigidas específicamente a pacientes en las etapas de desarrollo de niñez intermedia y tardía y de adolescencia temprana, entre los 8 y 14 años. Los cuales se ven afectados por una quemadura que ha interrumpido su desarrollo académico, dejando de asistir a la escuela o presentando problemas para reincorporarse al centro educativo posterior al proceso hospitalario o de rehabilitación. Es a partir de lo anterior, donde surge un vínculo entre salud y educación, el cual forma parte importante del bienestar integral de un paciente y se abarcará mediante intervenciones psicoeducativas.

El proceso psicoterapéutico de este protocolo abarca un período de tiempo de 8 semanas. Los pacientes y sus padres o cuidadores primarios deberán asistir a sus sesiones semanalmente, así como mantener el contacto con el centro educativo con el cual se estará trabajando a larga distancia a través de herramientas, materiales y escalas.

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	2
III. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	3
IV. CONSIDERACIONES GENERALES DE UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUEMADURAS	4
V. CONSIDERACIONES GENERALES DEL DESARROLLO DE LAS ETAPAS A INTERVENIR	5
VI. JUSTIFICACIÓN	6
VII. PLAN TERAPÉUTICO	8
VIII. BIBLIOGRAFÍA	25
IX. ANEXOS	27

I. INTRODUCCIÓN

Asistir a la escuela es un derecho de cualquier niño o adolescente. Condiciones adversas, como una quemadura, obligan a muchos niños a postergar la asistencia a la escuela y en muchas ocasiones, por diversas razones, a ya no asistir a ella. Este es un ejemplo de la ruptura que puede darse en el equilibrio de una de las áreas que conforma el bienestar integral de un individuo. Cuando esto ocurre, se genera de cierta manera, una invasión a la cotidianidad por ser una situación imprevista e indeseada. En el caso de un niño o adolescente, esta ruptura del equilibrio no solo se manifiesta como un problema físico o de salud, sino también personal y social ya que su rutina diaria se ve interrumpida. Grau (2001:169), indica que existen similitudes entre las corrientes médicas y pedagógicas vinculadas a la atención que se ofrecen en los hospitales a la población infantil, por lo que se debe llevar a cabo un plan de acción integral que atiendan las necesidades pedagógicas de los niños. Esto se debe a que los pacientes se ven obligados a permanecer ingresados por tiempos prolongados dentro de instituciones sanitarias o de rehabilitación. El permanecer hospitalizado en un lugar desconocido, la separación de la familia, los procedimientos médicos invasivos, la ruptura con la vida cotidiana, entre otras, genera sentimientos de inferioridad y de un deterioro del autoestima del niño o adolescente (Hernández y Rabadán:171). Por lo tanto, el niño o adolescente experimentan un gran impacto psicológico manifestado a través de alteraciones comportamentales, cognitivas o emocionales.

Según Hernández y Rabadán (2013:174), lo que favorecerá la incorporación del niño o adolescente hospitalizado a su nivel de escolarización, una vez finalizada su hospitalización, es el derecho a un proceso educativo continuo dentro del centro de salud. La dirección departamental de Educación Guatemala Sur cuenta con la Escuela de Párvulos de la Unidad de Pediatría del Hospital Roosevelt con el objetivo de brindar a los pacientes la continuidad educativa y que estos puedan reincorporarse a una educación regular al salir del hospital (MINEDUC, 2018:9). Es, por lo tanto, una escuela hospitalaria que busca reincorporar a los alumnos inmediatamente a sus escuelas de origen y evitar la deserción escolar. Sin embargo, una intervención integral va más allá de que los niños y adolescentes continúen con su proceso educativo dentro de la institución sanitaria. Requieren de un apoyo e intervenciones psicológicas para facilitar la posterior transición del hospital a la escuela o centro educativo. Dicho protocolo o plan de acción debe enfocarse a promover una adaptación escolar adecuada buscando nuevamente el equilibrio de su bienestar y cotidianidad.

II. OBJETIVOS

a. **Objetivo general**

- ✦ Diseñar un protocolo de transición dirigido al área de atención psicológica de la Unidad de Quemaduras Pediátricas y la Clínica de Quemaduras Infantiles del Hospital Roosevelt de Guatemala, orientado a la reinserción escolar del paciente pediátrico con quemaduras.

b. **Objetivos específicos**

- ✦ Elaborar intervenciones psicológicas para pacientes pediátricos con quemaduras de edades escolares entre 8 y 14 años que evalúen su adaptación a su reinserción escolar.
- ✦ Abordar, desde la atención psicológica, el rol de los padres en la promoción de la recuperación de sus hijos en su reinserción escolar mediante entrenamiento parental y psicoeducación, para identificar la adaptación favorable.
- ✦ Agenciar el proceso de reinserción escolar entre el equipo multidisciplinario de rehabilitación y el colegio para determinar la adaptación favorable del paciente, mediante la sensibilización de los cuidados y necesidades específicas.

III. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

- ✦ Informar sobre el procedimiento de transición hacia la reinserción escolar.
- ✦ Proporcionar un consentimiento y asentimiento informado del proceso psicoterapéutico.
- ✦ Realizar un contrato verbal con el paciente y sus padres o encargados para iniciar el protocolo de reinserción.
- ✦ Comunicar la duración del proceso.
- ✦ Explicar las metas, establecer otros objetivos junto con el paciente.
- ✦ Determinar los medios que se utilizarán para alcanzarlos.
- ✦ Incluir a los padres o encargados y a la escuela o centro educativo en el proceso, así como también al equipo de rehabilitación de la Clínica.

El protocolo de atención está integrado por cuatro fases del contenido, que se deben trabajar con los niños y adolescentes para facilitar la transición, como se muestra en la Tabla 1. Las cuatro fases están distribuidas según semanas, y en el cuadro se muestra una breve descripción de cada una de ellas.

Tabla 1. Contenidos de las diferentes fases del protocolo de transición

Fase	Semana	Sesión	Descripción
A. Información y Evaluación (pre-test)	1	Sesión Inicial: "Entendiendo la transición"	✓ Información y evaluación (pre-test)
	2	Sesión 2: "¿Quién soy yo?"	✓ Intervención de Autoconcepto
	3	Sesión 3: "¿Cómo me veo?" Sesión breve con padres	✓ Intervención de Imagen Corporal ✓ Sesión grupal de Entrenamiento Parental
B. Intervención	4	Sesión 4: "Soy valioso, siempre."	✓ Intervención de Bienestar y Satisfacción (Autoestima)
	5	Sesión 5: "El día que regrese a clases" Sesión breve con padres	✓ Intervención de Adaptación Escolar ✓ Psicoeducación a Padres
C. Evaluación (post-test), sensibilización del equipo multidisciplinario y proceso de transición hacia la reinserción escolar	6	Sesión 6: "¿Cómo me encuentro ahora?"	✓ Evaluación (post-test), entrega de escalas de padres y maestros y de trifolios y material psicoeducativo para los centros educativos
D. Percepción de adaptación escolar y Cierre	7	Transición de Reinserción Escolar: "Reincorporándome a mi escuela"	✓ Pacientes acuden a sus escuelas o centros educativos
	8	Sesión de Cierre: "Finalizando la transición"	✓ Devolución de escalas de padres y maestros y actividad de cierre del proceso psicoterapéutico

IV. CONSIDERACIONES GENERALES DE UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUEMADURAS

Los factores psicológicos tienen una influencia importante durante el tratamiento de una quemadura y el proceso recuperación y rehabilitación. El cuidado psicológico los ayuda a ser más proactivos y colaborativos durante cada uno de los procedimientos que requieren los pacientes hasta alcanzar su bienestar integral (Wisely, Hoyle, Tarrier y Edwards, 2007: 736). Existen varios aspectos perturbadores que incluyen recuerdos y emociones del evento o accidente y sus circunstancias, ver la herida por primera vez, el dolor y la rehabilitación. Los desafíos aumentan a medida que avanza la cicatrización ya que surgen cambios de apariencia y la función. También se dan perturbaciones adicionales de las reacciones esperadas o reales de familiares, amigos, entre otros miembros del contexto social. Cada uno de estos factores estresantes como el uso de férulas y prendas de vestir, al exceder los factores de resiliencia individual y grupal, impone una carga sobre la persona y su red social-familiar (Rosenberg, Rosenberg, Rimmer, y Fauerbach, 2018:714). Las manifestaciones psicosociales más comunes incluyen perturbaciones en el sueño, depresión, insatisfacción de imagen corporal, estrés postrauma y dificultades de adaptación a sus medios o entornos cotidianos.

Es importante tener en cuenta en todo momento que las intervenciones de este protocolo deben ser explicadas de acuerdo a cada caso de forma individual y depende de lo que el paciente y sus padres o cuidadores puedan comprender (etapa de desarrollo cognitivo) así como de la etapa del desarrollo en la que se encuentra el niño/adolescente (niñez intermedia o tardía y adolescencia temprana).

V. CONSIDERACIONES GENERALES DEL DESARROLLO DE LAS ETAPAS A INTERVENIR

a. **Niñez intermedia y tardía: 8-12 años**

Supone un período de calma antes del rápido y repentino crecimiento de la adolescencia. Ocurre en los años de educación primaria en la que los niños, según Piaget (1952), se encuentran en la etapa de pensamiento operacional concreto; formada por acciones mentales que les permiten realizar mentalmente lo que han llevado a cabo físicamente con anterioridad (Santrock, 2006:317). Suelen realizar acciones mentales reversibles en las que logran hacer relaciones entre objetos y comprender sistemas que implican seriación, clasificación y transitividad. Es decir, construyen un pensamiento crítico, el cual les permite pensar de manera reflexiva y productiva, evaluando la evidencia de los hechos o acontecimientos que viven. Por otro lado, surge también un pensamiento creativo, el cual les permite hallar soluciones originales a sus problemas.

En cuanto al desarrollo socioemocional, se producen transformaciones en sus relaciones con sus padre y con su grupo de iguales, especialmente en la escuela. El desarrollo de la auto-comprensión, implica que su definición de sí mismo con características externas, cambia a definirse a sí mismo a través de características internas. Durante estos años de educación primaria, la auto-comprensión presenta cada vez mayores referencias a las comparaciones sociales (Santrock, 2006: 349). Una autoestima alta y un autoconcepto positivo son factores importantes para el bienestar infantil en esta etapa. Según Erikson (1968), los niños se encuentran en la etapa de productividad frente a inferioridad, buscando crear un sentido de productividad en el mundo social que va más allá de la familia, en especial en la escuela (Santrock, 2006:351).

b. **Adolescencia temprana: 13-14 años**

Consiste en una etapa de transición en el que el desarrollo se ve influenciado por factores genéticos, biológicos, ambientales, sociales, entre otros. Es un período de evaluación, de toma de decisiones, de compromiso y de búsqueda de un lugar en el mundo (Santrock, 2006:386). Inicia el estadio del pensamiento operacional formal según Piaget; el cual es más abstracto ya que son capaces de crear situaciones hipotéticas razonando de forma lógica sobre ellas. Dejan de limitarse a experiencias reales y concretas. Surge además el pensamiento hipotético-deductivo el cual les permite resolver problemas y tomar decisiones con base a un pensamiento crítico más desarrollado.

En cuanto al desarrollo socioemocional, se incluyen cambios y esfuerzos por comprenderse más a sí mismos y distintas variaciones emocionales, las cuales se dan en su mayoría, en el entorno social. Surge un interés por su imagen personal y corporal y una búsqueda de identidad vinculada a la autoestima (Santrock, 2006: 427). Se dan también cambios socioemocionales en la relación con sus padres e iguales, además de influencias culturales y sociales. Es importante considerar a los adolescentes como un grupo diverso, conformado por el resultado de cambios y perfiles distintos.

VI. JUSTIFICACIÓN

¿Por qué este protocolo de atención psicológica es importante para nuestros pacientes pediátricos con quemaduras?

En Guatemala, las quemaduras pediátricas representan un problema significativo de salud pública y las secuelas que se derivan a largo plazo y las discapacidades que pueden provocar constituyen un proceso de abordaje bastante complejo (Santiso, 2017:11). La Unidad de Quemaduras Pediátricas del Hospital Roosevelt de Guatemala y la Clínica de Quemaduras Infantiles, son centros generales de salud pública de referencia especializados en atender a los niños y adolescentes que sufren de una quemadura. Debido a que las secuelas son a largo plazo, los niños y adolescentes hasta los 14 años que son atendidos en dicho centro, permaneciendo bajo cuidados y tratamientos por períodos de tiempo prolongados, interrumpiendo su rutina y actividades diarias, específicamente haciendo referencia a su educación y transición académica. Es aquí donde surge la importancia de abordar la salud y la educación de los pacientes de forma conjunta para alcanzar su funcionalidad y bienestar integral. El bienestar psicológico de dicho proceso, apunta a su vez, a trabajar su baja autoestima, nivel de confianza personal, destrezas en su interacción social, imagen corporal y los cambios conductuales, los cuales se encuentran englobados dentro del término de “autoconcepto”. Además, a lo largo de los años, se ha identificado la dificultad que los pacientes tienen para continuar con su educación por diversos factores como la propia familia, la adherencia al tratamiento, la comprensión social que tienen las secuelas de una quemadura, entre otros. Por lo tanto, es necesaria la implementación de un protocolo que busque mantener al paciente adherido a sus cuidados e integrarlo para una transición académica o de escolarización apoyada, que sea ajustada a sus necesidades y que a largo plazo sea funcional dentro de la sociedad guatemalteca.

“INTEGRANDO LA TRANSICIÓN Y TRAZANDO LA RUTA HACIA LA REINSERCIÓN”

A continuación se presentan cada una de las fases, la línea teórica a seguir y las técnicas para las intervenciones. Es importante aclarar que cada sesión contiene técnicas sugeridas independientes y otras que tienen continuidad dentro de la misma sesión. La técnica a implementar dependerá de cada caso. Sin embargo, cada una de ellas cumple con el objetivo terapéutico del plan de acción estructurado por este protocolo.

Figura 1. “Integrando la transición y trazando la ruta hacia la reinserción”



VII. PLAN TERAPÉUTICO

A. Información y Evaluación (pre-test)

a. Sesión Inicial: “Entendiendo la Transición”

Tiempo: 30 minutos

Un accidente por quemadura supone un importante impacto físico y psicoemocional tanto para los pacientes como para sus familiares o cuidadores. Las reacciones de rechazo, negación, ira, irritabilidad, tristeza, ansiedad, estrés, entre otros, forman parte del proceso emocional esperado y varían en intensidad a lo largo de la intervención y rehabilitación. Debido a la complejidad de la situación y a que también se ven afectadas otras áreas, es necesaria la atención y el apoyo psicológico para obtener estrategias de afrontamiento que permita comprender y manejar determinada situación de forma adaptativa y funcional.

Es esencial que, tanto los padres o cuidadores primarios como los pacientes, conozcan y comprendan adecuadamente el proceso que se llevará a cabo. Por lo que esta sesión consiste en brindar de forma clara y concisa toda la información sobre la atención psicológica dirigida a su reinserción escolar, así como las implicaciones que ésta conlleva (desde asistir a cada una de las sesiones individuales durante 8 semanas y a las sesiones parentales, hasta proporcionar a las escuelas o centros educativos las herramientas que son parte del programa). Se debe motivar y apoyar a los padres a que expresen las dificultades que podrían sugerir durante el proceso y motivarlos para acudir por apoyo ya sea de la trabajadora social o algún otro profesional del equipo de rehabilitación, según el caso.

Es requerido cuando se trabaja con menores de edad, que los padres o cuidadores firmen el consentimiento informado así como el asentimiento, o en otras palabras, la aceptación voluntaria de los niños o adolescentes. Se debe además, proporcionar a los padres o cuidadores la carta dirigida al Director de la escuela o centro educativo en la que se le informa sobre el proceso y se solicita el apoyo correspondiente para el paciente. Los encargados deberán firmar de recibida la carta para llevarla a la escuela de su hijo o hija. En esta misma sesión se administrará a cada paciente la *Escala de Autoconcepto* de Piers-Harris adaptada por Casullo (pre-test), la cual será leída por el profesional de la salud (psicólogo).

AGENDA	TIEMPO	MATERIALES
Entrevista inicial breve	8 minutos	Formato de datos demográficos.
Explicación del proceso terapéutico	10 minutos	Consentimiento y Asentimiento Informado / Carta dirigida al Director.
Pre-test	12 minutos	<i>Escala de Autoconcepto de Piers-Harris</i> adaptada por Casullo
	Total: 30 min	

1. Formato de datos demográficos (anexo)

Administración del Formato

- Duración: 8 minutos aproximadamente
- Instrucciones: De forma verbal se le indica a los padres o encargados lo siguiente: *“Para comenzar, debemos llenar información general sobre el paciente, su quemadura y sus datos académicos. Recuerden que esta información es confidencial.”*

Calificación e interpretación

- Este proceso no requiere de calificación. Los datos demográficos y generales se recabarán para ser utilizados como información relevante para el seguimiento de los casos y comunicación con el centro educativo, y en caso de ser necesario, en la elaboración de algún informe psicológico o en el seguimiento terapéutico posterior al programa establecido por este protocolo.

2. Consentimiento y Asentimiento Informado (anexo)

Administración del documento

- Duración: 5 minutos aproximadamente
- Instrucciones: De forma verbal se le indica a los padres o encargados lo siguiente: *“Este documento es el consentimiento informado. Aquí se explica todo acerca del protocolo, las actividades a realizar y a lo que ustedes como padres/encargados se comprometen. Es necesario llenar este documento porque sus hijos son menores de edad y por lo tanto deben autorizar que trabajemos con ellos. De la misma manera ellos tendrán la oportunidad de decir si están de acuerdo o no para ser parte de este protocolo. Les iré leyendo el documento y explicando cada una de sus partes.”*

3. Carta dirigida al Director/Centro Educativo (anexo)

Entrega de carta

- Duración: 5 minutos aproximadamente
- Instrucciones: De forma verbal se le indica a los padres o encargados lo siguiente: *“Este carta está dirigida al director y al centro educativo en el cual estudian sus hijos. El objetivo de esta carta es explicar el programa del cual serán parte y solicitar el apoyo de la escuela y los maestros ya que como les habíamos comentado, se estará trabajando también con ellos. Es importante que se la entreguen al director lo más pronto posible. También deberán firmar en este listado (Anexo 4.), que ustedes han recibido la carta y que se comprometen a entregarla.”*

4. Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (1984) adaptada por Casullo (1992) (anexo)

Descripción de la Escala

Consiste en una escala de tamizaje que evalúa la percepción que los niños y adolescentes, tienen sobre sí mismos (autoconcepto global) y cómo valoran diferentes aspectos de su forma de ser y su comportamiento según las dimensiones de conducta, status intelectual, imagen corporal, elementos de ansiedad, popularidad y bienestar y satisfacción (autoestima). Consta de 80 ítems compuestos de frases sencillas con una respuesta dicotómica (SÍ-NO) en la que se le pide al niño o adolescente que responda de acuerdo a cada frase. Se puede aplicar leyendo en voz alta cada ítem, o se puede entregar al niño/adolescente para que responda de forma independiente. Tiene un coeficiente de confiabilidad de 0,75 y una validez alta con correlación entre los tres agrupamientos de los constructos de la escala (á 0,92; 0,89 y 0,93).

Administración de la Escala

- Duración: 12 minutos aproximadamente
- Instrucciones: De forma verbal se le indica al niño o adolescente lo siguiente: *“Voy a leerte unas frases. Escucha atentamente. Para cada una debes responder únicamente “Sí” o “No”. Si tienes alguna duda o pregunta de alguna puedes indicarme para que te la explique.”*
- Formato de respuesta: Las respuestas son dicotómicas (Sí-No) y el terapeuta irá marcando cada una según va respondiendo el paciente para cada uno de los 80 ítems.

Calificación e interpretación

La Escala mide el autoconcepto global y seis dimensiones que se desglosan del mismo: comportamiento, status intelectual, imagen corporal, falta de ansiedad, popularidad, y bienestar-satisfacción (autoestima). Cada aspecto evaluado corresponde a diversos ítems dentro de la escala. Para calificar cada uno de ellos, se ha codificado a través de colores cada dimensión (*anexo*). Por lo tanto, se debe elaborar una plantilla para calificar cada uno de ellos. Se otorga 1 punto por cada ítem que corresponde a la respuesta de la plantilla de calificación. La suma de las respuestas que coinciden con la plantilla es la puntuación directa (P.D.). Posteriormente se debe obtener la puntuación centil (P.C.) que indica el lugar que ocupa la puntuación dada en una escala de 5 a 99, según el baremo de cada nivel educativo (*anexo*). Esta puntuación indica el porcentaje de individuos que se encuentran por debajo de la puntuación directa correspondiente. Por ejemplo, la puntuación centil 35 indicaría que el alumno/a tiene por debajo al 35% de los sujetos de su nivel y el 65% estaría por encima. Esto se registra en la hoja de resultados de la escala (*anexo*).

Tabla 2. Ítems correspondientes para cada dimensión de la Escala de Autoconcepto

DIMENSIÓN	ÍTEM
Comportamiento	13, 14, 18, 22, 25, 31, 32, 34, 35, 45, 48, 56, 67, 72, 75, 76, 78, 80
Status Intelectual	5, 10, 12, 16, 17, 21, 23, 24, 26, 27, 30, 33, 42, 49, 53, 66, 70,
Imagen Corporal	8, 9, 15, 19, 29, 41, 47, 54, 60, 63, 64, 65, 73
Falta de Ansiedad	6, 7, 20, 28, 37, 44, 55, 61, 68, 74, 79
Popularidad	1, 3, 11, 40, 46, 51, 57, 58, 62, 69, 71, 77
Bienestar-Satisfacción (Autoestima)	2, 4, 36, 38, 39, 43, 50, 52, 59,
Autoconcepto Global	PD. Suma de todas las puntuaciones directas de cada dimensión.

B. Intervención

a. Sesión 2: Autoconcepto

“¿Quién soy yo?”

Tiempo: 30 minutos

Debido a que una quemadura es una experiencia devastadora que afecta todos los aspectos de la esencia de una persona, incluyendo su identidad y percepción personal, se requiere que los pacientes realicen esfuerzos cognitivos complejos para redefinir su identidad para poder manejar su condición difícil posterior a la quemadura, y así preservar su autoconcepto (Zamanzadeh, Valizadeh, Lotfi y Salehi, 2015:181).

Existe un concepto denominado “autolocalización”, el cual permite reescribir el autoconcepto en cada etapa de transición relacionada a la reincorporación a la sociedad. En este caso, al hablar de reinserción escolar, la autolocalización permitirá entender la posición en el proceso de ser un sobreviviente a una quemadura y regresar a las actividades cotidianas, específicamente al centro educativo. Morse (1995), ilustra el proceso en forma de vigilancia, perdurabilidad y sufrimiento. Sin embargo, la autolocalización prepara el contexto subjetivo, escogiendo las estrategias que se ajustan a la posición actual de la etapa (Zamanzadeh et al., 2015:183).

Todo depende, de los factores externos, internos e interpersonales de cada individuo. Morse (1997) incorporó estrategias de auto confort para preservar el yo. El proceso consiste en:

1. Autoexploración:

Se busca explorar los cambios personales posteriores a la quemadura. Por lo tanto, se busca que el paciente se enfoque en la sensación de dolor severo e insoportable, el manejo de las heridas y el ambiente hospitalario opresivo. Se puede hacer un listado de todo lo experimentado: todo lo que sintieron en las curaciones, todo lo que observaron, las personas a quienes necesitaban, entre otros.

2. Exploración externa:

Consiste en explorar los cambios en la vida de los miembros de la familia y la relaciones con otros. Es decir, las consecuencias que la quemadura pudo haber generado, explorando especialmente los cambios en las interacciones con los miembros de la familia y los posibles problemas sociales que podrían percibirse por las secuelas (lo que se observa en los familiares involucrados y las creencias sobre lo que otros pensarán ahora de ellos).

3. Análisis de la posición personal:

Busca alcanzar una nueva posición basada en analizar y comparar sus condiciones antes y después de la quemadura; evaluar y juzgar su posición individual y social, y su distancia entre sus sueños, objetivos y deseos en la vida.

4. Preservación del autoconcepto:

El último paso consiste en mantener la imagen corporal previa, estar conscientes de su nueva imagen corporal, aceptarla y reescribir su autoconcepto.

De acuerdo al proceso descrito anteriormente, el objetivo principal está en reescribir el autoconcepto, el cual hace referencia a una redefinición de sí mismo, construyendo una nueva realidad; la cual implica situarse y crear una nueva relación con el mundo. En esta redefinición de sí mismo, podrían surgir preguntas como: “¿podré cuidarme a mí mismo?, ¿cómo seré percibido o cómo me veo?, ¿podré hacer todo lo que hacía antes?, ¿podré regresar a mis actividades?”. Es el terapeuta quien debe guiar hacia respuestas positivas para un nuevo sentido de sí mismo.

Independientemente de la técnica que el terapeuta elija con cada paciente, tomando en cuenta su desarrollo cognitivo y la situación de cada caso en particular, debe conceptualizar la sesión en torno a las siguientes preguntas:

- *¿Quién eres tú?/ ¿Cómo te definirías?*
- *¿Crees que esto puede cambiar en el tiempo?*
- *¿Para bien o para mal?*
- *¿Crees que tu quemadura hizo que esto cambiara?*

Una vez que se haya desarrollado este ejercicio, se puede concluir la sesión con lo siguiente: *Todo esto es tu autoconcepto, es decir, la forma en la que te defines. Y claro que puede cambiar en el tiempo, para bien, pero únicamente tú puedes cambiarlo. Ningún factor externo como tu quemadura puede cambiar tu autoconcepto pues son accidentes o situaciones de vida que no están bajo nuestro control.*

Técnicas sugeridas

“¿Quién soy?”

→ **Instrucción:**

Se solicita al paciente elaborar un collage que represente quién es él/ella utilizando recortes de revistas o periódicos. (Pueden ser imágenes, palabras y/o símbolos.)

→ **Materiales:** Revistas, periódicos, tijeras, goma y hojas en blanco.

Visualización: “yo soy un rosal”

→ **Instrucción:**

Se le debe solicitar al paciente que intente cerrar los ojos para relaje, concentrándose en lo que la o el terapeuta dirá (“respira profundamente tratando de relajarte al máximo”). “Imagínate que eres un rosal. ¿Qué tipo de rosal eres tú? ¿Eres muy pequeño? ¿Eres grande? Fíjate cómo es tu tronco, ¿es grueso?, ¿es delgado?, ¿qué color tiene?, ¿es verde?, ¿es café?, ¿es liso o tiene espinas?, ¿está sano?”. (“Sigue respirando profundamente.”) “Ahora baja por tu tronco y fíjate cómo son tus raíces, ¿cómo son tus raíces? O quizá no tienes. Si tienes, ¿son abundantes, gruesas o delgadas?, ¿tus raíces son profundas, son superficiales?” (“Sigue respirando profundamente.”) “Deja tus raíces por un momento. Sube de nuevo y mira cómo son tus hojas, ¿tienes hojas?, ¿son muchas o son pocas?, ¿tienes flores?, Sí es así, ¿de qué variedad? (no es necesario que sean rosas) ¿son flores maduras o son botones?, ¿qué colores tienen tus flores?”. (“Sigue respirando profundamente.”)

“Ahora mira a tu alrededor, ¿dónde estás ubicado?, ¿en un patio?, ¿en un parque?, ¿en el desierto, la ciudad o el campo? ¿en medio del océano?, ¿estás en un macetero o creciendo en el suelo, o a través del cemento, o incluso dentro de algún lugar?, ¿qué hay a tu alrededor? ¿hay otras flores o estás solo?, ¿hay animales o personas cerca tuyo?, ¿son amables contigo o preferirías que estuvieran lejos?, ¿lucen como un rosal u otra cosa?, ¿hay algo a tu alrededor, como una reja?. Si es así, ¿cómo es? ¿O sólo estás en un espacio abierto? ¿Cómo se siente el rosal? ¿Cómo sobrevives? ¿Hay alguien que te cuide? ¿Cómo está el tiempo para ti en este momento?... Ahora despídete del rosal, respirando con tranquilidad. Puedes abrir tus ojos y dibujarlo.” Al terminar el dibujo se le pide que explique lo dibujado.

→ **Materiales:** hojas en blanco y crayones

Huella digital

→ **Instrucciones:**

Se pide al paciente que en una hoja ponga la huella de cada uno de sus dedos de una mano. Se dirige a que piense sobre su identidad y cómo cada huella construye quién es él o ella sin importar de las situaciones externas que nos afectan. Con esto se busca trabajar la identidad vinculada al autoconcepto preservando su identidad como creencia principal que forja su percepción de sí mismo. Luego se pide que con base a cada una de sus huellas elabore un dibujo que lo represente con cualidades.

→ **Materiales:** almohadilla de tinta, hojas en blanco, lápiz y crayones

B. Sesión 3: Imagen Corporal

“¿Cómo me veo?”

Tiempo: 30 minutos

El concepto de imagen corporal, hace referencia a la forma en la que percibimos nuestro cuerpo y apariencia, así como también todo aquello que pensamos de él (Bergamasco, Rossi, Amancio y Carvalho, 2002: 48). Otros autores han definido la imagen corporal como una evaluación de nuestro valor social. Dicha evaluación se encuentra vinculada a nuestra confianza, motivación y sentido de logro. Tras una quemadura, se dan ciertas desfiguraciones faciales y cambios en otras partes del cuerpo que conllevan a experimentar sentimientos de ansiedad, miedo y perturbación en la imagen corporal del paciente.

La intervención del terapeuta para el abordaje de la imagen corporal consiste en brindar herramientas que le permitan al paciente:

1. Reconocer la imagen corporal frente a un espejo.
2. Generar percepciones constructivas del cuerpo vinculadas al valor estructural propio.
3. Concientizar los rasgos y capacidades, relacionándolas a los pensamientos y actitudes sobre el autoconcepto.
4. Socializar con .sus pares y otras personas de su contexto (relación de la conducta y el entorno).

Por lo tanto, la imagen corporal es cómo el paciente se ve físicamente. Es importante que como individuo logre identificar los aspectos de su apariencia que, siendo realista, se pueden cambiar y algunos no. Así como también generar estrategias de afrontamiento ante comentarios negativos y destructivos tanto de sí mismo como provenientes de otros. Es aquí en donde el terapeuta debe también guiar a una comprensión del valor individual de cada ser humano, más allá de la apariencia; psicoeducando en el cambio y la complejidad, y llevando al paciente a enfocarse en aspectos únicos e interesantes sobre su persona. Debido al caso de las quemaduras, se buscará también enfatizar sobre la imagen corporal sana, relacionada a la salud y el autocuidado.

Técnicas estructuradas sugeridas:

a. “Foto de mi cuerpo” versus “Imagen del espejo”

→ **Instrucción:**

se solicita al paciente que dibuje o represente con plastilina, la imagen mental que tiene sobre su cuerpo o apariencia física. Se le pide también que la describa. Posterior a eso, el terapeuta guía al paciente frente a un espejo para que compare la imagen que ve en el espejo con la apariencia que concibe mentalmente el niño o adolescente.

→ **Materiales:** hojas en blanco, crayones, plastilina, espejo.

b. Identificación de emociones: ¿Cómo me siento?

→ **Instrucción:**

Se pide al paciente que en una hoja en blanco represente con diversos colores según la emoción que surja luego de la técnica anterior. Para cada color el terapeuta nombrará un sentimiento.

- o Rojo: ira
 - o Azul: tristeza
 - o Amarillo: alegría
 - o Verde: asco
 - o Morado: miedo
 - o Anaranjado: sorpresa
- Entre otras.

Materiales: hojas en blanco, crayones o marcadores.

c. Más allá de las etiquetas físicas

→ **Instrucción:**

orientar al paciente a percibirse a sí mismo y construir su identidad con base a cualidades que no se relacionan con la apariencia y que lo hacen sentirse orgullo como tener buen humor, la perseverancia, entre otras. Se realizará un listado de las etiquetas basadas en imagen corporal y otro listado de cualidades que permiten ser la contraparte de la apariencia y que le dan un valor mayor al niño o adolescente a pesar de su quemadura.

→ **Materiales:** hoja en blanco partida en dos y un lápiz.

i. Sesión breve con Padres: Entrenamiento Parental

Tiempo: 15-20 minutos

Entendiendo los grupos terapéuticos

La atención grupal es una parte del programa multimodal de tratamiento (Lorentzen y Ruud, 2014:220). Existen diferentes tipos de grupos, ya sea cognitivos-conductuales a corto plazo, de apoyo, psicoeducativos, entre otros. Intervenir a través de los padres para tratar a niños y adolescentes es un factor clave para lograr el cambio en cualquier conducta o situación que puede estar presentando un menor de edad. Un tratamiento psicodinámico a corto plazo dirigido a los padres de un paciente hospitalario debe dirigirse a la interacción y comunicación, permitiendo explorar o expresar sentimientos, enfocándose en el aquí y el ahora; consolidando, a su vez, el compromiso y la adherencia al tratamiento (Sandahl, Busch, Skarbrandt y Wennberg, 2004:48).

Existen diversas razones por las cuales la terapia grupal es una modalidad de tratamiento viable relacionado al bienestar de los pacientes. Un grupo ofrece múltiples oportunidades de atención al niño o adolescente ya que busca llevar a cabo las sesiones con los padres de forma grupal, según su asistencia a la consulta clínica para favorecer la interacción entre cada uno y la construcción de objetivos sobre distintas realidades dirigidas hacia una misma meta: la reincorporación de sus hijos al contexto socioeducativo. Sin embargo, se requiere de competencias multiculturales, con las cuales el terapeuta pueda estar atento y tenga conocimiento y habilidades para comprometerse a un curso de acciones o condiciones en el sistema grupal que se está formando (Chen, Kakkad y Balzano, 2008: 1261). Cada grupo involucra interacciones en numerosos niveles, por lo que comprender la diversidad en el proceso del grupo requiere atención y distinciones entre la interacción de sus partes y la conexión de estas guiadas por el terapeuta.

Primera sesión grupal parental

Con base a lo anterior, es importante comprender que el proceso en este protocolo al involucrar a los padres consiste primero en proporcionarles un entrenamiento parental de manera grupal con el objetivo de incrementar las habilidades de crianza que favorezcan la adaptación escolar posterior a una quemadura. Para los padres o cuidadores primarios, una quemadura es una experiencia estresante acompañada de procesos de culpa, ansiedad, enojo, entre otras reacciones. Muchos tienden a culparse por la falta de atención y prevención del accidente.

En esta sesión se buscará de forma conjunta con otros padres, manejar las emociones para desarrollar estrategias de adherencia; acompañadas de estrategias de prevención en donde aumente la consciencia de seguridad, protección, control y restricción de la actividad de sus hijos para minimizar la posibilidad de un futuro accidente.

Las diversas reacciones emocionales (sentimientos de culpa, presión sobre el niño o adolescente, entre otras) deben ser validadas. A su vez, el terapeuta debe motivar nuevamente a los padres a través de la aceptación de la situación y el proceso de rehabilitación que este requiere.

El objetivo principal es que de forma conjunta los padres recuperen la confianza en tres áreas:

1. Sus habilidades para proteger a su hijo
2. Las habilidades del niño para cuidarse a sí mismo
3. Las habilidades del colegio para mantener al niño fuera de peligro

(Horridge et al., 2010: 633)

c. Sesión 4: Bienestar y Satisfacción (Autoestima)

“Soy valioso, siempre.”

Tiempo: 30 minutos

La autoestima es la consideración global que uno tiene de sí mismo como persona; un constructo relacionado al estado afectivo de un individuo (Robert et al., 1999: 581). Está a su vez, relacionado a evaluaciones personales de la apariencia física. Al utilizar el concepto de autoestima se habla sobre todo aquello que una persona toma en cuenta para considerar su valor y cómo esta persona se siente valorada por otros (Lyness, 2015).

El bienestar y la satisfacción se obtienen de un sentimiento favorable sobre sí mismo ya que la autoestima incide directamente en la salud mental y el comportamiento de un individuo. Una persona con autoestima alta, se conoce bien a sí misma; es realista y encuentra pares similares apreciándolos por quienes son. Una alta autoestima permite sentir un mayor control sobre la vida y conocer las propias fortalezas y áreas de oportunidad. Se debe comprender que en la autoestima de una persona influyen los cambios corporales, ya sea por la pubertad y el desarrollo como por accidentes; tal es el caso de una quemadura. Esto se combina con el deseo de aceptación y que lleva a la constante comparación entre pares e iguales.

El terapeuta debe orientar la sesión a que el paciente:

- Aplique y/o desarrolle sus fortalezas
- Trabaje sus valoraciones, pensamientos y sentimientos al “yo” interior y exterior.
- Genere un amor propio basado en su autoconcepto e imagen corporal, previamente trabajada.
- Evitar comparaciones y auto exigencias
- Trabajar ideas irracionales para alcanzar aceptación.

Técnicas sugeridas:

Los premios en mi vida:

→ Instrucción:

Esta técnica consiste en reflexionar sobre los pequeños y grandes logros cotidianos que le dan valor a cada individuo. El terapeuta debe guiar al paciente a identificar todos aquellos acontecimientos del día a día de los cuales se sienta orgulloso y por los cuales consideraría merecer algún premio o reconocimiento. El paciente deberá en listarlos. Al finalizar deberá dibujar una estrella junto a los grandes logros y una carita feliz a los pequeños logros. (Puede hacerse también utilizando calcomanías sobre el dibujo de una medalla o trofeo en la que el paciente enlista sus logros y coloca una calcomanía en cada logro grande).

- **Materiales:** Hoja en blanco, lápiz o lapiceros, crayones o marcadores / Hoja con el dibujo de una medalla o trofeo y calcomanías.

Afirmaciones positivas

- **Instrucciones:**

El terapeuta debe indicarle al paciente que día con día es importante decirnos elogios diarios, por lo que la técnica consiste en ejemplificar elogios junto al paciente frente a un espejo. Es importante que cada afirmación o elogio este siempre en tiempo presente y debe referirse a sí mismo, siendo realista. El paciente debe comprender que no debe mentirse a sí mismo o darse mensajes irreales. En este caso es importante que cada elogio vaya dirigido a construirse sobre la situación vivida (la quemadura) para poder afrontar cualquier comentario negativo recibido por otros con seguridad, autonomía y favorablemente.

Ejemplos de elogios o afirmaciones:

- o “Me respeto y me cuido”
- o “Puedo hacer lo que me proponga”
- o “Confío en mí mismo”
- o “Merezco ser feliz”
- o “Me quiero profundamente”

Otra forma de construir afirmaciones positivas y hacer una pequeña evaluación del valor que un individuo ha tenido consigo mismo a lo largo del día consiste en responder a frases como las siguientes:

- o “Hoy me he sentido bien conmigo mismo/a por...”
- o “Hoy he hecho algo bueno para mí cuando...”
- o “Me gusto más a mí mismo/a cuando...”

- **Materiales:** un espejo.

Un paquete valioso

- **Instrucciones:**

Una manera de recordarnos cuánto valemos es pensar en las personas que más queremos y con las que contamos incondicionalmente día con día. El terapeuta debe guiar al paciente a enumerar o enlistar personas (familiares o amigos) con las que cuenta para situaciones importantes (buenas o malas). Estos nombres deberá escribirlos en papeles individuales. Luego el terapeuta le brindará una bolsa o caja de regalo pequeña en la que el paciente deberá guardar cada nombre, simbolizando el valor que tienen esas personas en su vida y que le permiten a su vez, sentirse valioso a pesar de los acontecimientos que pueda vivir pues cada uno de ellos aporta algo para que él o ella pueda salir adelante.

- **Materiales:** Bolsa o caja de regalo, retazos o cuadrados de papel, y lápiz

d. Sesión 5: Adaptación escolar

“El día que regrese a clases”

Tiempo: 30 minutos

Ausentarse de la escuela es un problema de salud mental y físico serio para muchos niños y adolescentes ya que es un factor de riesgo clave para diversos problemas conductuales que afectan el bienestar integral (Kearney, 2007:452). Las ausencias por un período de tiempo prolongado pueden llevar a la deserción escolar; un evento que lleva a una desconexión inmediata de programas escolares, privación económica y problemas maritales, sociales y psiquiátricos en la adultez. Condiciones médicas o procesos hospitalarios largos llevan a período de ausencias escolares, tal y como las quemaduras y su proceso de rehabilitación. Influyen a su vez, factores de riesgo contextuales dentro de los cuales se incluyen la pobreza o un estrato económico y social bajo.

Tras las sesiones realizadas, el terapeuta debe conceptualizar lo trabajado en las sesiones anteriores y hacer una síntesis, con el objetivo de enfatizar que los pacientes se encuentran listos para regresar a sus actividades académicas y la importancia que tienen los estudios, no solo en el ámbito académico sino que también social. Es importante explorar los sentimientos presentes que los pacientes puedan tener ante el regreso a clases, validarlos y encontrar alternativas para solucionar cualquier reacción que pueda perjudicar su adaptación.

El terapeuta debe asegurarse que el paciente está tomando el control sobre sus situaciones cotidianas, un aspecto que antes no tenían ya que dentro de un ambiente hospitalario carecen de control sobre las cosas que les suceden a sí mismos y de las que suceden a su alrededor. Al tener nuevamente el control, enfocado al regreso a clases, la actitud que tomen frente a esta transición e hito, determinará cómo se desenvolverán y cómo se adaptarán a su ambiente; así como también la manera en que otros reaccionarán ante su regreso. Pueden surgir emociones diversas, pero se debe tener en cuenta que restablecer las relaciones con sus pares es una parte significativa en la promoción de un desarrollo social y emocional sano en el paciente. Una pregunta común es: ¿“Como enfrentaré a mis amigos y compañeros?”; por lo que es importante que el niño o adolescente tenga claro la forma de describir su quemadura y cómo se siente ante esta situación.

Técnicas sugeridas:

Cuento terapéutico:

→ Instrucción:

Se elaborará un cuento de forma conjunta acerca de un niño o adolescente que tras haber sufrido un accidente regresa a su escuela. El terapeuta realizará la primera escena y se le pedirá al paciente que continúe con la siguiente.

El objetivo es ir alternando las escenas cada uno para que el terapeuta guíe a una posible escena del regreso a clases y que el paciente logre encontrar alternativas o soluciones a lo que pueda surgir, es decir cómo debe contar lo que le sucedió, a cómo logrará adaptarse, entre otros.

→ **Materiales:** papelógrafos u hojas, lápices y crayones.

Juego de roles:

→ **Instrucciones:**

El terapeuta tomará el rol del paciente y el paciente tomará el rol de algún profesor y compañero. Se le pedirá que escenifique la forma en la que él o ella piensa que otros reaccionarán ante su regreso a clases. El terapeuta, optando por el rol del paciente, modelará la forma en la que él o ella debería reaccionar o responder ante lo que pueda presentarse. Se busca repasar lo que el paciente deba explicar o decir frente a otros en su regreso.

- o Describir la quemadura y/o cómo pasó de forma sencilla
- o Dar información de cómo ha progresado o la ayuda que ha recibido
- o Saber cómo establecer límites en la conversación al momento de sentirse incómodo: “agradezco que te preocupes por mí... gracias por preguntar te contaré en otro momento...”

→ **Materiales:** No se requieren materiales para esta técnica.

“Querido yo”

→ **Instrucciones:**

Se le pide al paciente que elabore una carta dirigida a ellos mismos en la que se cuenten sobre el proceso vivido y cómo esperan que sea su regreso a clases. Además se les pide que en la carta tracen metas a seguir para apoyarse en ellas al regresar a sus estudios. Al finalizar, el terapeuta debe pedir que lean la carta y elaboren sobre la misma.

→ **Materiales:** hojas en blanco y lápiz o lapicero.

i. Sesión breve con Padres: Psicoeducación

Tiempo: 15-20 minutos

Involucrar a los padres es un aspecto clave en la asistencia de un niño o adolescente a su centro educativo. Las variables familiares más amplias sirven de un factor contextual de riesgo vinculado al absentismo escolar (Kearney, 2007:461). La finalidad del proceso terapéutico con el involucramiento de los padres es ayudarlos a planificar el regreso a las actividades y rutina cotidiana, especialmente al colegio, tras haber construido nuevamente la confianza y entrenar sus habilidades como padres evitando el absentismo escolar y la deserción (Pan et al., 2017:10).

La reincorporación de los hijos a la escuela es un evento importante ya que el centro educativo es un lugar complejo en el que no solo adquieren habilidades académicas sino que también aprenden a participar socialmente en el mundo, en la sociedad. Es un contexto en el que construyen su autoestima, forjan su creatividad y consolidan un sentido positivo de sí mismos. Sin embargo, puede ocurrir también lo contrario. Regresar a sus estudios luego de una quemadura o una situación traumática requiere que el alumno/a pase por nuevos retos por los cambios físicos y de apariencia que sufrieron. Es importante comprender que pueden experimentar nuevas sensaciones desde comecón en alguna parte de su cuerpo a dolor, cansancio y sobrecalentamiento por el uso de ropa especial. Como resultado, los niños o adolescentes tendrán que trabajar o esforzarse más para encontrar nuevamente su camino dentro del contexto educativo. Estos esfuerzos incluirán regular sus emociones, concentrarse e incorporarse a la rutina, explicar constantemente lo que les sucedió sin que les afecte, entre otras.

Esta sesión grupal de padres, consiste en sensibilizarlos en torno a la quemadura de sus hijos y brindarles las herramientas para saber cómo apoyarlos en la transición de regreso a sus escuelas. El terapeuta debe exponer los siguientes puntos, brindando ejemplos de situaciones relacionadas con el día a día de sus hijos, sugiriendo herramientas prácticas:

- Al momento de dirigirse a sus hijos, deben enfatizarse en su salud y no en su apariencia. Esto favorecerá su autocuidado y el niño o adolescente no sentirá la presión de su apariencia física, la cual está en proceso de aceptación día con día.
- Es importante que busquen un espacio para discutir el regreso a clases (los retos que va a tener, lo que otros pensarán, lo que siente y podrían sentir, las formas de cuidarse, cómo reaccionar, entre otros temas) esto ayudará a que los hijos sientan el apoyo e interés de sus padres por que regresen a sus estudios.
- Por otro lado, deben también apoyar para que los hijos se reconecten con sus amigos; esto podría hacerse antes de que regresen a estudiar o durante los primeros días con el objetivo de que se sientan cómodos nuevamente con sus amigos y logren explicar la situación de forma adecuada. De esta manera los amigos podrán también apoyarlos en esta transición.
- Por último, es importante que estén preparados para modelar un rol de comportamientos positivos sobre cómo interactuar con otros ya que el objetivo final es que los niños o adolescentes se adapten a su contexto social y educativo favorablemente.

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013).

c. Evaluación (post-test), sensibilización del equipo multidisciplinario y proceso de transición hacia la reinserción escolar

a. Sesión 6: Post-test, envío de cartas y tríptico y escala de adaptación escolar

“¿Cómo me encuentro ahora?”

Tiempo: 30 minutos

En esta sesión se administrará nuevamente la Escala de Autoconcepto (anexo). para evaluar la evolución del caso en torno a las intervenciones realizadas. Se deben seguir las mismas instrucciones de administración, calificación e interpretación como en la sesión inicial.

Posteriormente, se proporcionará a los padres el material para las escuelas o centros educativos. Este material consistirá en un tríptico psicoeducativo (anexo). sobre la comprensión de una quemadura, sus procedimientos de intervención y rehabilitación, los factores psicológicos influyentes y herramientas para poder apoyar al alumno/a en su reincorporación a clases. Se entregará también una carta firmada por la Clínica, en la que se indica que el paciente ha finalizado el protocolo de reinserción y puede regresar al centro educativo (anexo). Los padres, además de comprometerse a entregar dicho material en la escuela, deberán firmar de recibido el material (anexo).

Por último se entregarán las Escalas de Opinión sobre la Percepción a la Adaptación Escolar (anexo). Una de las escalas será para los padres, quienes deben realizarla de forma conjunta con base a su opinión sobre cómo perciben que su hijo/a se ha adaptado a la rutina y contexto educativo. La segunda escala está dirigida a los maestros, la cual tiene como propósito verificar el proceso de adaptación del niño/adolescente en la escuela.

AGENDA	TIEMPO	MATERIALES
Post-test	12 minutos	<i>Escala de Autoconcepto</i> de Piers-Harris adaptada por Casullo
Entrega y explicación de material para centro educativo	9 minutos	Tríptico psicoeducativo y Carta de finalización del proceso
Entrega y explicación de escalas	9 minutos	<i>Escalas de Opinión sobre la Percepción a la Adaptación Escolar</i> para padres y maestros
	Total: 30 min	

d. Percepción de adaptación escolar y cierre

a. Semana 7: Transición de Reinserción Escolar:

“Reincorporándome a mi escuela”

En esta semana los padres deben reincorporar a sus hijos a la escuela, entregando el material dirigido al centro educativo. Se proporciona este tiempo para que puedan llenar las escalas y aplicar las herramientas para apoyar la reinserción escolar y la transición de los niños o adolescentes.

b. Sesión 8: Devolución de escalas y cierre del proceso

“Finalizando la transición”

Tiempo: 30-45 minutos

En esta sesión tanto los padres o cuidadores primarios como el paciente deben llegar a la clínica. Dicha sesión, será una sesión grupal para dar el cierre al proceso. Los padres entregarán las escalas de percepción respondidas por ellos y los maestros. Además se hará, de forma simbólica, un acto de cierre y finalización del protocolo para indicar que el paciente está listo para continuar con sus actividades cotidianas, específicamente con su asistencia y desenvolvimiento en la escuela o centro educativo. Se les entregará un diploma (anexo). en el que se indica su participación en el proceso del programa psicológico. Posteriormente, de forma individual, se indicará a aquellos pacientes que requieran un seguimiento psicológico por otras áreas identificadas a lo largo de las intervenciones recibidas. Dichos pacientes se referirán a la Psicóloga de la Clínica de Quemaduras Infantiles para su seguimiento.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Bergamasco, E.C. *et al.* 2002. «Body image of patients with burns sequellae: evaluation through the critical incident technique». *Burns*, 28(2002): 47-52.
- Chen, Eric, D. Kakkad y J. Balzano. 2008. «Multicultural Competence and Evidence-Based Practice in Group Therapy». *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64(11): 1261-1278.
- Grau, C. 2001. «La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva» En La hospitalización: *un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada*. Perspectiva Educativa, págs. 167-181.
- Hattie, John. 1991. *Self-Concept*. Nueva York, Psychology Press. 320 págs.
- Hernández, Encarnación y J. Rabadán. 2013. «La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada» *Perspectiva Educativa*, 52(1): 167-181.
- Hewitt, Nohelia y C. Gantiva. 2009. «La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva». *Avances en psicología latinoamericana*, 27(1): 165-176
- Horridge, Gemma, K. Cohen, y S. Gaskell. 2010. «BurnEd: Parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education». *Burns*, 36(5): 630-638.
- Kearney, Christopher. 2007. «School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review». *Clinical Psychology Review*, 28(2008): 451-471.
- Lorentzen, S. y T. Ruud. 2014. «Group Therapy in public mental health services: approaches, patients and group therapists». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21: 219-225.
- Lyness, D'Arcy. 2015. Body Image and Self-Esteem. *Teens Health from Nemours*. [15/08/2018]
- MINEDUC. 2018. Mineduc Informativo Ignauración del Ciclo Escolar 2018, 110.
- Pan, Raquel, et al. 2017. «School reintegration of pediatric burn survivors: An integrative literature Review». *Burns*. 30(30): 1-18

Phoenix Society for Burn Survivors. 2013. The Journey Back: resources to assist school reentry after burn injury or traumatic loss. Revised Version II: 1-212

Robert, Rhonda, *et al.* 1999. «Disfiguring burn scars and adolescent self-esteem». *Burns*, 25(1999): 581-585.

Rosenberg, Laura, *et al.* 2018. «66 - Psychosocial Recovery and Reintegration of Patients With Burn Injuries» *Total Burn Care* 66(5):709-720.

Sandahl, Christer, *et al.* 2004. Matching group therapy to patients' needs. *Group Psychotherapy and Addiction*. Whurr Publishers Ltd, 42-58.

Santiso, Lourdes. 2017. Guía Básica del manejo de Quemaduras Pediátricas. Guatemala. 104 págs.

Santrock, John. 2006. *Psicología del Desarrollo. El Ciclo Vital*. Mc Graw Hill, España: 304-463.

Wisely, J. A., *et al.* 2007. «Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients ». *Burns*, 33(2007): 736-746.

Zamanzadeh, Vahid, *et al.* 2015. «Preserving Self-Concept in the Burn Survivors: a qualitative Study». *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2): 182-191.

IX. ANEXOS



REGISTRO DE DATOS DEMOGRÁFICOS Y MÉDICOS

1. Número de Expediente: _____
2. Fecha de Nacimiento: _____ 3. Edad: _____ 4. Género: M F
5. Agente Etiológico:
- | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Líquido Caliente | <input type="checkbox"/> | Eléctrica | <input type="checkbox"/> | Por contacto | <input type="checkbox"/> | Otros dx | <input type="checkbox"/> |
| Pólvora | <input type="checkbox"/> | Flama | <input type="checkbox"/> | Química | <input type="checkbox"/> | | |
6. %SCT y localización: _____
7. Fecha de quemadura: _____
8. Tiempo de hospitalización: _____
9. Grado escolar: _____ 10. Tipo de aula: Única Multiaula
11. Tipo de escuela: Rural Urbana
12. Nombre de Escuela o Centro Educativo: _____
13. Nombre de Director: _____
14. Informante: _____



Consentimiento Informado cuidadores primarios de menores de edad

Hemos identificado que el proceso de regresar a estudiar es complejo, tanto para usted como para su hijo(a), y queremos acompañar esta transición a través de un proceso de atención psicológica como parte del proceso de bienestar de los pacientes para la adaptación favorable a su ámbito escolar. Los derechos de cada niño y adolescente, son recibir educación, aprender, disfrutar y mantener su bienestar.

Por lo tanto, como parte de la atención de la Clínica de Quemaduras Infantiles, es importante que comprenda que le estaremos brindando a su hijo(a) intervenciones psicológicas dirigidas a la reinserción escolar. Si usted está de acuerdo en que trabajemos con su hijo(a), el/la menor de edad, deberá responder un cuestionario que evalúa su autoconcepto y acudir a cada una de las sesiones o citas semanales, en un período de 6-8 semanas. De la misma manera, usted como cuidador primario o principal encargado recibirá apoyo para adquirir herramientas que le faciliten el proceso de reinserción escolar, ya que usted forma parte de los factores que influyen en el proceso de bienestar. Por otra parte, se le pedirá que tanto usted como el centro educativo del niño respondan un cuestionario breve que brindará información valiosa para evaluar la adaptación escolar al finalizar este proceso.

Sabemos que el apoyo al agenciar la transición hacia la reinserción escolar entre el equipo multidisciplinario de este centro de salud con el centro educativo, brindando la información necesaria de los cuidados específicos del menor de edad, favorece también al paciente que ha sufrido de la quemadura, dándole la oportunidad de regresar a estudiar con facilidad y seguridad.

Por otro lado, se revisará el expediente para conocer la evolución de su proceso en la clínica. Se protegerá en todo momento la confidencialidad del caso; es decir que no se publicará o compartirá información que pueda exponer la identidad de los involucrados. El proceso no implica ningún riesgo directo para el menor de edad, ni para su integridad física ni psicológica.

Es importante que mantengan su compromiso ante este proceso para que se dé favorablemente.

Consentimiento Informado

Instrucciones: Escriba <i>SI</i> o <i>NO</i> en cada casilla de la derecha.		
1. He leído la hoja de información donde se explican los objetivos y actividades que realizaré como padre/madre o cuidador en este proceso de atención psicológica		
2. Sé que se protegerá en todo momento la confidencialidad de mi hijo/a.		
3. Estoy de acuerdo que mi hijo/a participe en las diferentes actividades diseñadas como parte del protocolo, que incluyen responder a diferentes cuestionarios y recibir un proceso de apoyo psicológico.		
4. Estoy enterado que como padre/madre o cuidador recibiré apoyo para adquirir herramientas que faciliten el proceso de reinserción escolar y también que se enviará un cuestionario al maestro del niño/a, el cual debo entregar a el/la terapeuta de la Clínica de Quemaduras Infantiles		
Asentimiento del menor de edad		
5. Mi hijo/ asiente (está de acuerdo) participar en las actividades que se realizarán		
Nombre y apellido del niño		Firma o nombre
Nombre del padre/madre o encargado	Fecha	Firma

Declaración de el/la terapeuta:

Confirmando que he explicado la naturaleza e implicaciones de este protocolo.

Nombre completo: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Guatemala, _____ de _____ de 20__

Señor/Señora:

Centro Educativo/Escuela:

Presente

Estimado Director/a,

La Clínica de Quemaduras Infantiles del Hospital Roosevelt, brinda atención especializada para abordar las quemaduras de forma integral, esto quiere decir que cada niño, niña y adolescentes recibe servicios de rehabilitación por especialistas quienes determinan el tratamiento necesario para prevenir o corregir las secuelas por las quemaduras. Dicha atención permite a los pacientes reincorporarse de manera adecuada y digna a la sociedad.

El paciente estará recibiendo intervenciones psicológicas dirigidas a la reinserción escolar posterior a su quemadura, con el objetivo de poder regresar a la escuela y adaptarse favorablemente al contexto social y académico. De la misma manera, los padres recibirán herramientas que les podrán comunicar a ustedes para la comprensión de los tratamientos recibidos. Al finalizar el proceso se estará enviando al centro educativo, una carta de finalización, así como también material psicoeducativo para los maestros sobre la adaptación escolar de un paciente con quemaduras. Se solicitará al maestro encargado llenar una breve escala que nos permitirá determinar el nivel de adaptación del estudiante. Esta escala será enviada con los padres del alumno/a.

Agradecemos desde ya todo su apoyo para el estudiante y sus padres. Estamos seguros que este proceso aportará a su bienestar.

Atentamente,

Clínica de Quemaduras Infantiles

NO.	NOMBRE DE PADRE O ENCARGADO	FRIMA DE RECIBIDO-carta de director
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		



ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS)

M.M. Casullo (adaptación)

FECHA:.....CÓDIGO:.....GÉNERO Y EDAD:..... GRADO ESCOLAR.....

Instrucciones: el terapeuta debe leer cada enunciado y marcar con una "X" la respuesta "SÍ" o "NO" del paciente.

1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	SI	NO
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SI	NO
3	ME CUESTA TENER AMIGOS	SI	NO
4	ESTOY TRISTE A MENUDO	SI	NO
5	SOY INTELIGENTE	SI	NO
6	SOY TÍMIDO/A	SI	NO
7	ME PONGO NERVIOSO CUANDO LA MAESTRA ME LLAMA	SI	NO
8	ME GUSTA LA PINTA QUE TENGO/CÓMO ME VEO	SI	NO
9	ME PORTO MAL EN LA ESCUELA	SI	NO
10	CUANDO SEA GRANDE, SERÉ UNA PERSONA IMPORTANTE EN LO QUE QUIERA HACER	SI	NO
11	CAIGO MAL A MIS COMPAÑEROS	SI	NO
12	ME PORTO MUY BIEN EN LA ESCUELA	SI	NO
13	CUANDO ALGO SALE MAL, GENERALMENTE ES POR MI CULPA	SI	NO
14	CAUSO PROBLEMAS EN MI FAMILIA	SI	NO
15	SOY FÍSICAMENTE FUERTE	SI	NO
16	TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
17	SOY ALGUIEN IMPORTANTE EN MI CASA	SI	NO
18	EN GENERAL HAGO LAS COSAS COMO YO QUIERO	SI	NO
19	SOY BUENO EN ACTIVIDADES MANUALES	SI	NO
20	ME DOY POR VENCIDO FÁCILMENTE	SI	NO
21	SOY BUENO EN MI TRABAJO ESCOLAR	SI	NO
22	HAGO MUCHAS COSAS MAL	SI	NO
23	PUEDO DIBUJAR BIEN	SI	NO
24	SOY BUENO EN MÚSICA	SI	NO
25	ME PORTO MAL EN CASA	SI	NO
26	SOY LENTO PARA TERMINAR MIS TAREAS EN LA ESCUELA	SI	NO
27	SOY ALGUIEN IMPORTANTE EN MI CLASE	SI	NO
28	SOY NERVIOSA/O	SI	NO
29	TENGO LINDOS OJOS	SI	NO
30	PUEDO DAR BUENAS LECCIONES CUANDO PASO AL FRENTE	SI	NO
31	EN LA ESCUELA, ME LA PASO DISTRAÍDO	SI	NO
32	MOLESTO A MIS HERMANOS	SI	NO
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SI	NO
34	A MENUDO ME METO EN PROBLEMAS	SI	NO
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	SI	NO
36	TENGO SUERTE	SI	NO
37	SOY BASTANTE INTRANQUILO	SI	NO
38	MIS PADRES ME EXIGEN MUCHO	SI	NO

39	ME GUSTA SER COMO SOY	SI	NO
40	ME SIENTO SOLO/A	SI	NO
41	TENGO LINDO PELO	SI	NO
42	ME OFREZCO A MENUDO PARA HACER TRABAJOS COMO VOLUNNTARIO EN LA ESCUELA	SI	NO
43	ME GUSTARÍA SER DIFERENTE	SI	NO
44	DUERMO BIEN DE NOCHE	SI	NO
45	ODIO IR A LA ESCUELA	SI	NO
46	SOY UNO DE LOS ÚLTIMOS PARA SER ELEGIDOS EN OS JUEGOS	SI	NO
47	ME ENFERMO MUY SEGUIO	SI	NO
48	A MENUDO MOLESTO A LOS DEMÁS	SI	NO
49	MIS COMPAÑEORS DE CLASE PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
50	SOY POCO FELIZ	SI	NO
51	TENGO MUCHOS AMIGOS	SI	NO
52	SOY ALEGRE	SI	NO
53	SOY TONTO/A	SI	NO
54	TENGO “PINTA”, LUZCO BIEN	SI	NO
55	HAGO LAS COSAS CON MUCHAS GANAS	SI	NO
56	ME PELEO CON FRECUENCIA	SI	NO
57	ME LLEVO BIEN CON LOS VARONES	SI	NO
58	LA GENTE OPINA MAL DE MÍ	SI	NO
59	MI FAMILIA ESTÁ DESILUSIONADA DE MÍ	SI	NO
60	TENGO UNA CARA AGRADABLE	SI	NO
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO, TODO PARECE SALIR MAL	SI	NO
62	ESTOY INCÓMODO EN CASA	SI	NO
63	SOY BUENO EN JUEGOS Y DEPORTES	SI	NO
64	SOY TORPE	SI	NO
65	ME GUSTA MÁS MIRAR QUE JUGAR, (EN LOS RECREOS O EN EL CLUB)	SI	NO
66	ME OLVIDO QUE APRENDO	SI	NO
67	TODOS SE LLEVAN BIEN CONMIGO	SI	NO
68	ME ENOJO FÁCILMENTE	SI	NO
69	ME LLEVO BIEN CON LAS CHICAS	SI	NO
70	LEO MUY BIEN	SI	NO
71	TRABAJO MEJOR SOLO QUE EN GRUPO	SI	NO
72	SIENTO UN GRAN CARÍÑO POR MI HERMANO/HERMANA	SI	NO
73	TENGO BUEN CUERPO	SI	NO
74	A MENUDO IENTO MIEDO	SI	NO
75	ESTOY SIEMPRE TIRANDO O ROMPIENDO COSAS	SI	NO
76	PUEDEN CONFIAR EN MI	SI	NO
77	ME SIENTO INFERIOR A OTROS CHICOS	SI	NO
78	TENGO MALO PENSAMIENTOS	SI	NO
79	LORO FÁCILMENTE	SI	NO
80	SOY UNA BUENA PERSONA	SI	NO

ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS)

M.M. Casullo (adaptación)

FECHA:.....CÓDIGO:..... GÉNERO Y EDAD: GRADO ESCOLAR.....

Instrucciones: el terapeuta debe leer cada enunciado y marcar con una "X" la respuesta "SI" o "NO" del paciente.

1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	SI	NO
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SI	NO
3	ME CUESTA TENER AMIGOS	SI	NO
4	ESTOY TRISTE A MENUDO	SI	NO
5	SOY INTELIGENTE	SI	NO
6	SOY TÍMIDO/A	SI	NO
7	ME PONGO NERVIOSO CUANDO LA MAESTRA ME LLAMA	SI	NO
8	ME GUSTA LA PINTA QUE TENGO	SI	NO
9	ME PORTO MAL EN LA ESCUELA	SI	NO
10	CUANDO SEA GRANDE, SERÉ UNA PERSONA IMPORTANTE EN LO QUE QUIERA HACER	SI	NO
11	CAIGO MAL A MIS COMPAÑEROS	SI	NO
12	ME PORTO MUY BIEN EN LA ESCUELA	SI	NO
13	CUANDO ALGO SALE MAL, GENERALMENTE ES POR MI CULPA	SI	NO
14	CAUSO PROBLEMAS EN MI FAMILIA	SI	NO
15	SOY FÍSICAMENTE FUERTE	SI	NO
16	TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
17	SOY ALGUIEN IMPORTANTE EN MI CASA	SI	NO
18	EN GENERAL HAGO LAS COSAS COMO YO QUIERO	SI	NO
19	SOY BUENO EN ACTIVIDADES MANUALES	SI	NO
20	ME DOY POR VENCIDO FÁCILMENTE	SI	NO
21	SOY BUENO EN MI TRABAJO ESCOLAR	SI	NO
22	HAGO MUCHAS COSAS MAL	SI	NO
23	PUEDO DIBUJAR BIEN	SI	NO
24	SOY BUENO EN MÚSICA	SI	NO
25	ME PORTO MAL EN CASA	SI	NO
26	SOY LENTO PARA TERMINAR MIS TAREAS EN LA ESCUELA	SI	NO
27	SOY ALGUIEN IMPORTANTE EN MI CLASE	SI	NO
28	SOY NERVIOSA/O	SI	NO
29	TENGO LINDOS OJOS	SI	NO
30	PUEDO DAR BUENAS LECCIONES CUANDO PASO AL FRENTE	SI	NO
31	EN LA ESCUELA, ME LA PASO DISTRAÍDO	SI	NO
32	MOLESTO A MIS HERMANOS	SI	NO
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SI	NO
34	A MENUDO ME METO EN PROBLEMAS	SI	NO
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	SI	NO
36	TENGO SUERTE	SI	NO
37	SOY BASTANTE INTRANQUILO	SI	NO
38	MIS PADRES ME EXIGEN MUCHO	SI	NO

39	ME GUSTA SER COMO SOY	SI	NO
40	ME SIENTO SOLO/A	SI	NO
41	TENGO LINDO PELO	SI	NO
42	ME OFREZCO A MENUDO PARA HACER TRABAJOS COMO VOLUNNTARIO EN LA ESCUELA	SI	NO
43	ME GUSTARÍA SER DIFERENTE	SI	NO
44	DUERMO BIEN DE NOCHE	SI	NO
45	ODIO IR A LA ESCUELA	SI	NO
46	SOY UNO DE LOS ÚLTIMOS PARA SER ELEGIDOS EN OS JUEGOS	SI	NO
47	ME ENFERMO MUY SEGUIO	SI	NO
48	A MENUDO MOLESTO A LOS DEMÁS	SI	NO
49	MIS COMPAÑEORS DE CLASE PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
50	SOY POCO FELIZ	SI	NO
51	TENGO MUCHOS AMIGOS	SI	NO
52	SOY ALEGRE	SI	NO
53	SOY TONTO/A	SI	NO
54	TENGO "PINTA", LUZCO BIEN	SI	NO
55	HAGO LAS COSAS CON MUCHAS GANAS	SI	NO
56	ME PELEO CON FRECUENCIA	SI	NO
57	ME LLEVO BIEN CON LOS VARONES	SI	NO
58	LA GENTE OPINA MAL DE MÍ	SI	NO
59	MI FAMILIA ESTÁ DESILUSIONADA DE MÍ	SI	NO
60	TENGO UNA CARA AGRADABLE	SI	NO
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO, TODO PARECE SALIR MAL	SI	NO
62	ESTOY INCÓMODO EN CASA	SI	NO
63	SOY BUENO EN JUEGOS Y DEPORTES	SI	NO
64	SOY TORPE	SI	NO
65	ME GUSTA MÁS MIRAR QUE JUGAR, (EN LOS RECREOS O EN EL CLUB)	SI	NO
66	ME OLVIDO QUE APRENDO	SI	NO
67	TODOS SE LLEVAN BIEN CONMIGO	SI	NO
68	ME ENOJO FÁCILMENTE	SI	NO
69	ME LLEVO BIEN CON LAS CHICAS	SI	NO
70	LEO MUY BIEN	SI	NO
71	TRABAJO MEJOR SOLO QUE EN GRUPO	SI	NO
72	SIENTO UN GRAN CARIÑO POR MI HERMANO/HERMANA	SI	NO
73	TENGO BUEN CUERPO	SI	NO
74	A MENUDO SIENTO MIEDO	SI	NO
75	ESTOY SIEMPRE TIRANDO O ROMPIENDO COSAS	SI	NO
76	PUEDEN CONFIAR EN MI	SI	NO
77	ME SIENTO INFERIOR A OTROS CHICOS	SI	NO
78	TENGO MALOS PENSAMIENTOS	SI	NO
79	LORO FÁCILMENTE	SI	NO
80	SOY UNA BUENA PERSONA	SI	NO

DIMENSIÓN	COLOR	DIMENSIÓN	COLOR
Comportamiento		Falta de Ansiedad	
Status intelectual		Popularidad	
Imagen Corporal		Bienestar-Satisfacción (autoestima)	

Este material es exclusivo para el protocolo "Reinserción escolar de pacientes pediátricos con quemaduras"
 Elaborado por: Ana Paulina Manzo Caballeros, 2018
 Universidad del Valle de Guatemala



ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS)

Baremos para primaria-Población Chilena

M.M. Casullo (adaptación)

COMPORTAMIENTO

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
9	5	98	5
12	15	11	10
13	25	12	15
14	35	13	20
15	50	14	30
16	60	15	35
17	70	16	50
18	90	17	65
		18	85

FALTA DE ANSIEDAD

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
5	5	3	5
6	10	4	10
7	15	5	20
8	25	6	25
9	35	7	50
10	50	8	60
11	70	9	70
12	90	10	80
		11	95

STATUS INTELECTUAL

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
8	5	6	5
10	10	8	10
11	15	9	15
12	20	10	25
13	25	11	30
14	35	12	35
15	50	13	40
16	65	14	50
17	75	15	60
18	95	16	70
		17	85
		18	95

POPULARIDAD

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
5	5	4	5
6	10	6	10
7	15	7	15
8	25	8	20
9	35	9	25
10	50	10	40
11	70	11	50
12	90	12	75
			99

IMAGEN CORPORAL

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
4	5	4	5
6	10	5	10
8	20	6	15
9	25	7	25
10	40	8	35
11	50	9	40
12	75	10	50
		11	70
		12	90

BIENESTAR – SATISFACCIÓN (AUTOESTIMA)

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
4	5	5	5
6	25	6	10
7	40	7	25
8	50	8	50
9	70	9	70
		9	75
		9	99

AUTOCONCEPTO GLOBAL

NIVEL	1º-3º	NIVEL	4º-6º
P.D.	P.C.	P.D.	P.C.
41	5	42	5
49	10	45	10
52	15	49	15
54	20	52	20
57	25	54.5	25
59	30	57	30
60	35	59	35
61	40	60	40
63	45	62	45
64	50	64	50
66	55	65	55
67	60	66	60
68	65	67	65
70	70	69	70
71	75	70	75
72	80	71	80
74	85	72	85
75	90	73.4	90
76	95	75	95
77	97	76	97
77.5	99	78.9	99



HOJA DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS) M.M. Casullo (adaptación)

FECHA:.....CÓDIGO:..... GÉNERO Y EDAD: GRADO ESCOLAR.....

- P.D.** Puntuación directa (suma de las respuestas que coinciden con la plantilla de corrección).
P.C. Puntuación centil (lugar que ocupa la puntuación, dada en una escala de 5 a 99, según el baremo de cada nivel; indica el porcentaje de sujetos que se encuentran por debajo de la puntuación directa correspondiente: la Puntuación centil 35 indicaría que el alum/a tiene por debajo al 35% de los sujetos de su nivel y el 65% estaría por encima).

DIMENSIONES	P.D.	P.C.
Comportamiento		
Status Intelectual		
Imagen corporal		
Falta de Ansiedad		
Popularidad		
Bienestar-Satisfacción (autoestima)		
Autoconcepto global		

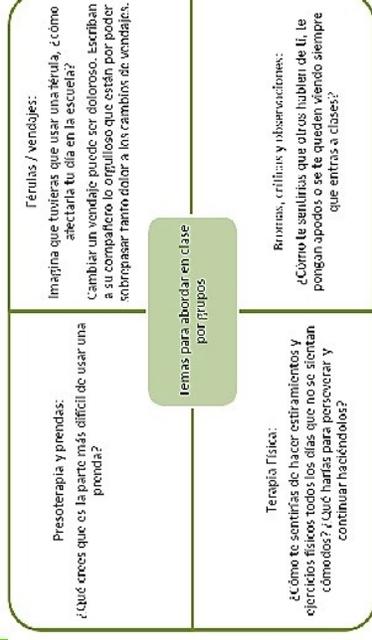
Observaciones:

Reinserción Escolar de Pacientes Pediátricos con Quemaduras

- Conozca los efectos secundarios de los medicamentos para comprender los comportamientos.
- Tome en cuenta que las quemaduras grandes o extensas (mayores al 40% de la superficie corporal total) implican que el metabolismo del cuerpo responda más rápido por lo que el niño o adolescente tiende a cansarse más y puede tener problemas de concentración o aprendizaje cuando estén muy cansados.

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013)

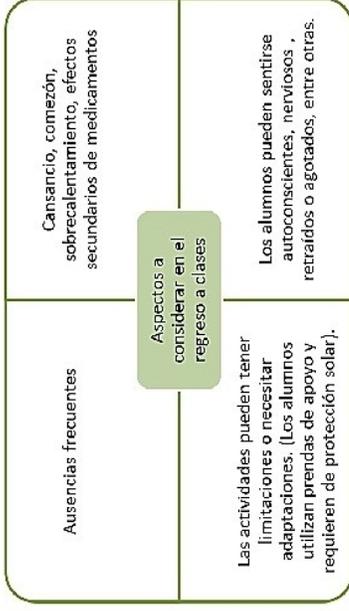
Actividad sugerida: elaboración de temas



La herramienta principal

¿Cómo puede ayudar?

- Involúcrese durante el tratamiento, estando pendiente sobre el progreso de su alumno en el proceso de recuperación
- Prepárese para poder modelar un comportamiento positivo para facilitar el manejo de bromas y promover interacciones positivas e inclusivas dentro de un ambiente de aceptación.
- Sea flexible dentro de la estructura y rutina de la escuela brindando tiempos y ritmos en los que su alumno se sienta seguro e integrado.
- Fomente la independencia, dándole el control al estudiante siempre que sea posible; esto ayudará a que aumente su autoestima.
- Reaccione de forma calmada, valide las emociones de su alumno/a y opte por una actitud de aceptación, enseñando al estudiante cómo manejar sus comportamientos y reacciones inapropiadas.
- Acomode al estudiante dentro del salón de clases según sus necesidades físicas y de salud y sea flexible con el uso de uniforme o prenda adicional requerida para el tratamiento.



Si tiene preguntas o alguna preocupación...

- Acuda a la familia por información o permisos para contactar a la clínica o el equipo de cuidados médicos o rehabilitación.

Guía para maestros

Material Psicoeducativo

- Comprendiendo una quemadura
- Recuperación y rehabilitación
- Transición de regreso a clases
- El rol del maestro
- La herramienta principal

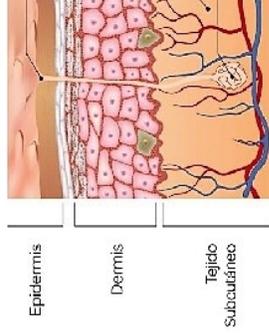
Esta guía breve tiene como objetivo apoyar la transición de su alumno/a de regreso a clases después de una quemadura.

Referencias

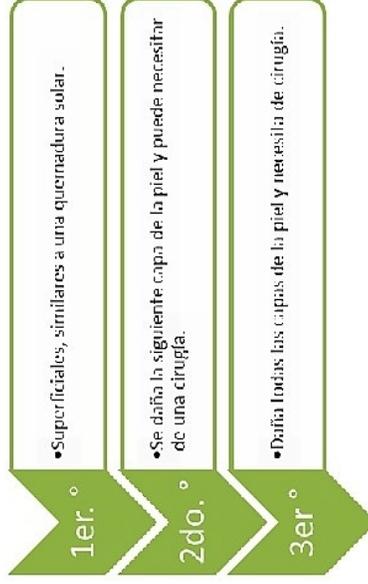
- Phoenix Society for Burn Survivors. 2013. The Journey Back: resources to assist school reentry after burn injury or traumatic loss. Revised Version II: 1-212
- Santiso, Lourdes. 2017. Guía Básica del manejo de Quemaduras Pediátricas. Guatemala. 104 págs.

Comprendiendo una quemadura

La piel está compuesta por dos capas: la epidermis (capa superficial) y la dermis (capa más profunda). Posee cuatro funciones cruciales para la vida: protección de infecciones, prevención de la pérdida de fluidos, regulación de la temperatura corporal y el contacto sensorial con el medio ambiente (Santiso, 2017).



Tipos de quemaduras



Agentes causales de una quemadura según Santiso (2017):

Líquidos calientes	Fuego	Fuegos pirrotécnicos (pólvora)
Por contacto (de objetos calientes)	Eléctricas	Químicas
	Otras causas (lesiones por fricción)	

Procedimientos e intervenciones médicas que vive un paciente con quemaduras



INJERTOS:

La piel dañada se reemplaza con la cirugía y se toma piel sana de otra área del cuerpo, colocándola sobre el área dañada para promover su sanación y curación.

- A. Injertos de piel son sanos y vivos pero la piel puede hincharse al crecer.
- B. Injertos de malla: parecen redes.



LIBERACIÓN DE CICATRICES:

Cuando una cicatriz se tensa o se contrae, se hace una cirugía que se llama liberación. Se colocan expansiones de tejidos sobre la piel para estirla.

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013)

Recuperación y rehabilitación

Una recuperación de quemadura requiere de muchas terapias y procedimientos de rehabilitación

- Las terapias proveen oportunidades para una **sanación óptima**.
- Las cicatrices sanan de forma diferente en cada individuo.
- Terapias físicas y ocupacionales** ayudan a restaurar el movimiento y las actividades cotidianas.
- Se asignarán **ejercicios** según se necesite.
- Se utilizan prendas de **presoterapia**, si es necesario, las cuales ayudan a que la piel se mantenga plana y presionada.
- Deberán asistir a **consultas de seguimiento a la clínica**.

El cuidado psicossocial

El niño o adolescente y su familia pueden tener algún trauma o culpa después de una quemadura. Es importante cuidar la salud emocional del niño o adolescente ya que puede manifestar diversas reacciones y síntomas con el paso del tiempo. Estos cuidados se deben dar a toda la familia.

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013)

Transición de regreso a clases

Saliendo del hospital y regresando a clases

- Esta situación puede traer emociones diversas en el niño/adolescente y su familia.
- Restablecer las relaciones con sus compañeros es una parte significativa en esta etapa, porque les ayudará en su desarrollo social y emocional sano y forma parte de su bienestar integral.

Los objetivos de un programa de reinserción

Apoyar la transición de regreso a clases

Empoderar al estudiante

Informar adecuadamente sobre la historia y apariencia del estudiante

Promover la empatía y tolerancia a las diferencias corporales

Proporcionar material psicoeducativo a padres y maestros

Brindar herramientas al niño o adolescente para tener una adaptación positiva y una socialización adecuada

(Phoenix Society for Burn Survivors, 2013)

El rol del maestro

- Alentar comportamientos de apoyo y aceptación sin favoritismos.
- Modelar cómo establecer límites y cómo hablar sobre su quemadura a sus compañeros.
- Utilizar actividades y herramientas para educar a los estudiantes sobre una quemadura y su recuperación.
- Mantenerse en contacto y comunicación constante con la familia para monitorear la salud física, social y emocional del alumno.
- No se debe justificar con la quemadura, las actividades escolares del estudiante. Es decir, no debe evitarlas sino buscar realizarlas de forma independiente, siendo flexible, para que pueda reincorporarse a la rutina.



Guatemala, _____ de _____ de 20__

Señor/Señora:

Centro Educativo/Escuela:

Presente

Estimado Director/a,

El paciente _____ estuvo recibiendo intervenciones psicológicas como parte del protocolo de *Reinserción escolar para pacientes pediátricos con quemaduras* en el cual se trabajaron los temas de: autoconcepto, imagen corporal, autoestima y la adaptación escolar. Tal y como se les informó desde un inicio, el motivo de esta carta es para informarles que el proceso psicoterapéutico está por concluir, y el alumno/a se encuentra preparado para reincorporarse a sus clases regulares, por lo que solicitamos del apoyo del centro educativo y los maestros para que esta transición se dé favorablemente.

Junto a esta carta se está enviando el material psicoeducativo dirigido a los maestros sobre la comprensión de una quemadura y cómo abordar la situación desde el salón de clases para que este sea implementado, ya que favorecerá la adaptación escolar. Además se les adjunta una breve escala que debe ser llenada por el/la maestra encargada ya que esta escala nos permitirá determinar el nivel de adaptación del estudiante según su percepción.

Les solicitamos entregar la escala a los padres del alumno/a lo más pronto posible ya que ellos deben regresarla a la Clínica.

Agradecemos nuevamente todo su apoyo para el estudiante y sus padres, pues estamos seguros que este proceso está aportando a su bienestar.

Atentamente,

Clínica de Quemaduras Infantiles

NO.	NOMBRE DE PADRE O ENCARGADO	FRIMA DE RECIBIDO-carta de finalización
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para **Padres**

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados relacionados a la conducta adaptativa en el hogar de su hijo/a. Para cada enunciado, marque con una “X” si la conducta se muestra: siempre, la mayoría de veces, algunas veces, pocas veces o nunca.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Busca conversar con sus familiares, expresándose con facilidad	1	2	3	4	5
2. Pide ayuda cuando lo necesita	1	2	3	4	5
3. Sigue instrucciones para llevar a cabo lo que se le pide	1	2	3	4	5
4. Completa tareas rutinarias en casa de forma responsable	1	2	3	4	5
5. Cuida de sí mismo(a) siendo precavido(a)	1	2	3	4	5
6. Inicia juegos o actividades con sus familiares	1	2	3	4	5
7. Tiene buenas relaciones con sus padres o cuidadores	1	2	3	4	5
8. Demuestra autonomía e independencia	1	2	3	4	5
9. Mantiene una actitud positiva al desenvolverse en casa	1	2	3	4	5
10. Demuestra seguridad en sí mismo(a)	1	2	3	4	5

Escala de Opinión de la Percepción a la Adaptación Escolar para **Maestros**

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados relacionados a la conducta adaptativa en la escuela de su alumno/a. Para cada enunciado, marque con una “X” si la conducta se muestra: siempre, la mayoría de veces, algunas veces, pocas veces o nunca.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1. Busca conversar con sus compañeros y maestros, expresándose con facilidad	1	2	3	4	5
2. Pide ayuda cuando lo necesita	1	2	3	4	5
3. Sigue instrucciones para llevar a cabo lo que se le pide	1	2	3	4	5
4. Completa tareas rutinarias de forma responsable	1	2	3	4	5
5. Cuida de sí mismo(a) siendo precavido(a)	1	2	3	4	5
6. Inicia juegos o actividades con otros	1	2	3	4	5
7. Tiene buenas relaciones con sus autoridades	1	2	3	4	5
8. Demuestra autonomía e independencia	1	2	3	4	5
9. Mantiene una actitud positiva al desenvolverse	1	2	3	4	5
10. Demuestra seguridad en sí mismo(a)	1	2	3	4	5



Universidad del Valle de Guatemala y Clínica de Quemaduras Infantiles

Otorgan el siguiente diploma a:

Por su participación en el programa psicológico:

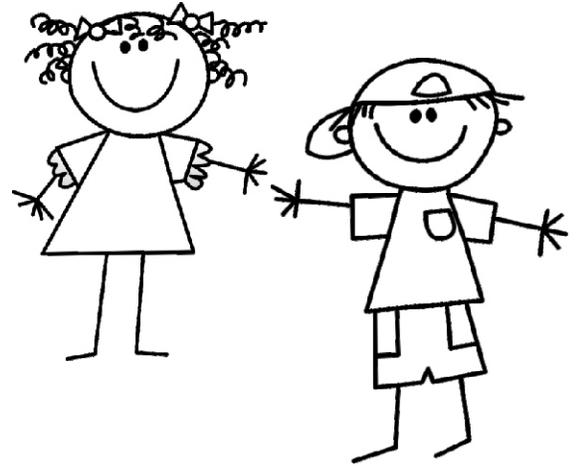
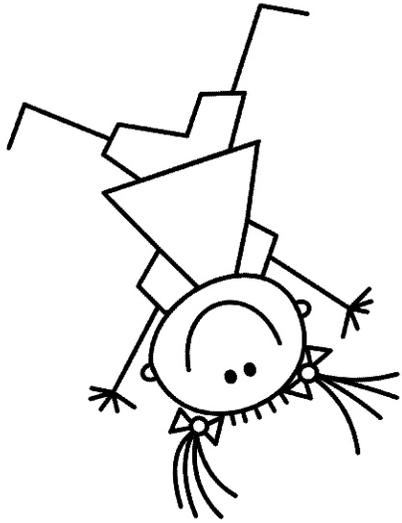
"Reinserción Escolar de Pacientes Pediátricos con Quemaduras"

Guatemala, _____ 20 _____



CIPA UVG | UNIVERSIDAD
DEL VALLE
DE GUATEMALA





Elaborado por:
Ana Paulina Manzo Caballeros

Bajo la asesoría de:
PhD. Claudia García de la Cadena
Universidad del Valle de Guatemala

Lic. Ana Lucía Arévalo
Psicóloga Clínica de Quemaduras Infantiles

Guatemala, 2018

