

# CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES SUPERVIVIENTES DE QUEMADURAS, UN ESTUDIO PRELIMINAR

## POST-TRAUMATIC GROWTH IN BURN SURVIVOR PATIENTS, A PRELIMINARY STUDY

FRANCISCO JOSÉ EIROA-OROSA<sup>1,2</sup>

RUTH TASQUÉ-CEBRIÁN<sup>1</sup>

SARA FIDEL-KINORI<sup>1</sup>

ANNA GIANNONI-PASTOR<sup>1,3</sup>

JOSÉ MARÍA ARGÜELLO-ALONSO<sup>1,2</sup>

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, CIBERSAM,  
Universitat Autònoma de Barcelona.  
[franciscojose.eiroa@uab.cat](mailto:franciscojose.eiroa@uab.cat)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Eiroa-Orosa, F. J., Tasqué Cebrián, R., Fidel Kinori, S. G., Giannoni-Pastor, A. y Argüello Alonso, J. M. (2012). Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar. *Acción Psicológica*, 9(2), 47-58 doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4103>

### Resumen

Se presentan los resultados preliminares de un estudio sobre crecimiento postraumático en pacientes incluidos en el proyecto de investigación Fenix II desarrollado en la unidad de quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron, centro de referencia para Cataluña e Islas Baleares. Para el estudio se utilizaron las narrativas de los pacientes tanto hospitalizados como en tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico ambulatorio después del alta. Tomando como base el Inventario de Crecimiento Postraumático (Tedeschi y Calhoun, 1996), se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal del servicio de psiquiatría que trabaja en la unidad de quemados, complementado con narrativas de los

propios pacientes durante el ingreso y los primeros meses de seguimiento (hasta 6 meses después de la quemadura). Los resultados muestran que mientras que son pocos los pacientes que plantean cambios sustanciales en las dimensiones de *Sentido de la Vida* y *Creencias* en esta etapa de recuperación, son muchos los pacientes que reportan la importancia de la *Relación con los Otros* y *demás aspectos relacionados con la empatía y el apoyo social*. Aunque durante el ingreso los datos no son concluyentes, muchos pacientes reportan mejoras en la *Percepción de sí mismos en la fase de seguimiento*. La fase de la convalecencia en la que se han recogido los datos parece demasiado temprana como para evaluar *Cambios en la Vida*.

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBERSAM, Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>2</sup> Departament de Psiquiatría i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>3</sup> Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Palabras clave:** pacientes quemados, crecimiento postraumático, creencias básicas, estudio cualitativo.

### Abstract

We present the preliminary results of a study on posttraumatic growth in patients included in the Fenix II research project developed in the Burns Unit of the University Hospital Vall d'Hebron, reference center for Catalonia and the Balearic Islands. For the study we used the narratives of patients in both inpatient and outpatient psychiatric and psychotherapy treatment after discharge. Based on the Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996), semi-structured interviews were conducted with the Psychiatry Department staff working in the burn unit. This information was completed with narratives of patients during admission and early follow-up (up to 6 months after the burn). The results show that while few patients posed substantial changes in the dimensions of Meaning of Life and Beliefs in this stage of recovery, many patients reported the importance of the Relationship with Others and aspects such as Empathy and Social Support. Although during hospitalization data is inconclusive, many patients report improvements in the perception of themselves in the monitoring phase. The convalescence phase in which data were collected, seems too early to assess global Changes in Life.

**Keywords:** burn patients, posttraumatic growth, basic beliefs, qualitative study.

### Introducción

Ya Viktor Frankl habló de la oportunidad que proporcionan las crisis para reevaluar lo que ha sido la vida hasta ahora y buscar un nuevo sentido a la existencia (Frankl, 1990; Frankl, Kopplhuber, Herrero, y Freire, 2004). En el modelo concreto de Frankl se trabaja de manera intensa el concepto de sufrimiento. Éste es visto como un fin en sí mismo y como un camino de superación. Junto a esto, apare-

ce la necesidad de dotar a la vida de un sentido superior (en su caso cristiano, pero no necesariamente, según el propio Frankl).

Ya en la década de los 90, Tedeschi y Calhoun (1996) desarrollaron el concepto de crecimiento postraumático a través de una extensa revisión de la literatura. Estos autores dividen el concepto de crecimiento postraumático en tres bloques principales: (a) *cambios en la percepción que se tiene de uno mismo*: sentirse más fuerte, más reafirmado en uno mismo, con más experiencia y más capacidad para afrontar dificultades futuras; (b) *cambios en las relaciones interpersonales*: se describen casos en los que familias se ha unido más alrededor de una desgracia. La muerte de un familiar, por ejemplo, puede hacer recapacitar sobre el tiempo que se dedica a estar juntos. Por otro lado la necesidad de compartir lo ocurrido, de discutirlo y buscarle explicación puede llevar también a algunas personas a abrirse más y a compartir sentimientos, a aceptar la ayuda de los demás o a utilizar más el apoyo social; y (c) *cambios en la filosofía de la vida*: se aprecia más lo que se tiene, se valora más los detalles. Un porcentaje importante de personas tras un hecho traumático cambia su escala de valores, prioriza otros aspectos tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las pequeñas cosas. Aunque algunas personas sienten que sus creencias religiosas se quiebran, para otras supone un redescubrimiento o un refuerzo de su fe, lo que a su vez puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismo y de la sensación de control y de sentido de la vida.

A partir de esta revisión Tedeschi y Calhoun elaboran un cuestionario que consta de las siguientes dimensiones: (I) Relación con los otros; (II) Nuevas posibilidades; (III) Fortaleza personal; (IV) Cambio espiritual; y (V) Apreciación de la vida

Utilizando la escala creada por Tedeschi y Calhoun se han realizado decenas de estudios que han demostrado que existe un gran porcentaje de personas que pueden experimentar un crecimiento en forma de mayor madurez en su modo de ver el mundo y la relación con

los demás y si mismos aún presentando elevada intensidad de sintomatología postraumática (Calhoun y Tedeschi, 1998). De hecho se ha encontrado una relación curvilínea entre la intensidad del trauma y el crecimiento: un trauma demasiado leve puede no poner en duda las estructuras necesarias para iniciar el planteamiento filosófico necesario y un trauma demasiado grande podría suponer la destrucción de asunciones básicas que bloquearían el crecimiento (Askay y Magyar-Russell, 2009; Fontana y Rosenheck, 1998). Serían los elementos subjetivos, cómo la falta de control percibido (indefensión) durante el evento, lo que influiría más en la posibilidad de que haya crecimiento (Linley y Joseph, 2004).

Pérez-Sales (2006) ha desarrollado una propuesta de psicoterapia basada en las fortalezas y, en una fase más avanzada de la terapia, en el crecimiento. Para este autor, la psicoterapia del trauma debe estar basada en la potenciación de las fortalezas y la resistencia del paciente ante la adversidad más que en el simple alivio sintomático. Recientemente, su equipo de investigación ha publicado un instrumento, el cuestionario VIVO (Pérez-Sales et al., 2012; disponible en <http://psicosocial.info>), que permite estructurar el proceso psicoterapéutico desde un punto de vista de resistencia y crecimiento.

### **Contexto clínico: pacientes supervivientes de quemaduras**

Desde hace unas dos décadas, las técnicas y cuidados de los profesionales en las unidades de quemados han mejorado notablemente y tanto las tasas de mortalidad como el tiempo requerido de hospitalización han disminuido de forma significativa. El grado de especialización de los técnicos y el trabajo multidisciplinar que se lleva a cabo lo ha favorecido. Aun así, el paciente quemado sufre un acontecimiento que en distinto grado atenta contra su vida. Por si esto no fuera poco, esto implica además vivir un trauma prolongado, ya que debe recibir curas dolorosas y a menudo complicadas intervenciones quirúrgicas durante el tiempo que está ingresado que, en los casos

más graves, puede llegar a la amputación. Además, habitualmente es un proceso largo de recuperación, a nivel médico y fisioterapéutico, que supone varios meses de rehabilitación y curas, para conseguir flexibilizar la nueva piel que se regenera. Si no hay una mejoría suficiente, puede requerir de más intervenciones, incluso años después del ingreso. A nivel estético también puede conllevar un efecto adverso. Adaptarse a las cicatrices, especialmente en zonas del cuerpo muy visibles y superar las barreras sociales y laborales con las que se encuentran cuando intentan recuperar sus actividades previas a la lesión, forman parte de algunos de los obstáculos con los que los pacientes se pueden encontrar. Además del propio proceso de aceptación de los cambios en la imagen corporal.

En ciertas ocasiones, las secuelas pueden llegar a cronificarse y los pacientes no pueden recuperar su trabajo o actividad anterior, pudiendo incluso llegar a convertirse en personas altamente dependientes. Todas estas características, hacen de la población quemada un colectivo con características muy peculiares y con un alto riesgo de vulnerabilidad, que afecta no solo a los propios supervivientes sino también a su entorno más directo.

Pero, por otra parte, gran número de estos pacientes buscan una normalización de sus condiciones vitales, buscando la visualización de su persona y desarrollando nuevas estrategias o potenciando las previas, para adaptarse a las nuevas circunstancias que el accidente ha inducido en sus vidas.

En el estudio que nos disponemos a presentar se trata de explorar si estos cambios se producen del mismo modo en pacientes afectados por quemaduras. Hasta el momento se han realizado tan solo dos estudios sobre crecimiento postraumático en unidades de quemados. En el primer trabajo, Rosenbach y Babbette (2008) realizan un estudio con 149 pacientes utilizando la escala de Tedeschi y Calhoun hallando crecimiento significativo en las subescalas (por este orden) de apreciación de la vida, relación con los otros y fortaleza personal. Niveles más bajos se observaron con

las subescalas de nuevas posibilidades y cambio espiritual. El afrontamiento activo se mostró como el mejor predictor seguido de apoyo social y género femenino. En el segundo trabajo, Zhai, Liu, Wu y Jiang (2010) llevan a cabo un estudio fenomenológico a través de metodología cualitativa con diez pacientes. Describen en primer lugar el proceso por el que se lleva a cabo el crecimiento postraumático: (a) *Estilo efectivo de afrontamiento*: proceso por el que se encuentra una salida al estrés derivado de los sentimientos y sensaciones negativas; (b) *Reencuentro con otros significativos*; (c) *Creación de significado*: proceso por el cual se busca sentido al sufrimiento; (d) *Mejora de la auto-eficacia*: al sentirse capaces de mejorar, ver a compañeros más graves que se recuperan y sentirse persuadidos por otras personas. Posteriormente explican la presentación del crecimiento postraumático en estos pacientes. Se da sobre todo (en este orden) en los campos de fortaleza personal (90%), nueva filosofía de vida (70%), compartir con otros significativos (50%), altruismo con otras personas que sufren (50%) y en menor grado, espiritualidad (solo un participante).

Durante un periodo de dos años se ha desarrollado el estudio Fenix II, que pretende medir de manera longitudinal la aparición de reacciones postraumáticas y psicopatología en pacientes adultos quemados. Como parte de este estudio se ha decidido proponer la idoneidad de medir el crecimiento postraumático a los dos años.

El objetivo de este estudio es hacer un análisis exploratorio de las narrativas de crecimiento y su ajuste al modelo de Tedeschi y Calhoun en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

## Método

### Participantes

La muestra en la que se basa este estudio incluye pacientes adultos quemados (de entre 18 y 75 años), con un nivel de compren-

sión del castellano adecuado y sin ninguna patología cerebral incapacitante, ingresados a lo largo de los últimos tres años en la Unidad Especializada de Quemados (UEQ) del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron de Barcelona. Esta UEQ es una de las más importantes del país, (en el estado español existen siete, de diversa complejidad). Anualmente recibe unos 800 pacientes, pero sólo 400 de estos cumplen con los criterios de ingreso. Es centro de referencia para Cataluña, Baleares y Andorra.

En el estudio final se incluyeron las narrativas de 183 pacientes. La edad media de los participantes fue 41.14 (DT = 14.13), el 29% eran mujeres, el 68.3% tenían pareja, el 55.7% tenía al menos estudios secundarios y el mismo porcentaje se considera activo, pero el 23% estaban en riesgo de exclusión social.

Este tipo de pacientes sufren todo tipo de heridas en la piel: diferentes grados de profundidad (2.º, 2.º profundo y 3.º grado) y extensión (superficie del cuerpo quemada), la etiología y mecanismo de la lesión (fuego, escaldaduras, ácidos, electricidad, entre otros), por tanto hay una elevada heterogeneidad en la muestra. Además incluye personas de ambos sexos, con diversidad de edades, de nacionalidades, de nivel socio-económico y de etnias/culturas.

## Procedimiento

Como estudio preliminar se han recogido de manera sistemática las verbalizaciones y narrativas de crecimiento de los pacientes a lo largo del estudio, así como también de su entorno de familiares más cercanos y/o cuidadores. Estas narrativas fueron recogidas durante los dos años de estudio por los cuatro profesionales incluidos en el estudio siguiendo el esquema del cuestionario de crecimiento postraumático de Tedeschi y Calhoun (1996). Los profesionales fueron apuntando en las hojas de recogida de datos del estudio las narrativas que encajaban con alguna de las cinco dimensiones del cuestionario.

Después de esta recogida sistemática, se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas a los componentes del equipo de interconsulta de la UEQ por un entrevistador independiente. Las entrevistas estuvieron también basadas en el Inventario de Crecimiento Post-traumático (Tedeschi y Calhoun, 1996). En esta entrevista, se recogieron ejemplos de narrativas de los pacientes e impresiones de los profesionales. Para medir la fiabilidad inter-jueces, se midió con una escala Likert de cinco puntos la frecuencia con la que se registran y la intensidad con la que se presentan estas narrativas.

### Análisis de datos

Se realizaron dos análisis, cuantitativo y cualitativo para los dos tipos de información recogida.

En cuanto a los datos cuantitativos extraídos de las entrevistas con los profesionales en términos de frecuencia e intensidad de las narrativas de los pacientes, siguiendo el esquema del cuestionario de Tedeschi y Calhoun se calcularon las subescalas y se sometió la puntuación de los ítems a estudio de fiabilidad inter-jueces a través de correlaciones intraclase.

Por otro lado, las narrativas recogidas se clasificaron según los ítems y las subescalas del instrumento y, a través de la entrevista a los profesionales se analizó el significado de

estas narrativas en el proceso de recuperación a través de un análisis del contenido.

## Resultados

### Fiabilidad inter-jueces

Los índices de correlación intraclase de medidas medias (calculados dos a dos entre los terapeutas) fueron en general moderados (tabla 1).

Como se puede ver, solo resultaron significativas las correlaciones intraclase entre los dos primeros terapeutas y entre la primera terapeuta y la tercera.

Los cuatro profesionales mostraron un alto nivel de acuerdo en casi todas las dimensiones como se puede ver en la figura 1. Nótese que los dos primeros profesionales se dedican a la recogida de datos epidemiológicos, mientras que los dos segundos lo hacen en la vertiente clínico-asistencial. Aunque no se pudieron hacer cálculos estadísticos para calcular las diferencias de las puntuaciones por subescalas al contar solo con cuatro terapeutas, una observación de la figura nos hace notar que las únicas incoherencias importantes se detectaron en las dimensiones de fortaleza personal y cambios espirituales. Se profundizó en estas diferencias en el análisis cualitativo. Las posibles causas de estas incongruencias se plantean posteriormente en la discusión.

Tabla 1

*Correlaciones intraclase de medidas medias entre los terapeutas*

Terapeuta	1	2	3	4
1	1	0,451 (p > 0.05)	0.087 (p = 0.386)	0.372 (p = 0.70)
2		1	0.559 (p > 0.005)	0.339 (p = 0.094)
3			1	0.400 (p = 0.53)
4				1



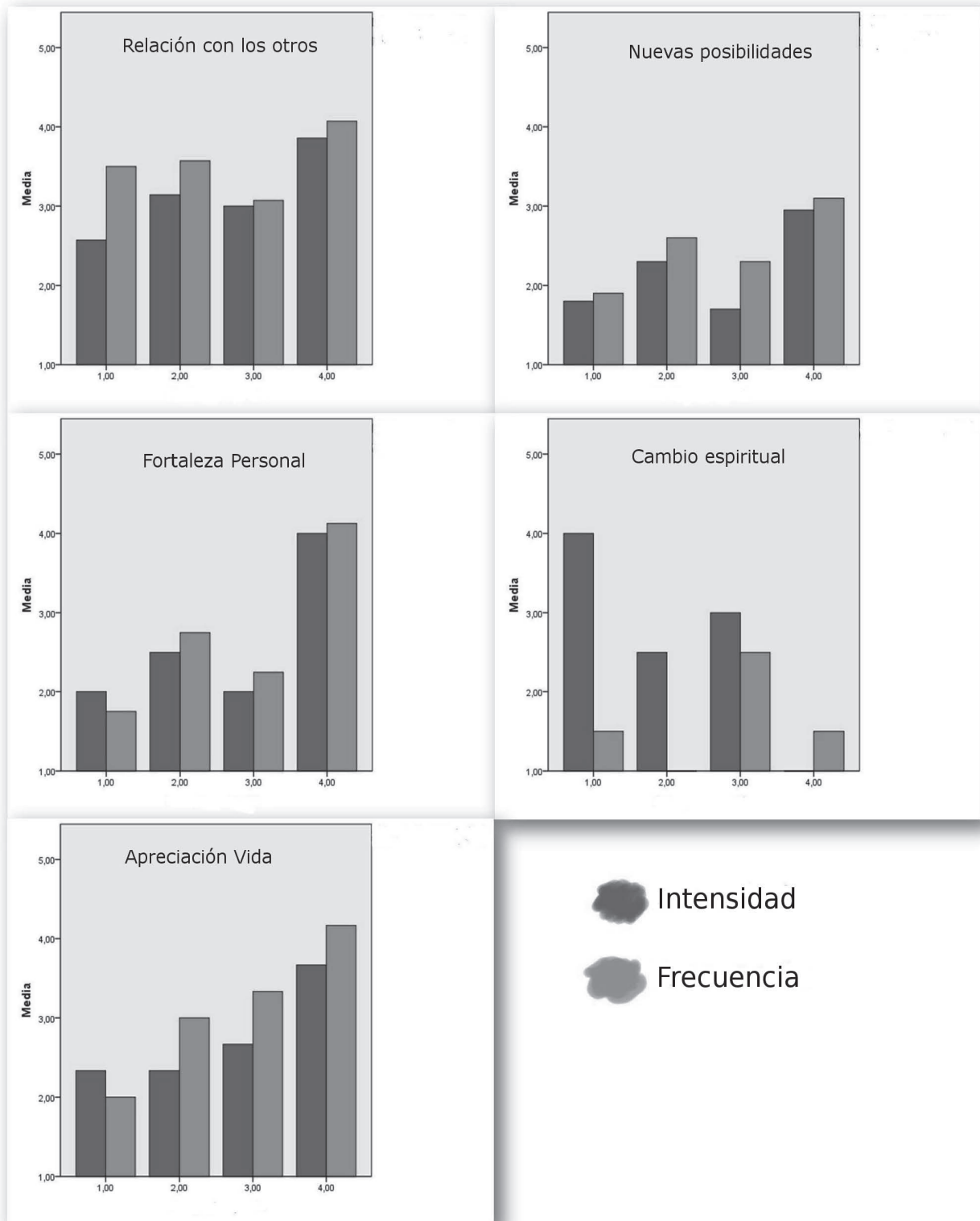


Figura 1. Puntuaciones en las cinco dimensiones de Crecimiento Posttraumático

## Análisis de las narrativas

### (I) Relación con los otros

*Ítem 6: Veo de manera más clara que puedo contar con la gente en momentos de crisis.*

Los pacientes que han experimentado mejoras con la relación con los demás a través de la quemadura narran sobre todo el apoyo que han sentido durante el tratamiento y la recuperación.

*«Gente que no me imaginaba me viene a ver»*

*«Estos días que me doy cuenta de que la gente me aprecia, me valora»*

Suelen quedar con una impresión muy positiva de los profesionales.

También hay casos negativos. Las decepciones suelen ser con los hijos que no acuden y sobre todo cuando la quemadura ha sido autoinfligida:

*«En todo el tiempo que llevo ingresado solo ha venido...» «Siempre la está liando, no lo voy a ir a ver»*

*Ítem 8. Tengo un mayor sentido de cercanía hacia los demás/ 15. Tengo más sentimientos de compasión hacia los demás (se produce bastante solapamiento entre ellos).*

Frente al alejamiento, incompreensión y el distanciamiento; se producen procesos de empatía hacia otras personas que sufren, sobre todo con otros quemados (compañeros ingresados) y especialmente con niños.

*«Esto debe doler mucho a un niño»*

*«Cuando veo a ese que está peor que yo...»*

Algunos participan en grupos de ayuda a quemados.

*Ítem 9. Estoy más dispuesto a expresar mis sentimientos.*

Aunque hay casos de anestesia emocional continuada, cuando están ingresados muchos se permiten ser más niños, más vulne-

rables, lloran, etc. Echan más de menos a la familia. Algunos refieren estar más comunicativos y expresivos durante el ingreso. Se produce un fenómeno de mejora asociado a la apertura.

*«Me he dado cuenta de que es importante poder decir las cosas»*

*Ítem 16. Pongo más energía en mis relaciones.*

En el alta algunos no quieren estar con gente, solo con los suyos, por inseguridad de las secuelas o por sintomatología depresiva. Este proceso, sin embargo, supone a veces un acercamiento a personas de cuya compañía hacía tiempo que no se disfrutaba tanto.

*«Voy a pasar más tiempo con mis hijos».*

*Ítem 20. Aprendí mucho sobre lo extraordinaria que llega a ser la gente.*

Se dan cuenta de la bondad de personas que les ayudan durante el accidente y del trato tan humano de los profesionales, algunos incluso han recobrado la confianza en el personal de salud mental que habían perdido.

*«Estar aquí me da mucha tranquilidad, nos tratan de forma profesional pero también con mucho afecto».*

*Ítem 21. Acepto mejor que necesito a los demás.*

Todos se reconocen más dependientes y capaces de recurrir a los demás. Saben que solos les hubiera sido difícil.

*«Qué hubiera hecho yo sin...».*

### (II) Nuevas posibilidades

*Ítem 3. He desarrollado nuevos intereses*

Todos los profesionales refieren poco interés por parte de los pacientes en nuevas cosas. En pocos casos se produce un interés en las quemaduras y el fuego.

*«Tenía postergadas muchas cosas, ahora quiero iniciar una nueva vida».*

*Ítem 7. He establecido un nuevo ritmo para mi vida.*

Sobre todo hay una gran pulsión a volver a la normalidad. Durante los 6 primeros meses muchos aún están de baja y se ven obligados a hacer menos de lo que les gustaría. Su funcionamiento es limitado y limita la capacidad de acción. Se cansan más fácilmente y se ven forzados a tener que realizar las cosas con más calma. Algunos pacientes aprovechan para recuperar antiguas aficiones. Tienen más tiempo, pero van más lentos y esto a veces supone un nuevo punto de vista aunque suelen querer hacer lo que hacían antes.

*Ítem 11. Creo que puedo hacer cosas mejores con mi vida.*

En algunos casos se produce una verbalización del impulso a cambiar de vida a hacer algo diferente, aunque no en todos los casos se cristaliza. Se han producido casos de pacientes muy receptivos que participan en asociaciones (esto está relacionado con la parte de empatía presente en la dimensión de relación con los otros). Se producen nuevas conductas de autocuidado. Algunos pacientes aprovechan la situación para dejar de beber o fumar. Los que viven el accidente como sorpresivo, inesperado, de alta intensidad o como un castigo, suelen tener propósitos de enmienda.

*«Si he podido estar sin fumar los días del ingreso, eso lo tengo que mantener. Mis hijos también merecen estar mejor»*

*Ítem 14. Han aparecido nuevas oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido.*

Aunque se producen situaciones de este tipo, y más bien muchos pacientes ven las oportunidades que han perdido, hay individuos que aprenden cómo son otras personas a través del comportamiento que han tenido durante la crisis. También en algunos casos, gracias a la pensión de invalidez derivada de las lesiones se pueden retirar y dedicarse a sus cosas.

*«Ahora mi vida ha cambiado y debo cambiar necesariamente».*

*Ítem 17. Ahora intento más cambiar aquellas cosas que deben cambiarse.*

Muchos empiezan a tomar precauciones y arreglar cosas que les llevaron a tener el accidente (cómo cambiar la cocina, o la antigua olla a presión). Como en el caso del ítem 11 también se refieren conductas de autocuidado como dejar de fumar. En general, aunque se producen cambios en este sentido suelen ser relacionadas con lo material.

### *(III) Fortaleza personal*

En esta dimensión se encontraron discrepancias entre los 4 terapeutas. El cuarto terapeuta tenía la impresión de que las narrativas de fortaleza personal tenían mayor frecuencia e intensidad que el resto de terapeutas.

*Ítem 4. Tengo un sentimiento más fuerte de confianza en mí mismo/ 10. Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas.*

Algunos pacientes refieren verse más capaces de superar cosas que antes del accidente no les hubiese sido posible. Otros refieren ser más decisivos. La experiencia para algunos les ha ayudado a crecer, salir fortalecidos. Aunque estas experiencias no son verbalizadas en muchos casos, simplemente se les ve más dispuestos a afrontar los problemas y buscar alternativas.

*Ítem 12. Puedo aceptar mejor las cosas tal como vienen.*

Se produce una aceptación paulatina del proceso de curación. Hay casos en los que se produce un proceso de maduración, de aumento de la humildad y la tolerancia. La aceptación de problemas posteriores está muy relacionada con la comparación situacional.

*«Después de lo mal que lo he pasado lo voy a disfrutar»*

*«Después de lo mal que lo he pasado todo lo demás no tiene importancia»*

*Ítem 19. Descubrí que era más fuerte de lo que en realidad pensaba.*

Este proceso se produce sobre todo en el postingreso, algunos miran al pasado con or-



gullo por la manera en que reaccionaron (aunque también hay casos negativos).

#### (IV) Cambio espiritual

*Ítem 5. Tengo una mejor comprensión de algunas cuestiones espirituales/ 18. Tengo una fe religiosa más fuerte.*

En los pocos casos que la quemadura produce un cuestionamiento de las creencias espirituales, se ve una pérdida de fe, una rotura de la justicia en el mundo. Sin embargo hay muy pocos casos en los que los pacientes se refugian en sus creencias como una manera de comprender el porqué de lo ocurrido (aunque esto también puede producir efectos negativos en otros casos en los que los pacientes lo juzgan como injusto).

#### (V) Apreciación de la vida

*Ítem 1. He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.*

Casi todos los terapeutas están de acuerdo en que los pacientes empiezan un proceso por el cual aprenden a valorar los pequeños detalles, a relativizar. En el ingreso se echa de menos los pequeños detalles de la rutina anterior, aunque también a los seres queridos como en el caso del ítem 16 sobre las relaciones y a valorar la propia salud del ítem 2.

*«Ahora valoro más otras cosas»*

*«(...) mi casa, mi cama, mis cosas»*

*Ítem 2. Aprecio más el valor de mi propia vida.*

Se produce un proceso de valoración de la vida, de valoración del papel que se cumple en el mundo. Muchos pacientes lo refieren en relación a la familia.

*«¿Que hubieran hecho mis hijos sin mí?»*

En los casos en los que se ha percibido amenaza vital sobre todo, refieren la suerte que han tenido al poder superar el accidente y

minimizan las secuelas. Se produce un fenómeno de valoración relacionado con el hecho de haber estado a punto de perderla.

*«Estoy vivo, me podría haber quedado»*

*«Unos segundos te pueden cambiar la vida»*

En cambio, frente a la euforia inicial por haberse salvado algunos empiezan a pensar en las cicatrices, el malestar, las pérdidas. Más tarde algunos comunican priorizar necesidades de sí mismo. Se prioriza el bienestar personal y se generan cambios que eviten que se repita el accidente.

*Ítem 13. Puedo apreciar mejor el cada día.*

En general, durante el proceso de recuperación, debido en gran parte al tiempo que no pueden disfrutar, valoran más que antes el día a día, la rutina y las pequeñas cosas.

*«Que ganas tengo de estar en casa»*

*«Estoy contento de estar vivo y valorar las pequeñas cosas y los afectos de la familia»*

## Discusión y Conclusiones

Los resultados nos ofrecen un perfil muy similar al de Rosenbach y Babette (2008) y Zhai y colaboradores (2010), con ocurrencia baja de crecimiento relacionado con nuevas posibilidades y cambio espiritual, alta en lo relacionado a la apreciación de la vida y la relación con los otros. Sin embargo, lo relacionado con la fortaleza personal aparece algo contradictorio.

Al igual que en el estudio de Zhai y colaboradores (2010), la dimensión de relación con los otros se manifiesta entre otros, a través de la solidaridad con otras personas que sufren. Por otro lado, el apoyo percibido del entorno de los pacientes parece capital, produciéndose decepciones cuando este apoyo no se produce o no está a la altura de sus expectativas. Casi todos los pacientes tienen un momento de análisis existencial durante el ingreso, y mientras algunos pacientes están en un estado que puede describirse como de embotamiento, muchos otros se permiten expresar sus emociones (e.g., llorar), incluso reconociendo su depen-

dencia y asumiendo la vulnerabilidad del ser humano. La expresión emocional abierta ha sido relacionada con crecimiento postraumático por ejemplo en enfermas de cáncer de pecho (Manne, 2004). Tratándose de un período de mucha vulnerabilidad y dependencia, también parece clave la relación con el personal sanitario, siendo especialmente significativa la recuperación del trato con los servicios de salud mental en pacientes que la habían perdido.

El aumento de elementos relacionados con la apreciación de la vida, como la valoración de cosas pequeñas del día a día, el cambio en la escala de valores y el agradecimiento por estar vivos parecen una constante en casi todos los pacientes. Esto se conecta con la dimensión de relación con los otros ya que muchos pacientes recuperan el espacio e intimidad con sus allegados y aprecian poder cuidar de los suyos.

En cuanto a la fortaleza personal, el recuerdo de percepción de control ante lo sucedido durante el evento traumático, la recuperación de la autoconfianza, la percepción de fortalecimiento, la aceptación de la aleatoriedad, el aumento de características como la tolerancia y la humildad apuntan a factores de crecimiento y fortaleza expresados por otros autores (Pérez-Sales, 2006). Las diferencias en frecuencia e intensidad pueden estar debidas a las dife-

rentes funciones del personal que fue entrevistado. Recordemos que mientras los dos primeros profesionales se dedican a la parte epidemiológica, los dos segundos lo hacen a la asistencial. Por otro lado, hay que considerar que cada paciente tiene sus particularidades y vive el proceso de recuperación de una manera muy particular, así que dependiendo de los casos con los que se trataba, se podía llegar a impresiones algo diferentes también.

En conjunto, a pesar de las emociones negativas que sufren estos pacientes, se confirma la capacidad de generar emociones positivas del dolor y aportar así mucho a la recuperación.

Una de las motivaciones para realizar este estudio es la posibilidad de hacer un análisis de crecimiento postraumático en un estudio longitudinal de pacientes con quemaduras como sugieren Rosenbach y Renneberg (2008). Creemos que los resultados avalan la ocurrencia de crecimiento postraumático en los pacientes estudiados y dan lugar a un estudio en el que se puedan identificar predictores y covariables, con mucho más detalle y profundidad en un diseño longitudinal con este tipo de muestra. Por ello evaluamos positivamente la introducción de este cuestionario en nuestro protocolo y se administrará a los pacientes directamente en el seguimiento a dos años.

## Referencias

- Askay, S. W. y Magyar-Russell, G. (2009). Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International Review of Psychiatry*, 21(6), 570-579.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1998). Beyond Recovery From Trauma: Implications for Clinical Practice and Research. *Journal of Social Issues*, 54(2), 357-371. doi:10.1111/j.1540-4560.1998.tb01223.x
- Fontana, A. y Rosenheck, R. (1998). Psychological Benefits and Liabilities of Traumatic Exposure in the War Zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 485-503. doi:10.1023/a:1024452612412
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y Análisis Existencial Textos de cinco décadas*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E., Kopplhuber, C., Insausti Herrero, G., y Benigno Freire, J. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Linley, P. A. y Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21. doi:10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
- Manne, S. (2004). Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner, and Couple Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 442-454. doi:10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d
- Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Pérez-Sales, P., Eiroa-Orosa, F. J., Olivos, P., Barbero-Val, E., Fernández-Liria, A., y Vergara, M. (2012). Vivo Questionnaire: A Measure of Human Worldviews and Identity in Trauma, Crisis, and Loss-Validation and Preliminary Findings. *Journal of Loss and Trauma*, 17(3), 236-259. doi:10.1080/15325024.2011.616828
- Rosenbach, C. y Renneberg, B. (2008). Positive Change After Severe Burn Injuries. *Journal of Burn Care y Research*, 29(4), 638-643. doi:10.1097/BCR.0b013e31817de275
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Post-traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. doi:10.1007/BF02103658
- Zhai, J., Liu, X., Wu, J. y Jiang, H. (2010). What does posttraumatic growth mean to Chinese burn patients: a phenomenological study. *Journal of burn care y research*, 31(3), 433-40. doi:10.1097/BCR.0b013e3181db5240

## APÉNDICE A

### Cuestionario de Crecimiento Postraumático (Post-Traumatic Growth Inventory) (Pérez-Sales, 2006; Tedeschi y Calhoun, 1996)

- 
1. He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.
  2. Aprecio más el valor de mi propia vida.
  3. He desarrollado nuevos intereses.
  4. Tengo un sentimiento más fuerte de confianza en mí mismo.
  5. Tengo una mejor comprensión de algunas cuestiones espirituales.
  6. Veo de manera más clara que puedo contar con la gente en momentos de crisis.
  7. He establecido un nuevo ritmo para mi vida.
  8. Tengo un mayor sentido de cercanía hacia los demás.
  9. Estoy más dispuesto a expresar mis sentimientos.
  10. Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas.
  11. Creo que puedo hacer cosas mejores con mi vida.
  12. Puedo aceptar mejor las cosas tal como vienen.
  13. Puedo apreciar mejor el cada día.
  14. Han aparecido nuevas oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido.
  15. Tengo más sentimientos de compasión hacia los demás.
  16. Pongo más energía en mis relaciones.
  17. Ahora intento más cambiar aquellas cosas que deben cambiarse.
  18. Tengo una fe religiosa más fuerte.
  19. Descubrí que era más fuerte de lo que en realidad pensaba.
  20. Aprendí mucho sobre lo extraordinaria que llega a ser la gente.
  21. Acepto mejor que necesito a los demás.
- 

Factores: (I) Relación con los otros – Ítems 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21 (II) Cambios en la vida – Ítems 3, 7, 11, 14, 17 ; (III) Percepción de sí mismo – Ítems 4, 10, 12, 19 (IV) Creencias – Ítems 5, 18 (V) Sentido de la vida – Ítems 1, 2, 13.