

———— ABORDAJE ————

**PSICOSOCIAL Y BIOMÉDICO  
AL PACIENTE QUEMADO**

UNA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA

*Psychosocial and biomedical approach to the burn patient  
An interdisciplinary perspective*



**Cita este libro / Cite this book:**

Obando Cabezas, L. (ed. científica). (2022). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

**Palabras Clave:**

quemaduras, autoestima, resiliencia, psicología.

**Keywords:**

burns, self-esteem, resilience, psychology.

**Contenido relacionado:**

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

———— ABORDAJE ————

# PSICOSOCIAL Y BIOMÉDICO AL PACIENTE QUEMADO

UNA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA

*Psychosocial and biomedical approach to the burn patient  
An interdisciplinary perspective*

**Lucely Obando Cabezas**

*Editora científica*

**Lucely Obando Cabezas, Sulma Lorena Escobar Castillo,  
Gabriela Gamboa Vallejo, Ana María Insuasti Obando,  
Edward Javier Ordóñez, Isabella Merchan Dellscherff,  
Karen Parra Favaroni, Juan Pablo Trochez y  
Nilia Matilde Perdomo Oliver**

*Autores*



EDITORIAL

Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria / Lucely Obando Cabezas [Editora científica]. -- Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali, Sello Editorial, 2022.

320 páginas: ilustraciones; 24 cm.  
Incluye referencias bibliográficas.

ISBN impreso: 978-628-7604-28-5    ISBN digital: 978-628-7604-25-4

1. Quemaduras 2. Autoestima 3. Resiliencia 4. Psicología. I. Lucely Obando Cabezas. Universidad Santiago de Cali. Facultad de Salud

LC BF636

CO-CaUSC

JRGB/2023



EDITORIAL

## **Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.**

© Universidad Santiago de Cali.

© Editora científica: Lucely Obando Cabezas.

© Autores: Lucely Obando Cabezas, Sulma Lorena Escobar Castillo, Gabriela Gamboa Vallejo, Ana María Insuasti Obando, Edward Javier Ordóñez, Isabella Merchan Dellscherff, Karen Parra Favaroni, Juan Pablo Trochez y Nilia Matilde Perdomo Oliver.

1a. Edición 100 ejemplares.  
Cali, Colombia - 2022.

### **Comité Editorial / Editorial Board**

Claudia Liliana Zúñiga Cañón  
Edward Javier Ordóñez  
José Fabián Ríos  
Herman Alberto Revelo  
Mónica Carrillo Salazar  
Santiago Vega Guerrero  
Milton Orlando Sarria Paja  
Sandro Javier Buitrago Parías  
Mónica Alexandra Monsalve Álvarez

### **Proceso de arbitraje doble ciego:**

"Double blind" peer-review.

### **Recepción / Submission:**

Agosto (August) de 2021.

### **Evaluación de contenidos / Peer-review outcome:**

Septiembre (September) de 2021.

### **Correcciones de autor / Improved version submission:**

Octubre (October) de 2021.

### **Aprobación / Acceptance:**

Noviembre (November) de 2021.



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

# Agradecimientos

## *Acknowledgments*

La vivencia como Psicóloga en el Hospital Universitario del Valle fue una recopilación de experiencias enriquecedoras tanto a nivel profesional como personal. El encuentro con la población intervenida fue un reto a nivel personal, donde tuve que vencer las resistencias construidas, unidas a sentimientos de angustia por el diagnóstico en común. La experiencia en sí fue reveladora y sensibilizadora. Los pacientes atendidos, las problemáticas complejas, puedo decir hoy día, me terminaron de formar como profesional del comportamiento humano. Cada día se convirtió en una experiencia nueva y conforme avanzaba en los retos expuestos en la praxis, llegaba un caso nuevo que generaba una desorganización de todo lo que creía que había adquirido en relación con el aprendizaje, pues lograba enseñarme mucho más aún. Solo quedan agradecimientos, a mi equipo de trabajo, mis colegas y, por supuesto, al hospital, quienes transformaron mi visión de la clínica, donde la parte humana del ejercicio siempre será lo más importante.

Esta recopilación de trabajos realizados en la Unidad de quemados del Hospital Universitario del Valle va dedicada a todos los pacientes que han sufrido una quemadura, quienes con su resiliencia me enseñaron a ver la vida con ojos distintos.

A mis compañeras y amigas con quienes conformamos el grupo de trabajo de la Unidad de Quemados del Hospital Universitario del Valle, en especial al personal de Enfermería: Briceida Ríos, Esperanza Tenorio, Marisela Domínguez, Zulena Muñoz, Nancy Castañeda, Amparo Viáfara, Beatriz Cuadros, Maritza Quintero, Ofelia Castañeda, Rubiela Plazas, Leydi Hernández; enfermeras jefes María Cecilia Hincapié, Betty de la Rosa y Délima Carabalí; los doctores Ricardo Ferrada, Oscar Ortiz y Juan Pablo Trochez con quienes compartí durante los 16 años de mi ejercicio como Psicóloga en la Unidad de Quemados momentos de dolor y sufrimiento de nuestros pacientes, pero también, momentos de hermandad y compañerismo.

A todas y todos los practicantes de Psicología de las diferentes universidades de la ciudad de Cali que rotaron por la Unidad de Quemados, que durante su tiempo de práctica se mostraron con ganas inmensas de aprender y darlo todo por los pacientes quemados.

A todo el personal de salud que hoy sigue laborando en la Unidad de Quemados del HUV.

**Lucely Obando Cabezas**

# Contenido

<b>Resumen .....</b>	<b>11</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>13</b>

## Sección 1

### *El abordaje psicosocial del paciente quemado hospitalizado*

#### Capítulo 1

<b>Psicología del paciente quemado hospitalizado .....</b>	<b>21</b>
--	-----------

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

#### Capítulo 2

<b>La intervención psicológica a pacientes hospitalizados por quemaduras: la pregunta por la vida que sigue después de la quemadura.....</b>	<b>45</b>
--	-----------

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

#### Capítulo 3

<b>Alteraciones en la imagen corporal de pacientes quemados .....</b>	<b>63</b>
---	-----------

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

Sulma Lorena Escobar Castillo, Universidad de San Buenaventura, Cali.

#### Capítulo 4

<b>Psicoprofilaxis quirúrgica en niños quemados .....</b>	<b>87</b>
---	-----------

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

Gabriela Gamboa Vallejo, Universidad de San Buenaventura, Cali.

Ana María Insuasti Obando, Universidad de San Buenaventura, Cali.

#### Capítulo 5

<b>Factores psicosociales asociados a la recuperación de pacientes quemados .....</b>	<b>113</b>
---	------------

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

Edward Javier Ordóñez, Universidad Santiago de Cali.

Capítulo 6

**El acompañamiento psicológico a pacientes quemados como estrategia de intervención para la adaptación al medio hospitalario ..... 145**

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

Isabella Merchan Dellscherff, Universidad de San Buenaventura, Cali.

Karen Parra Favaroni, Universidad de San Buenaventura, Cali.

Sección 2

**El abordaje biomédico del paciente quemado**

Capítulo 7

**Guía de manejo médico del paciente quemado adulto y pediátrico ..... 179**

Juan Pablo Tróchez, Universidad del Valle, Cali.

Capítulo 8

**Manejo fisioterapéutico de la quemadura en el adulto hospitalizado ..... 241**

Nilia Matilde Perdomo Oliver, Universidad del Valle, Cali.

Anexos:

**Casos de pacientes pediátricos quemados**

**Una ilustración del trabajo clínico del servicio de psicología en la Unidad de quemados ..... 283**

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

**Acerca de los autores..... 313**

**Pares Evaluadores..... 317**



# Table of contents

<b>Summary</b> .....	12
<b>Introduction</b> .....	13

## Section 1

### *The psychosocial approach to the hospitalized burn patient*

#### Chapter 1

<b>Psychology of the hospitalized burn patient</b> .....	21
--	----

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

#### Chapter 2

<b>Psychological intervention for hospitalized burn patients: the question of life after burns</b> .....	45
--	----

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

#### Chapter 3

<b>Alterations in the body image of burn patients</b> .....	63
---	----

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

Sulma Lorena Escobar Castillo, Universidad de San Buenaventura, Cali.

#### Chapter 4

<b>Surgical psychoprophylaxis in burned children</b> .....	87
--	----

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

Gabriela Gamboa Vallejo, Universidad de San Buenaventura, Cali.

Ana María Insuasti Obando, Universidad de San Buenaventura, Cali.

#### Chapter 5

<b>Psychosocial factors associated with the recovery of burn patients</b> .....	113
---	-----

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

Edward Javier Ordóñez, Universidad Santiago de Cali.

Chapter 6

**Psychological support for burn patients as an intervention strategy  
for adaptation to the hospital environment ..... 145**

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

Isabella Merchan Dellscherff, Universidad de San Buenaventura, Cali.

Karen Parra Favaroni, Universidad de San Buenaventura, Cali.

Section 2

**The Biomedical Approach to the Burn Patient**

Chapter 7

**Guidelines for the medical management of adult and pediatric  
burn patients ..... 179**

Juan Pablo Tróchez, Universidad del Valle, Cali.

Chapter 8

**Physiotherapeutic management of burns in hospitalized adults ..... 241**

Nilia Matilde Perdomo Oliver, Universidad del Valle, Cali.

Annexes:

**Clinical cases of pediatric burns patients  
An illustration of the clinical work of the psychology service in  
the burn unit ..... 283**

Lucely Obando Cabezas, Universidad Libre, Seccional Cali.

**About the authors ..... 313**

**Peer Reviewers ..... 317**

# Resumen

Este libro trata sobre algunas de las contribuciones que la psicología de la salud realiza a la intervención, acompañamiento y abordaje interdisciplinar que se aplica a pacientes quemados en servicios de hospitalización. Las intervenciones e investigaciones aquí relatadas son fruto del ejercicio profesional que han implementado psicólogos, médicos, fisioterapeutas y estudiantes practicantes en el Hospital Universitario del Valle, un hospital de tercer y cuarto nivel de atención en la ciudad de Cali. El documento aporta lecturas actualizadas puestas directamente a prueba en la labor asistencial que se ha desarrollado con el paciente quemado, en un contexto de recuperación que tiene en cuenta la mirada médica, las posibilidades de tratamiento y recuperación de cada paciente, los factores sociales que convergen en cada caso y el rol posible del psicólogo como un profesional en servicio que acompaña en la contención y elaboración de los malestares físicos y psicológicos que padecen tanto el paciente, como su familia y hasta los mismos profesionales de salud de la unidad.

El libro está compuesto por ocho capítulos, y con un amplio anexo de documentación de casos clínicos desarrollados desde la psicología, con fundamentación teórica hecha desde la psicología de la salud, perspectiva que enseña que la intervención clínica en contextos hospitalarios se debe efectuar considerando aspectos como: las políticas en salud pública de un país, el rol profesional que tiene el psicólogo en esos contextos, la visión médica alrededor de la enfermedad física y la salud mental, los factores psicosociales presentes en el tratamiento, así como, sintomatología común (tanto física como mental) en el paciente quemado y su cuidador primario. De este modo, el libro ofrece diversas miradas en el abordaje interdisciplinar del paciente quemado, como condición para que se puedan realizar intervenciones clínicas efectivas que permitan a los pacientes enfrentar las múltiples adversidades que originan las quemaduras.

# Summary

This book is about some of the contributions that health psychology makes to the intervention, accompaniment and interdisciplinary approach that is applied to burn patients in hospitalization services. The interventions and investigations reported here are the result of the professional practice that psychologists, doctors, physiotherapists and student practitioners have implemented at the Hospital Universitario del Valle, a third and fourth level hospital in the city of Cali. The document provides updated readings put directly to the test in the care work that has been developed with the burned patient, in a recovery context that takes into account the medical perspective, the possibilities of treatment and recovery of each patient, the social factors that converge in each case, and the possible role of the psychologist as a professional in service who accompanies in the containment and elaboration of the physical and psychological ailments suffered by both the patient, his family and even the health professionals of the unit.

The book is made up of eight chapters, and with an extensive annex of documentation of clinical cases developed from psychology, with theoretical foundations made from health psychology, a perspective that teaches that clinical intervention in hospital contexts should be carried out considering aspects such as the public health policies of a country, the professional role of the psychologist in those contexts, the medical vision around physical illness and mental health, the psychosocial factors present in the treatment, as well as common symptoms (both physical and mental ) in the burn patient and their primary caregiver. In this way, the book offers various perspectives on the interdisciplinary approach to the burned patient, as a condition for effective clinical interventions that allow patients to face the multiple adversities that burn burns cause.

# Introducción

## *Introduction*

El material presente en este libro corresponde a las contribuciones desarrolladas en el marco de la psicología, especialmente desde el campo de la salud, en la intervención, acompañamiento y estudio de abordajes interdisciplinarios aplicados en servicios de hospitalización para pacientes quemados. Las intervenciones e investigaciones relatadas aquí son fruto de un ejercicio profesional realizado en el Hospital Universitario del Valle, un hospital de tercer y cuarto nivel de atención. En este sentido, el interés principal consiste en ofrecer nuevas contribuciones, así como lecturas actualizadas sobre el manejo del paciente quemado desde un contexto de recuperación, teniendo en cuenta para ello la mirada médica, la posición particular del tratamiento y recuperación, los factores sociales que convergen en cada caso y la posición del psicólogo como un profesional inmerso en servicios sanitarios, en el que su posición como interlocutor de la demanda del paciente abre caminos hacia nuevas posibilidades de tratamiento.

Una de las motivaciones que tuvieron los trabajos del presente libro fue posibilitar la discusión de nuevas herramientas de intervención con el paciente quemado, atendiendo a un enfoque que reconoce a la salud mental como un factor que también requiere de atención y cuidado en entornos biomédicos y que sitúa la intervención psicológica para pacientes y sus familiares en el contexto en que se brinda un servicio de atención hospitalaria. Las páginas de este libro señalan que la atención en salud demanda no solo una alta cualificación profesional; también requiere una convicción profunda de servicio de parte del personal asistencial, que suele traducirse en una espontánea iniciativa de acompañamiento y apoyo emocional tanto para el paciente, como para su familia, incluso, hasta para los mismos profesionales en salud, todos agobiados, de una u otra manera, por los malestares psicológicos que originan extensas quemaduras en las personas. El material hallado, recogido en este libro, es resultado de acercamientos directos a la población, así como de análisis interdisciplinarios de las experiencias de atención que se

han desarrollado en la unidad, las cuales han obligado en muchos casos a transformaciones del modelo de atención que se brindaba, para así ofertar un servicio de más alta calidad, que ayude a mejorar la condición clínica del paciente.

Este libro está compuesto de ocho capítulos y un anexo, organizado en tres secciones generales, basado todo su contenido en experiencias clínicas con pacientes quemados y con fundamentación teórica desde la psicología social de la salud. Esta perspectiva teórica se asumió al observar que promovía y validaba nuevas estrategias de atención en salud al paciente quemado, en la que se incluía, además del paciente y sus recursos psicosociales, a sus familiares, a la institucionalidad creada en torno a la salud pública y a la realidad biológica del cuerpo del paciente gravemente afectado por el trauma térmico. Los ocho capítulos de este libro hablan del rol del psicólogo en una unidad hospitalaria de quemados como efecto del reconocimiento del indiscutible valor que tiene el discurso médico en estos pacientes, de la importancia que tiene la salud mental en la supervivencia biológica de una persona y del peso que tienen los factores psicosociales en el tratamiento, así como en la sintomatología clínica que es común (tanto física como mental) en el paciente quemado y su cuidador primario.

La primera sección se denomina: “El abordaje psicosocial al paciente quemado hospitalizado” y agrupa 6 capítulos. El primer capítulo de este libro ofrece una discusión teórico conceptual acerca de los aspectos psicológicos del paciente quemado, recogiendo de la psicología social de la salud las aproximaciones conceptuales necesarias para analizar los efectos del tratamiento clínico en el paciente quemado, el rol que cumple el cuidador primario, las consecuencias que origina la quemadura en la salud mental del paciente, hasta las nuevas posibilidades de manejo de los factores psicosociales asociados a la adaptación al medio hospitalario del paciente quemado hospitalizado. El segundo capítulo está centrado en el tema de la intervención psicológica al paciente quemado como complemento fundamental al tratamiento quirúrgico y farmacológico, analizándose el tipo de atención psicológica que requiere el paciente quemado durante su estancia en el servicio para el manejo del dolor, la contención emo-

cional o la comunicación asertiva con el personal asistencial; como también se analiza los recursos profesionales necesarios para el acompañamiento del paciente durante su egreso y reconstrucción de su nuevo proyecto de vida.

El tercer capítulo presenta los resultados obtenidos en una investigación sobre las alteraciones de la imagen corporal de pacientes quemados; destacándose de esos resultados: la identificación de cambios notorios de la imagen corporal que potencian los cuadros de ansiedad y depresión que los pacientes quemados tienen a causa de la hospitalización, el tratamiento médico que reciben, el dolor físico y la incertidumbre existencial que mantienen durante su proceso de recuperación. El cuarto capítulo analiza los resultados obtenidos con una investigación sobre las técnicas de intervención psicológica implementadas en un proceso de psicoprofilaxis prequirúrgica para pacientes pediátricos quemados, investigación que mostró cambios en la adherencia al tratamiento a partir del reconocimiento que hacía el paciente de la importancia de la intervención quirúrgica, así como disminución significativa de signos clínicos de ansiedad previos a las operaciones programadas.

El quinto capítulo aborda la cuestión por los factores psicosociales que se lograron identificar como esenciales para favorecer el proceso de recuperación física y psicológica de pacientes quemados hospitalizados, destacándose entre estos factores: el bagaje cultural premórbido del paciente, al igual que la participación de las redes de apoyo, tanto familiar como social, en el proceso de recuperación física del quemado y en el manejo de las complejas reacciones emocionales (ansiedad y depresión) que origina el trauma tisular. Y el sexto capítulo, último de la primera sección del libro, corresponde a un ejercicio de sistematización de varios procesos de intervención psicológica basados en psicoeducación y terapia lúdica realizados a personal de salud, cuidadores primarios y pacientes hospitalizados en un servicio de quemados, con la finalidad de potenciar la adaptación del paciente quemado al medio hospitalario.

La segunda sección se denomina “El abordaje biomédico al paciente quemado hospitalizado” y está compuesto por dos capítulos: el

séptimo y el octavo. En el séptimo capítulo se describe la guía médica para el manejo del paciente quemado tanto adulto como pediátrico que se lleva a cabo en el hospital Universitario del Valle, en ella se mencionan tantas generalidades fisiológicas de las quemaduras, así como, las diferentes estrategias de intervención interdisciplinarias en el manejo inicial, hospitalización y consulta externa. Y el octavo capítulo, último de esta sección, analiza el aporte que realizan los fisioterapeutas en los procesos de atención hospitalaria de pacientes quemados adultos que no requieren de soporte respiratorio, describiendo su tratamiento clínico en la fase temprana, en la aguda y en la intermedia o de recuperación del periodo de hospitalización.

Por último, se agrega un apartado que hace una relación de 5 casos clínicos pediátricos, en el cual se presentan los resultados y análisis de diferentes estrategias de evaluación psicológica.

Cabe decir, finalmente, que se espera que el presente libro permita ampliar la mirada disciplinar que tiene la psicología de las problemáticas psicosociales que acontecen en el entorno hospitalario, dejando abierta la discusión sobre las expectativas realistas que puedan tener los psicólogos con respecto a la intervención psicológica para enfrentar las adversidades y desafíos psicosociales que afronta el paciente quemado durante su recuperación; también deja abierta la discusión sobre las articulaciones inter y transdisciplinarias que se pueden dar entre cada uno de los profesionales que se encuentran presentes para el tratamiento del paciente quemado; así como de las metodologías o propuestas que pueden resultar adecuadas para el cuidado especial que amerita la condición clínica del paciente.

Como cierre de esta introducción, es de resaltar que la posibilidad de llevar a cabo este trabajo se dio gracias a los pacientes, profesionales y servicios ofrecidos por el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, Empresa Social del Estado. Especial agradecimiento a la *Unidad de Quemados*, donde se impulsaron enseñanzas, desafíos, así como un reconocimiento de la labor realizada por el profesional en Psicología.



# *Sección 1*

---

El abordaje psicosocial al paciente  
quemado hospitalizado



*Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación,  
nos encontramos ante el desafío de cambiarnos a nosotros  
mismos.*

***Viktor Frankl***



# Psicología del paciente quemado hospitalizado

*Psychology of the hospitalized burn patient*

**Lucely Obando Cabezas**

Universidad Libre, Seccional Cali.

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



*Unidad de Quemados HUV.*  
Fuente: Foto tomada por la autora.

**Cita este capítulo / Cite this chapter**

Obando Cabezas, L. (2022). Psicología del paciente quemado hospitalizado. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.* (pp. 21-41). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

## Resumen

El presente capítulo corresponde a una revisión de la literatura sobre los aspectos psicológicos vinculados al paciente quemado. El texto subraya la importancia que tiene la presencia de la psicología de la salud en el área sanitaria, mostrando no sólo la contribución que hace al tratamiento general que reciben los pacientes quemados en entornos hospitalarios, sino también, los aportes que realiza en la comprensión y atención de las problemáticas psicosociales que enfrenta después de egresar del hospital. El texto finaliza resaltando la necesidad de promover nuevas estrategias de intervención, en el campo de la psicología de la salud, que impacten en las políticas públicas en favor de la salud física y mental y en los trabajos multidisciplinarios que requiere la atención del paciente quemado.

**Palabras clave:** Psicología de la salud, pacientes quemados, intervención, afrontamiento.

## Summary

This chapter corresponds to a review of the literature on the psychological aspects related to the burn patient. The text underlines the importance of the presence of health psychology in the health area, showing not only the contribution it makes to the general treatment received by burn patients in hospital settings but also the contributions it makes to understanding and care of the psychosocial problems faced after leaving the hospital. The text ends by showing the need to promote new intervention strategies in the field of health psychology, which impact public policies in favor of physical and mental health and in the multidisciplinary work that the care of the burned patient requires.

**Keywords:** Health psychology, burn patients, intervention, coping.

## Introducción

La relación sostenida por la psicología y el área de la salud se ha consolidado gracias a la necesidad de tener un acercamiento diferente a la mirada médica del diagnóstico en la intervención con pacientes que presentan cuadros clínicos, tanto de enfermedades mentales, como enfermedades fisiológicas o accidentes.

Su contribución parte por reconocer al paciente como un personaje activo durante la intervención, así como por vislumbrar la implicación de asuntos emocionales, de situaciones traumáticas o fenómenos sociales que convergen en la persona, sobre las cuales, en la discusión dirigida por especialidades médicas en centros de salud u hospitales, la psicología toma una posición importante, de cuidado y propositiva.

El paciente quemado, por la condición crítica de su estado físico, lo invasivo de los procedimientos médicos que recibe y por el tiempo que requiere para su recuperación, obtiene beneficios indiscutibles para su mejoría al poder contar con el apoyo de un profesional que lo escuche, le ayude a disminuir sus temores o angustias, le ofrezca un conocimiento sobre las intervenciones necesarias, y finalmente le sirva como impulso para elaborar la dimensión traumática de la quemadura.

El presente capítulo retoma todos estos elementos de los aspectos psicológicos del paciente quemado considerando los síntomas clínicos psicológicos que llegan a tener muchos pacientes hospitalizados quemados, las estrategias de intervención aplicadas desde la psicología para su manejo, las consecuencias sobre la calidad de vida que trae para el paciente la experiencia de la quemadura y, finalmente, los factores potenciadores de la resiliencia que tanto pacientes como acudientes o familiares deben utilizar para así poder sobrellevar el tratamiento aplicado al caso.

Este capítulo está compuesto de dos apartados: uno está dirigido a entender el lugar de la psicología en el área de la salud, directamente en la oferta de tratamientos para pacientes quemados; el otro apartado, revisa algunos aportes, protocolos y estrategias de intervención clínica

implementados para el cuidado, intervención y manejo hospitalario a pacientes quemados. Se finaliza este capítulo subrayando el destacado valor que posee la psicología para el campo de la salud, en especial en escenarios hospitalarios, dado que es una disciplina que contribuye mancomunadamente con otras áreas del sector sanitario en el mejoramiento de las condiciones clínicas que presentan pacientes con quemaduras.

## **La psicología en los servicios de atención sanitaria**

El área de la salud, tanto en su funcionamiento diario, en el tipo de atención que brinda, como en su configuración organizacional, es un ámbito profesional estructurado desde diversas perspectivas disciplinarias. La atención ofrecida por hospitales, clínicas o centros de salud se brinda por medio de equipos multidisciplinares que ofrecen cada uno desde su campo profesional variados tipos de atención al paciente, determinados, entre otros factores, por los padecimientos físicos que afronta el paciente, así como el núcleo familiar, las redes de apoyo o factores de riesgo, que este posea. La psicología es desde hace tiempo una disciplina que hace parte de este escenario, ofertando prácticas de intervención clínica y aproximaciones de comprensión de las diferentes condiciones que enfrentan las personas usuarias de los servicios institucionales de salud (Duque de Estrada, Grau Abalo, Hernández Meléndez, Werner Sebastiani, 2005).

Para comprender el valor que tiene la psicología de la salud se debe partir definiendo la aplicabilidad de este campo como parte de la atención sanitaria (Piña & Rivera, 2006) cuyas bases teóricas estuvieron en un inicio en la psicología conductual, es decir, en los desarrollos conceptuales que trajo la perspectiva del modelamiento de la conducta, que luego será sustituida por las pautas metodológicas, epistemológicas y conceptuales que origina el modelo biopsicosocial, como alternativa más relevante para complementar y hasta cuestionar el modelo predominante en el ámbito de salud pública, el modelo biomédico. El modelo biopsicosocial lo que viene a aportar es el reconocimiento que hace a las condiciones sociales como factor esencial en los procesos de salud y enfermedad, factor hoy día ampliamente aceptado por parte de los profesionales de salud, al resultar ya evi-



dente para todos, el impacto que generan elementos como las redes de apoyo de los pacientes o las representaciones que hacen colectivos, de los procedimientos médicos y de la etiología de las enfermedades en las ofertas de tratamiento que se les brinda a los usuarios de los servicios atención en salud.

La expansión y posicionamiento de la psicología en el sector salud ha venido aumentando gracias al abordaje particular que ha venido haciendo a la demanda que el paciente pueda traer, al contexto que lo encierra y a las problemáticas biopsicosociales que él expresa (Obando Cabezas, 2020). Los avances de la medicina, las neurociencias, la psiquiatría, etc. han sido apropiados por la psicología con conceptos que ya son de uso común en esta disciplina como: subjetividad, dirección de la cura, factores de riesgo, factores de protección y con modelos de intervención aplicados en la clínica que han producido cambios significativos en el entendimiento de la singularidad de cada paciente, las condiciones que lo afectan y su relación particular con la enfermedad, ya sea fisiológica o mental. Por su múltiple campo de acción, así como, por su mirada particular del tratamiento y de la evolución de los pacientes; la psicología ya tiene ganado el reconocimiento como una profesión sanitaria. Como contrapeso al modelo biomédico clásico, la psicología ha aportado a los escenarios médicos, una mirada profesional que invita a una mayor colaboración y diálogo interdisciplinario y a la salida de paradigmas reduccionistas que categoricen la enfermedad en diagnósticos o prescripciones biológicas (Reig-Ferrer, 2005).

En el caso de Colombia, en el campo de la psicología de la salud se pueden identificar avances desde 1970 en la construcción de un escenario para la discusión y desarrollo de prácticas para la intervención de pacientes, de la mano con aportes de la medicina y otras disciplinas del sector sanitario (Flórez Alarcón, 2006). La multiplicación de grupos de investigación, la creación de nuevas asociaciones, entre ellas COLPSIC, el surgimiento de nuevas cátedras sobre salud en facultades de psicología y el impacto de la producción científica en el área que desde diferentes escenarios se ha generado en el territorio nacional (Contreras, Londoño, Vinaccia & Quiceno, 2006), son hechos que ubican a la psicología de la salud como un campo que se reestructura

y se adapta al marco legal que se ha generado para el sector salud, como la ley 100 o la ley 1090, así como un campo que ha ampliado sus horizontes de aplicabilidad y de reconocimiento en la salud pública. Su preocupación por temas de salud pública, así como estudios en torno a la calidad de vida, la gerontología, la oncología, la cardiología, etc. han sido las bases que permiten actualmente un ingreso más adecuado de la práctica clínica psicológica en escenarios sanitarios.

Se pueden mencionar una variedad de prácticas de intervención de la psicología en contextos de salud pública, hechas desde diferentes paradigmas, entre las que se destacan: aproximaciones para transformar prácticas de salud típicas de ciertos entornos o sistemas sociales, ejercicios colectivos en psicoeducación para el reconocimiento de la enfermedad más allá de su sintomatología fisiológica (Moncada, 2015), la promoción del empoderamiento individual de los usuarios de servicios de salud para el desarrollo de recursos propios que permitan la contención emocional en momentos de crisis vital o el mejoramiento de su calidad de vida (Mucci, & Benaim, 2006). No obstante, puede destacarse un elemento fundamental, como un aporte significativo de la psicología en estos contextos, como es la lectura singular y diferencial que hace de la enfermedad orgánica. Una lectura que suele impactar el posicionamiento del individuo ante sí mismo y ante los demás, así como posibilita una intervención clínica de nuevos horizontes que va más allá de la mirada médica.

## **La psicología en la intervención clínica a pacientes quemados**

La quemadura se puede considerar como una de las experiencias más traumáticas a la que un ser humano pueda enfrentarse. Es la lesión resultante de la exposición a llamas, líquidos calientes, contacto con objetos calientes, exposición a cáusticos, químicos, radiación o descarga de corriente eléctrica. Sus consecuencias suelen ser notorias ya que las quemaduras destruyen la piel, la cual, cabe recordar, tiene cuatro funciones fundamentales para la vida: la protección de infecciones, la prevención de la pérdida de fluidos, la regulación de la temperatura corporal y el contacto sensorial con el medio ambiente.

La piel humana puede tolerar sin dañarse temperaturas de hasta 44 grados centígrados. Por encima de esta cifra se producen diferentes lesiones, el grado de lesión tiene una directa relación con la temperatura y con el tiempo de exposición. El área central de la lesión que ha tenido el máximo contacto con la fuente de calor está coagulada con necrosis celular, esta es la llamada zona de coagulación. La profundidad de la quemadura depende de la temperatura, del tiempo de exposición a la fuente de calor y del grosor de la piel afectada; se debe tener en cuenta que en los niños y las personas de la tercera edad la piel es más delgada y en general a estas edades, las quemaduras resultan ser más profundas de su apariencia inicial. Las quemaduras se clasifican por su profundidad. Las quemaduras epidérmicas o de primer grado, se caracterizan por dolor y enrojecimiento, pero después de 5 a 7 días se descaman las células lesionadas y dan lugar a las nuevas células, sin dejar cicatriz. Las quemaduras dermoepidérmicas o de segundo grado afectan las terminaciones sensitivas, pueden ser muy dolorosas y dejan cicatriz. Las quemaduras totales, profundas o de tercer grado no se pueden curar espontáneamente, pues están comprometidas todas las capas de la piel, por lo que, solo pueden curarse epitelizando desde los bordes o con injertos de piel obtenidos de áreas sanas.

El anterior apartado que describe las implicaciones fisiológicas de la quemadura nos muestra, como lo señala Achuer (1993), que el tratamiento de las quemaduras debe extenderse más allá de la simple sobrevivencia del paciente, con el fin de incluir la mayor recuperación posible de las funciones del individuo para que su integración social y capacidad productiva no se vea seriamente afectada. Además, las posibilidades reales de sobrevivencia física de una persona que presenta quemaduras muy severas depende, entre otras cosas, del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura, por lo que, el equipo multidisciplinario de profesionales y especialista en quemados necesita llevar a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos basados en la vida futura de este paciente.

Las decisiones del tratamiento están influenciadas determinadas por la preocupación de preservar la movilidad, los aspectos cosméticos y el bienestar psicológico del paciente. Los temas psicológicos y so-

ciales son parte integral del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión, hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente. El tipo de lesión que sufre el paciente quemado hace que su recuperación requiera de la atención de un personal en psicología, debidamente entrenado, que le ofrezca la oportunidad de expresar sus emociones desde el primer día. Igualmente, señala Achuer (1993), el psicólogo deberá concientizar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la efectividad del tratamiento ya que, por ejemplo, la tensión muscular, efecto del estrés psicológico, a la que está sometido por el accidente térmico puede llegar a afectar la circulación, impedir el proceso de cicatrización y disminuir su comodidad.

Otro aspecto que se considera central en la atención clínica al paciente quemado son los apoyos sociales con los que cuenta, quien suele estar dominado por reacciones emocionales como la incredulidad, la culpa, la angustia y la tristeza. Según Achuer (1993), la mejor predicción del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuentan los pacientes; entendido el apoyo como la familia, los compañeros y los amigos. El contexto y la familia sirven como soporte y fuente de información, así como el apoyo que el profesional utiliza para el bienestar del paciente. Por lo tanto, el equipo multidisciplinar, orientado por los profesionales de la psicología, deben iniciar el contacto con los familiares, de ser posible desde el primer día de ingreso, con el fin de brindarles asistencia emocional que les permita manejar sus reacciones emocionales. En estas circunstancias, es común el uso de técnicas de relajación simple y de autocontrol, basadas en la respiración primaria y la disociación, como formas de manejo de momentos especialmente difíciles durante la hospitalización de su familiar (Del Sol (1990), citado por Achuer (1993).

Estas mismas técnicas son también útiles para el paciente quemado, quien, a través de la relajación, por ejemplo, puede aprender a controlar el dolor y los grados elevados de ansiedad que lo afectan, potenciando así el efecto de los analgésicos que recibe constantemente. Con estos pacientes debe considerarse que el dolor no sólo está presente en la lesión, sino que los tratamientos médicos para las quemaduras son dolorosos. Para que la cicatrización tenga lugar, las heridas deben lavarse, lo que produce dolor en el paciente. El dolor también

se incrementa cuando es movido en la cama, al transportarlo, al realizar los ejercicios y al tomar tejido sano para injertos. De este modo, a través de la técnica de disociación, los pacientes aprenden a que una atención excesiva del sujeto al estímulo generador de dolor origina mayor percepción de dolor, por lo que, “colocar la mente en otro lado” es decir, distraerse, es tarea fundamental y diaria para lograr su pronta mejoría.

El dolor es un fenómeno complejo y causalmente multideterminado (Donker, 1991). Cualquier experiencia dolorosa tiene componentes sensoriales, afectivos, motivacionales, cognitivos y sociales, lo que implica que “lo psicológico” debe tenerse en cuenta para un tratamiento óptimo (Bluinenfield y Schoeps, 1993). En este marco, la psicología proporciona las estrategias y técnicas adecuadas que sirven como coadyuvantes al tratamiento global del paciente (Monsalve y De Andrés, 1998).

Como parte de la intervención psicológica con pacientes quemados se tiene en cuenta los altibajos en torno a la evolución del tratamiento, el impacto tanto físico como emocional que provoca una hospitalización prolongada y la importancia de facilitar algunos procesos técnicos que son necesarios en el tratamiento clínico que dispensan profesionales del equipo multidisciplinar de la sala de quemados. Dentro de los múltiples manejos o estrategias de intervención psicológica que se utilizan para realizar la contención emocional al paciente quemado, además de las técnicas de relajación mencionadas anteriormente, está el abordaje diferencial de la demanda del paciente, procesos psicoeducativos a la familia, creación de espacios para el acompañamiento familiar de pacientes hospitalizados (especialmente si son menores de edad), preparación para procedimientos quirúrgicos, etc. (Obando Cabezas & Ordoñez, 2020). Estas estrategias de intervención psicológica son rutinarias en la Unidad de Quemados, por lo que se han integrado a protocolos de manejo clínico de pacientes quemados hospitalizados.

En el caso de menores de edad, que suelen traer al medio hospitalario los conflictos propios de su desarrollo psicológico; el ingreso a la unidad hospitalaria encargada de su tratamiento, representa para

estos niños, grandes requerimientos que se ven acrecentados por el estigma que pueden generar a futuro las quemaduras sufridas o el desconocimiento que niños y familiares tienen de los procedimientos clínicos que se le debe practicar: situaciones que originan impactos negativos en el tratamiento (Arraño, Valenzuela, & Barrientos, 1993). Preparar e informar adecuadamente sobre los procesos, reconocer, además, de las heridas, la condición particular que el paciente presenta y, finalmente, identificar las capacidades propias del sujeto para afrontar dicho escenario son algunos de los detalles que, tanto para dicha población, como para pacientes en general, pueden ser implementados fácilmente y hallar, de esa manera, un mejor manejo de la recuperación.



*Trabajo psicoterapéutico con niños en la Unidad de Quemados.*

Para el adecuado desarrollo del tratamiento en pacientes pediátricos quemados se cuenta con psicólogos que puedan brindar acompañamiento por medio de diferentes estrategias tales como: juego de roles, dibujo, espacios psico educativos, hasta acercamientos diferentes

a la experiencia de la hospitalización (Ortigosa, & Méndez, 1998). Hay que destacar la importancia que tienen dichas estrategias durante el tratamiento hospitalario para permitir el afrontamiento, por parte del niño, del evento térmico acaecido y para potenciar sus capacidades de resiliencia permanentemente cultivadas durante su hospitalización por parte del equipo asistencial.

Es también necesaria la promoción de estrategias de afrontamiento para los padres de los menores (Lagos, Loubat, Muñoz & Vera de la F., 2004). Ante las demandas desbordadas que hacen los menores a sus padres por el malestar general que experimentan y ante la necesidad de que el menor colabore en los tratamientos clínicos que debe recibir, el psicólogo promueve la reinterpretación positiva de algunos cambios que se dan como consecuencia de la circunstancia acontecida con el menor (por ejemplo, que el menor debe aprender a dormir en su propia cama en el hospital o a controlar esfínteres); al igual que el autocontrol de los padres para ayudarle a su familiar a lidiar con el proceso de hospitalización y a la resolución planificada de la cascada de asuntos que debe enfrentar la familia que interna a uno de sus miembros (¿quién debe cuidar al menor? ¿cómo conseguir los recursos necesarios para atender la situación? ¿cómo atender los asuntos laborales que quedan descuidados por cuidar al menor en el hospital?, etc.). Los padres de estos menores requieren ayuda psicológica para contener la situación que enfrentan y, evitar así, un desbordamiento de las capacidades de resiliencia del menor de edad ante las secuelas que va a dejar la quemadura. El infortunado evento, además de afectar al menor, es claro que también impacta fuertemente al cuidador primario durante el tratamiento ofrecido (Brown, Egberts, Wardhani, De Young, Kimble, Griffin, Storey, & Kenardy, 2020).

Esto exige que el personal de salud se asegure que los padres comuniquen de manera adecuada a sus hijos los procedimientos clínicos que requieren; eviten exaltarse contra los profesionales de salud de la unidad por los procedimientos que se implementan y controlen sus respuestas emocionales ante las notificaciones que se hacen de la evolución del paciente. En la unidad se procura que los cuidadores conserven unas expectativas adecuadas sobre la mejoría de su familiar y se intenta que haya una comunicación eficiente y permanen-

te con el personal de salud, que permita cultivar elementos para la prevención de nuevas heridas en el paciente. Las respuestas emocionales de los cuidadores pueden desencadenar escenarios aún más insospechados que las del mismo paciente, por eso se debe contar con un trabajo de concientización y aprendizaje, fomentando estrategias de afrontamiento adecuadas ante la evolución del tratamiento y una lectura adecuada de los factores psicosociales que se presentan ante cada situación.



*Intervención de escucha a cuidadores primarios.*

Finalmente, del conjunto de factores psicosociales que evalúa y atiende el psicólogo en una Unidad de Quemados está el grupo de colaboradores vinculados al servicio. Diversos autores de la literatura académica existente en el tema (Guest, Griffiths, & Harcourt, 2018) indican que son centrales las formas cómo se brinda la atención profesional a cada paciente, más allá de sus aspectos técnicos, por lo que, todos los profesionales sanitarios responsables del cuidado del paciente quemado deben contar con las habilidades blandas necesarias para ofrecer el tipo de tratamiento o cuidado óptimo que la condición clínica del paciente debe tener. Usualmente es el psicólogo o algún especia-



lista del área psicosocial quien cuida de que estos aspectos, asociados a componentes relacionales y emocionales en las relaciones profesionales con usuarios de los servicios, cumplan con las condiciones mínimas que requieren los pacientes quemados para que se puedan recuperar de su grave condición médica.

En general, el impacto psicosocial que generan las modalidades de intervención en los servicios o unidades de quemados se observa: en la nueva posición que los pacientes adoptan con el dolor que sienten, en la manera como resignifican el trauma que han vivido y en las oportunidades vitales que comienzan a vislumbrar, con esperanza para su futuro, después de haber pasado por un oscuro túnel de tristeza y desesperación que les había hecho creer que su vida ya había terminado (García Martínez, 2015). Las intervenciones apuntan en general a atender la funcionalidad del paciente basándose en las condiciones particulares que las secuelas de la quemadura han dejado, pero con cuidado especial de la singularidad que los define como sujetos, esperando con ello resultados satisfactorios que les permita continuar con su vida a pesar de las consecuencias que les ha dejado las quemaduras.

Para casos de pacientes pre-quirúrgicos se tienen en cuenta algunos aspectos generales en el manejo de la ansiedad que puedan tener. La adaptación, el manejo de la información sobre los cuidados necesarios para el paciente, la educación precisa sobre los procesos sanitarios y el paso de diferentes intervenciones, son aspectos por fortalecer y renovar constantemente (Gordillo León, Arana Martínez, & Mestas Hernández, 2011).

## **La semiología psiquiátrica del paciente quemado**

Los accidentes graves por quemaduras, además de constituir un atentado a la integridad física y corporal de los sujetos, representan una experiencia de gran potencialidad traumática debido al alto grado de dolor, a la destrucción de tejidos, órganos o miembros, así como, a las alteraciones de la imagen corporal, de la sensibilidad de la piel y de la experiencia emocional general (Guerrero, 2008). Por la connotación traumática que tienen las quemaduras extensas, es común hallar en los pacientes quemados desórdenes mentales que se pueden enmar-

car como cuadros clínicos de estrés postraumático (McLean, Chen, Kwiet, Streimer, Vandervord, & Kornhaber, 2017) y que se ven intensificados por factores previos a la quemadura como la vulnerabilidad socioeconómica del paciente, su integración a contextos sociales con alto riesgo psicosocial, la carencia de redes de apoyo o la existencia en él de enfermedades mentales de base.

Para el paciente quemado la primera experiencia traumática es acostumbrarse al dolor. Autores que se han ocupado de este tema, dan a sus libros títulos como “el rompecabezas del dolor” (Melzack, 1973) o “el reto del dolor” (Melzack y Wall, 1983) para ilustrar de entrada la patente complejidad y dificultad que tiene el tratamiento para mitigar el dolor. Pasar de soportar el dolor a afrontarlo exige al paciente enorme cantidad de recursos psicológicos que algunos declaran no tener en ese momento (capacidad de calmarse, de autoregularse emocionalmente, de mantener la esperanza a pesar de las circunstancias adversas que enfrentan). Desde luego es un reto mayor para todos los pacientes lidiar con la experiencia que ha implicado la quemadura (Revenga Montejano, Bueno Soriano, & González Bixquert, 2018), quienes deben aprender a reconstruir su identidad individual y social a través de las marcas que deja aquella vivencia traumática (imágenes intrusivas, recuerdos del evento, sensaciones de angustia, evitación, etc. ) como condición para adaptarse a la nueva realidad que tendrán ahora y en la que el psicólogo del servicio es de gran apoyo para que se concrete ese recorrido hacia la resiliencia (García Fernández, 2015).

Consecuente con lo anterior, es común el diagnóstico de trastornos de ansiedad en los pacientes quemados. Este cuadro clínico se da porque la persona experimenta el trauma como una situación que le hace perder la sensación de seguridad en el mundo, con lo que, resurgen miedos intensos y básicos, experimentados en la infancia. Alcázar-Gabás, Fidalgo-Pamplona & Laplana-Miguel (2014), mencionan la importancia de considerar la prevalencia de signos clínicos de ansiedad como consideración especial para el desarrollo adecuado en el tratamiento intrahospitalario con pacientes quemados. Advierten que subestimar los rasgos de ansiedad del paciente quemado puede provocar una exacerbación de la sintomatología psiquiátrica y bio-

médica y poca adherencia al tratamiento hospitalario, por lo que, el personal de enfermería debe estar atento a la evolución que tiene el paciente en su plano emocional. Blumenfeld y Schoeps (1993) han clasificado en seis los tipos de ansiedad que experimentan estos pacientes: a) amenaza básica a la integridad narcisista; b) miedo a los extraños; c) miedo a la separación; d) miedo a perder el amor y la aprobación; e) miedo a lesionarse o perder partes del cuerpo y f) miedo a perder el control de las funciones del cuerpo.

Para el caso del impacto percibido, en rangos poblacionales, se menciona cómo el manejo con menores de edad trae desafíos desde el momento posterior al accidente (Egberts, Geenen, De Jong, Hofland, H., & Van Loey, 2020), perjudicando emocionalmente a la persona, dejando una escena traumática que podrá perdurar en su vida, afectando hasta su desarrollo o crecimiento si el evento ocurre en edades tempranas, y riesgos psicosociales marcados, así como una necesidad de apoyo por los familiares o padres, que dejan aún más comprometido la evolución del paciente a factores ajenos que él no podrá controlar, lo cual exacerba la angustia y produce efectos negativos para su evolución.

La ansiedad no es el único signo clínico común que se suele detectar en estos pacientes; El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (Gardner, Knittel-Keren, & Gómez, 2012), tan común en esta población, se realiza ante la presencia de signos persistentes de depresión que suelen estar alimentados por eventos premórbidos traumáticos no asimilados, caracterizados por pérdidas significativas para los sujetos. Todo paciente que ha sufrido una quemadura extensa sobrelleva significativas pérdidas capaces de poner a prueba su estabilidad emocional; pérdidas que se propician por funciones corporales reducidas o desaparecidas al estar supeditadas a miembros u órganos del cuerpo que han sido afectados por la quemadura; por roles sociales en la comunidad que resultan alterados al quedar el paciente con una independencia individual disminuida y hasta por pérdidas materiales y familiares que son consecuencia del evento donde el paciente se quemó (explosiones, incendios, naufragios, etc.). El paciente quemado es una persona que vive en duelo, dominado por ello, por profundos sentimientos de tristeza, así sea, que la actitud que refleja ante los

demás sea de optimismo, resiliencia y tranquilidad. El duelo, que es común a todos los pacientes quemados, es el que se relaciona con su imagen corporal (Cleary, Kornhaber, Kaji Thapa, West, & Visentin, 2020). Se sabe que la estética del cuerpo es central en los procesos de la integración del individuo en el desarrollo de su personalidad y en la apertura que hace cada sujeto a las relaciones sociales, por lo que, el paciente quemado está obligado a enfrentar las secuelas que deja la quemadura; secuelas que suelen traducirse en partes del cuerpo amputadas, cicatrices en la piel, tipo queloides, que tornan poco funcional los movimientos naturales del cuerpo, especialmente en la cara. El paciente quemado debe hacer un esfuerzo descomunal por recuperar su autoconfianza, por sentirse querido y apreciado, a pesar de la común percepción que tienen de “monstruo”. Para ellos, las quemaduras los han convertidos en “monstruos” que asustan a los demás, en especial a los niños, quienes suelen reaccionar con espontáneo miedo al observarlos; esta imagen corporal que proyectan, a partir del evento traumático térmico, se convierte para algunos en la razón última de todas sus desgracias personales y emocionales que empiezan a vivir desde ese momento (perdida del trabajo, divorcio, etc.), lo que conduce a estos pacientes, cuando ya ha pasado la fase crítica de hospitalización, a que opten por encerrarse en sus casas para evitar exponerse en los espacios públicos. La agorafobia es un signo clínico común en los quemados, con efectos notables en sus estados de ánimo, ya que suelen caer en una permanente depresión que no siempre es atendida por el sistema de salud con la debida diligencia que se requiere. El acompañamiento psicológico es desde luego fundamental para que el encierro no sea el destino final de estos pacientes que han logrado sobrevivir a la quemadura.

Por lo demás, algunos pacientes con quemaduras tienen rasgos psicopatológicos, previos al accidente térmico, que se intensifican tras la quemadura (Cousillas Suarez, 2014). La anamnesis que se le realiza a los pacientes quemados revela, por ejemplo, condiciones premórbidas caracterizadas por comportamientos impulsivos, irritables, agresivos, trastornos de sueño, hiperactividad, problemas cognitivos, problemas con el consumo de drogas, hasta diagnósticos psiquiátricos de enfermedades mentales, todos los cuales, los

familiares suelen ubicar como posibles causales de la quemadura que han sufrido: “Niños inquietos que tumban recipientes con comida caliente”, “adultos agresivos que son atacados por desconocidos” o “personas que se quedan dormidas por el efecto de sustancias psicoactivas y que provocan accidentes en los que terminan quemadas”. Estas son algunas de las razones que el entorno familiar presenta para explicar el por qué su paciente se quemó. En la Unidad hospitalaria se destacan los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, cuya adicción además de explicar la quemadura, origina situaciones muy problemáticas en el entorno hospitalario. Estos son pacientes con múltiples retos por enfrentar para su recuperación (Gallach Solano, 2016) ya que requieren un cuidado especial, en su salud mental, al tener reacciones violentas vinculadas a la abstinencia del consumo de drogas (ansiedad, agresividad, alucinaciones, inquietud psicomotora) que lleva a que tengan una recuperación física más lenta. Los pacientes con problemas de adicción suelen tener limitadas competencias psicosociales para lidiar con: tratamientos médicos invasivos, una recuperación física extensa y con las secuelas, como la amputación, que pueden dejar las quemaduras. En algunos casos se logra, con estos pacientes, mejoría en la incorporación de las habilidades psicosociales que tenían previamente al accidente siendo a su vez un factor de motivación esencial para su recuperación física; aunque la experiencia clínica indica que, para ellos, se constituyen en una real limitación la falta de acatamiento de límites, la carencia de apoyo, la presencia de otras morbilidades que afecten la recuperación, reacciones sorprendidas por el tratamiento, hasta eventos traumáticos previos o manejo poco adecuado del dolor, lo que termina agravando seriamente el malestar que causa la quemadura.

## **Conclusiones**

Ubicar los alcances que ha tenido el diálogo de la psicología de la salud con los servicios sanitarios se extiende va unido con el desarrollo de nuevas miradas acerca del paciente, la promoción para nuevas estrategias o medidas de acompañamiento, hasta una discusión fructífera sobre temas en torno a la salud mental y la construcción de nuevas miradas acerca de la salud pública.

En el trabajo con el paciente quemado, su desempeño también ha sido amplio, ubicando nuevas estrategias para la intervención con dichos pacientes, hasta estudiar extensamente aspectos en torno al afrontamiento, la imagen corporal, factores psicosociales, los rasgos de ansiedad presentes, hasta indicadores en torno al manejo de eventos traumáticos y promoción hacia una nueva calidad de vida. La psicología de la salud vino a proponer una posición del paciente quemado como usuario activo durante su recuperación, así como alguien que debe ser visto desde un enfoque diferencial y donde su estructura familiar, las redes de apoyo y antecedentes respecto a su calidad de vida, son parte fundamental para la recuperación.

Continuar estudiando aquellos fenómenos en torno al paciente quemado supone ingresar a los servicios de atención primaria en salud y proponer diálogos directos con profesionales de otras áreas, así como enfocar de manera específica nuevos horizontes para el trabajo y desarrollo de las capacidades adecuadas que el psicólogo debe tener. Se han dado evidentes avances, pero el camino sigue dispuesto a desarrollar nuevas formas de acercarse al trabajo con el paciente quemado y, permitir de ese modo, un mayor abordaje y cuidado acerca de sus necesidades.

## Referencias bibliográficas

- Alcázar-Gabás, M., Fidalgo-Pamplona, M. & Laplana-Miguel, O. (2014), Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. CIRUGÍA PLÁSTICA IBERO-LATINOAMERICANA, 40(2), 159 – 169.
- Arraño, E., Valenzuela, M. & Barrientos, E. (1993), Manejo psicológico del dolor en los niños quemados. Revista Horizonte de Enfermería, 4(1), 55 – 58.
- Brown, E., Egberts, M., Wardhani, R., De Young, A., Kimble, R., Griffin, B., Storey, K. & Kenardy, J. (2020), Parent and clinician communication during paediatric burn wound care: A qualitative study. Journal of Pediatric Nursing, 55, 147-154. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.08.003>

- Cleary, M., Kornhaber, R., Kaji Thapa, D., West, S. & Visentin, D. (2020), A quantitative systematic review assessing the impact of burn injuries on body image. *Body Image*, 33, 47-65, <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.008>
- Contreras F, Londoño C, Vinaccia S, Quiceno JM. (2006), Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Invest. educ. enferm.* (24)2: 120-129
- Cousillas Suarez, P. (2014), Psicopatología en pacientes quemados. Proyecto Lumbre, *Psicología*, (vol)Nro, 49 – 52.
- Duque de Estrada, Grau Abalo, Hernández Meléndez, Werner Sebastiani, (2005), La Psicología De La Salud En La Atención Hospitalaria. En, Grau, J.A.; Meléndez, E.H. (org) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (p, 295 – 232). Ed. Univ. Guadalajara – Centro de Ciencias de la Salud, México
- Flórez Alarcón, Luis (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3),681-693. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=647/64750320>
- Gallach Solano, E. (2016), Retos y desafíos del paciente Gran Quemado: La intervención desde la Psicología Clínica. Proyecto Lumbre, *Psicología*, (vol)Nro, 51 – 57.
- García Fernández, J. (2015), El estrés postraumático en pacientes quemados: “No es para tanto”. Proyecto Lumbre, *Psicología*, (vol)Nro, 27 – 31.
- García Martínez, E. (2015), Efectividad De Los Tratamientos No Farmacológicos En Cicatrices Patológicas, Postraumáticas Y Postquirúrgicas Para La Disminución Del Prurito, El Dolor Y Los Síntomas Psicológicos: Una Revisión Sistemática. Trabajo de grado para obtención de título de fisioterapia. Universidad de Lleida – España.
- Gardner, P., Knittel-Keren, D. & Gomez, M. (2012), The Posttraumatic Stress Disorder Checklist as a Screening Measure for Posttraumatic Stress Disorder in Rehabilitation After Burn Injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(4), 623-628 <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.11.015>.
- Guest, E., Griffiths, C., & Harcourt, D. (2018). A qualitative exploration of psychosocial specialists’ experiences of providing sup-

- port in UK burn care services. *Scars, Burns & Healing*. <https://doi.org/10.1177/2059513118764881>
- Gordillo León, Fernando, Arana Martínez, José M., & Mestas Hernández, Lilia. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>
- Lagos H., E., Loubat O., M., Muñoz A., E., & Vera de la F., P. (2004). Estrategias de Afrontamiento de Padres de Niños con Secuelas de Quemaduras Visibles. *Revista de Psicología*, 13(2), Pág. 51-62. doi:10.5354/0719-0581.2004.17654
- Marthe R Egberts, M., Geenen, R., de Jong, A., Hofland, H., & Van Loey, N. (2020), The aftermath of burn injury from the child's perspective: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 25,(13-14), 2464 -2474.
- McLean, L., Chen, R., Kwiet, J., Streimer, J., Vandervord, J., & Kornhaber, R. (2017). A clinical update on posttraumatic stress disorder in burn injury survivors. *Australasian Psychiatry*, 25(4), 348-350. <https://doi.org/10.1177/1039856217700285>
- Melzack, R. (1973). *The puzzle of pain*. Harmondsworth, London - England. Penguin Books.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1988). *The challenge of pain* London - England. Penguin Books.
- Moncada, S. (2015), psicología y atención primaria de salud: una propuesta de competencias. *Temas DE actualidad, Rev Chil Salud Pública*, 19 (3), 293-304.
- Mucci, M., & Benaim, D:(2006), *Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas*. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (6), 123-138.
- Obando Cabezas, L. (2020). El psicólogo en el contexto hospitalario. Un profesional de la salud imprescindible. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 18-40). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.



- Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (2020). Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. En, Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud (pp. 42-76). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.
- Ortigosa, J. & Méndez, J. (1998), Procedimientos De Preparación Psicológica A La Cirugía En Hospitales Infantiles: Un Estudio De Ámbito Nacional. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 79 – 95.
- Piña, Julio, & Rivera, Blanca (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*, 5(3),669-679. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=647/64750319>
- Reig-Ferrer, A. (2005), ¿Qué debe saber un médico de psicología? Análisis y modificaciones de la conducta, 31(136-137), 273 – 311.
- Revenga Montejano, S., Bueno Soriano, M. & González Bixquert, L. (2018), Tratamientos psicológicos del dolor en pacientes quemados. Proyecto Lumbre, *Psicología*, (vol)Nro, 62 – 67.



*El mundo rompe a todos, y después, algunos son fuertes en los lugares rotos.*

***Ernest Hemingway***



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

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

**Lucely Obando Cabezas**

Universidad Libre, Seccional Cali.

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



*Intervención psicológica.*

Fuente: Foto tomada del registro personal de la autora.

**Cita este capítulo / Cite this chapter**

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

## Resumen

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

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

## Summary

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

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

## Introducción

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

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

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

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

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

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

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

## **Aportes teóricos sobre la intervención con pacientes quemados**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **La intervención psicológica y sus diferentes estrategias**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Conclusiones

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

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

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

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

## Referencias bibliográficas

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



- cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida”. III Foro de PFIZER. Recuperado de: [https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes/2009/FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf)
- Donker, F. J. (1991): «Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico». En G. Buela y V. E. Caballo (comps.), *Manuel de Psicología Clínica aplicada*. Madrid, Siglo M.
- F. Fernández, F., Puebla, I. & Carrillo. L. (2015), Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. *Rev. Médica Granma* 19(1), 1 – 15. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mull151b.pdf>
- Ferretiz-López, G., Cárdenas-Herrera, N. & Martínez-Nápoles, A. (2019), Manejo de dolor en el paciente quemado. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42(1), 312 – 317.
- Ferro Morales, A. & Ospino Gonzales C. (2019), *Conceptos actuales en quemaduras: un manual basado en la evidencia*. Universidad del Bosque, Facultad de Medicina. Trabajo para título de especialista en cirugía plástica, estética y reconstructiva. Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de: [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1829/Ospino\\_Gonzalez\\_Carlos\\_Alejandro\\_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1829/Ospino_Gonzalez_Carlos_Alejandro_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Figueroa. C. (2011), Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander, Facultad de salud. Trabajo para título de Magister en Epidemiología. Bucaramanga – Colombia. Recuperado de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf>
- Gallach, E., Pérez del Caz, M. & Vivó, C. (015), Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 41(4), 427 – 436. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n4/original9.pdf>
- Gallardo. R. (2006) Naturaleza del estado de ánimo. *Rev. Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 29 – 40. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179317886004.pdf>
- Herrera. L. (2008), Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en*

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

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



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

***Arthur Golden***



# Alteraciones en la imagen corporal de pacientes quemados

*Alterations in the body image of burn patients*

**Lucely Obando Cabezas**

Universidad Libre, Seccional Cali.

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

**Sulma Lorena Escobar Castillo**

Universidad de San Buenaventura, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0002-7267-7681>



**Cita este capítulo / Cite this chapter**

Obando Cabezas, L. y Escobar Castillo, S. L. (2022). Alteraciones en la imagen corporal de pacientes quemados. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.* (pp. 63-83). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

## Resumen

El presente texto muestra los resultados obtenidos en el estudio sobre las alteraciones en la imagen corporal que tenían cuatro pacientes quemados ingresados a un hospital de alta complejidad de la ciudad de Cali – Colombia, en su Unidad de Quemados. La investigación tuvo un diseño de estudio de caso cuyos datos se obtuvieron con las técnicas de la entrevista semiestructurada y de dibujo libre. Los datos indican cambios notorios en la imagen corporal y la manifestación de signos de ansiedad, depresión, inquietud y poca tolerancia hacia el tratamiento, así como algunas dificultades en el proceso de la recuperación, por lo cual se destaca el valor que obtiene la psicología en aquellos escenarios para brindar acompañamiento para la elaboración psicológica de dichas situaciones.

**Palabras clave:** imagen corporal, quemaduras, estudio de caso, autoconcepto.

## Summary

This text presents the results obtained in a study on body image alterations in four burn patients admitted to a highly complex hospital in the city of Cali - Colombia, in its Burns Unit. The research had a case study design whose data were obtained with the techniques of the semi-structured interview and free drawing. The data indicate noticeable changes in body image and the manifestation of signs of anxiety, depression, restlessness and little tolerance towards treatment, as well as some difficulties in the recovery process, which highlights the value obtained by psychology in those scenarios to provide support for the psychological elaboration of said situations.

**Keywords:** body image, burns, case study, self-concept.



## Introducción

La psicología, como disciplina afín con el sector salud, tiene presencia constante en diferentes servicios o unidades de atención, ya sea en hospitales, clínicas o centro de salud. Su labor, además del acompañamiento y valoración del estado emocional del paciente, acompañantes, reconocimiento de factores de riesgo y elementos protectores, así como dirección en el desarrollo para un adecuado tratamiento, está además presente en aquellas nuevas propuestas o intervenciones que permitan analizar posibles factores de incidencia o impacto en la vida de los individuos.

Para el caso de unidades de pacientes quemados, su labor ocupa, además del acompañamiento, un trabajo particular de educación, contención y posible elaboración sobre aquellas secuelas, quizás traumáticas, que han quedado en la vida de aquel individuo. De aquellos asuntos, obedece preguntarse acerca de la posición del cuerpo, como parte de aquel entramado social que deja sujetado al paciente a percibir una nueva relación con su cuerpo (Pruzinsky y Cash, 1990). Considerando la importancia que tiene el cuerpo en el ser humano es importante investigar los efectos cuando es lesionado por una quemadura causada por los diferentes agentes con consecuencias leves o fatales.

De aquellos factores, es importante estudiar a través de la intervención psicológica dirigida cómo se configura la imagen corporal del paciente quemado (Pruzinsky y Cash, 1990), considerando además los aspectos que tanto física como emocional y socialmente pueden verse alterados. De esta manera, se considera pertinente, analizar las alteraciones que produce una quemadura en la imagen corporal en pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados de un hospital de alta complejidad de Cali – Colombia.

La pertinencia de este estudio reposa en la discusión que permite analizar elementos de la intervención psicológica desde el escenario de un hospital, y respectivamente de una unidad de quemados, donde se tiene acercamiento directo con la población, así como la discusión de manera interdisciplinaria sobre el avance en los tratamientos y las categorías de análisis que pueden surgir durante el proceso. Así

mismo, se permite evaluar las alteraciones en las capacidades del individuo, cambios en su conducta, percepción de factores de riesgo, etc. por medio de la discusión en torno al concepto de imagen corporal (Pruzinsky y Cash, 1990). Se destaca además cómo la intervención pretende ser parte del acompañamiento propio que la unidad ofrece, sin estigmatizar o saturar al paciente y permitir profundizar en torno a las diferentes alteraciones percibidas, los factores que están en juego y la importancia del contexto en torno a la adherencia al tratamiento y pronta recuperación.

La imagen corporal es una forma de expresión y de establecer relaciones con los otros, es asumir un rol con el fin de obtener inserción y reconocimiento, pertenecer a un lugar, el cual se percibe amenazado, después de sufrir el evento, con diferentes alteraciones y deformidades que desestructuran su subjetividad que emerge en sus relatos. La manifestación del dolor o deterioro físico que el paciente percibe y su relación emocional con las secuelas, junto a los factores externos (pérdida de un miembro, incapacidad física, deterioro en la calidad de vida), son aspectos para tener en cuenta que nutren la discusión en torno el impacto que puede existir en la imagen corporal de cualquier individuo, posterior a sucesos como estos.

Finalmente, un abordaje desde estas categorías es una contribución directa para la psicología ya que contribuye a nuevas oportunidades de diálogo entre el área de la salud y la intervención clínica. Así mismo. Su labor desde el análisis de fenómenos clínicos posee miradas particulares que, nutridas con la intervención, configuran nuevas oportunidades de trabajo y actualización sobre las labores del psicólogo en los servicios médicos y su respectivo aporte.

## Aproximaciones teóricas respecto a la imagen corporal



Paciente con quemaduras faciales. Tomado de registro personal de la autora.

La imagen corporal es un concepto que intenta aproximarse a develar la importancia del cuerpo, como parte de una personalidad, de una historia de vida, así como de las relaciones con terceros, quienes permiten entablar nuevas miradas o posiciones respecto a la vida particular de cada individuo (Baile Ayensa, 2003). Su desarrollo viene supeditado, además del crecimiento que el individuo posee, al contexto donde se desarrolla; la imagen corporal configura una realidad particular donde convergen asuntos respecto al género, intereses, ocupaciones, motivaciones, cuidados, etc. (Vaquero-Cristóbal, Alacid, María Muyor & López-Miñarro, 2013). Se habla además de la composición que todo ello ocupa, puesto que, de la constitución de una identidad emergen también aspectos como padecimientos, enfermedades o accidentes que puedan perturbar, hasta de por vida, la imagen corporal del individuo, uno de esos accidentes: las quemaduras.

La representación del cuerpo viene saturada de percepciones donde limita la identidad de cada sujeto, sobre la identidad de otros (Raich, 2011). De esta manera, tanto la medición, como la comprensión y estudios de la imagen corporal, viene sujeta a fenómenos donde converge la posición del individuo respecto a otros; se trata de un concepto que implica indirectamente las posiciones o miradas de otros para su entendimiento.

Sobre dichas cuestiones, aparece la inquietud en torno a la experiencia de vivir eventos o situaciones que perjudiquen aquella composición, como las quemaduras. Se trata de lesiones que marcan (tanto física como emocionalmente) a la persona, quien debe intentar reconstruir aquello de su identidad que se vio perjudicado o devaluado, por medio de los recursos o elementos propios que han quedado todavía en el sujeto (Rojas Cebrero, & Romero Pérez, 2010). La imagen corporal refleja aquellos padecimientos, el sujeto intenta lidiar con ello y volver a tejer una identidad replanteando desde los elementos que pudo perder, una nueva visión de su realidad. Vencer el estigma, la huella que perjudica tanto las relaciones sociales como la relación del sujeto con su propia identidad es un desafío que tanto el tratamiento, como los procedimientos y la recuperación de pacientes quemados intentan realizar.

## **Metodología**

El presente estudio corresponde al análisis de las alteraciones que produce una quemadura en la imagen corporal de pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad de Quemados de un hospital de alta complejidad de Cali – Colombia. Corresponde a un estudio de corte cualitativo, de orden descriptivo, donde se pretende descifrar los fenómenos hallados en los pacientes a través de la conceptualización de la imagen corporal por medio de la intervención clínica durante su recuperación.

Para su aplicación se tuvo en cuenta estrategias como entrevistas semi-estructuradas, de la misma manera se realizaron observaciones, que fueron categorizadas bajo rejillas como información para un

posterior análisis, así como la técnica de dibujo libre, siendo una herramienta de análisis valiosa para conocer aspectos sobre la autoestima, imagen corporal, aspectos de la personalidad, etc. Como parte de las intervenciones, se realizaron con el dibujo libre las siguientes preguntas: ¿Qué es lo que más le gusta de su cuerpo? ¿Qué es lo que menos le gusta de su cuerpo? ¿Cómo le gustaría tener su cuerpo? ¿Cómo te sientes ahora con esas alteraciones por la quemadura?

Para su desarrollo se tuvo en cuenta la metodología de estudio de caso (Enrique & Barrio Fraile, 2018), se consideraron cuatro casos (tabla 1), escogidos por la profundidad del impacto emocional que había dejado la quemadura en su cuerpo, con rasgos de depresión, insomnio, pérdida del apetito, etc., así como por la solicitud de interconsultas para brindar seguimiento desde el área de Psicología.

Se tuvo en cuenta durante el desarrollo del estudio poder hallar aquellas características de la historia de vida del paciente, el significado o impacto que pudo dejar el evento vivido, su concepción de la imagen corporal y los avances en torno al tratamiento durante su estancia en el servicio.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los pacientes.

Nº	Sexo	Edad	Ciudad de origen	Nivel de quemadura	Zona afectada	Tiempo en el servicio
1) Sujeto "A"	Hombre	13	Roldanillo - Valle	IIIAB	Rostro, tórax y miembro inferior derecho, abarcando el 30% del área corporal	Seis meses
2) Sujeto "B"	Hombre	21	Río Frio - Valle	IIAB	Miembro superior derecho y mano, abarcando el 10% del área corporal	Tres meses
3) Sujeto "C"	Mujer	24	Cali - Valle	II AB	Miembros inferiores, superiores, manos y estomago	Cinco meses
4) Sujeto "E"	Hombre	49	Cali - Valle	IIAB	Miembros inferiores y cabeza	Cinco meses

Fuente: Elaboración propia.

## Resultados

Para los resultados, se definieron tres categorías de análisis de acuerdo con la concepción de imagen corporal ofrecida por Pruzinsky y Cash (1990):

- a) Imagen perceptual, donde se toma aquellos elementos percibidos sobre el cuerpo, desde sus detalles, así como sus partes y forma.
- b) Imagen cognitiva, que consiste en las creencias o ideas obtenidas o desarrolladas sobre el cuerpo.
- c) Imagen emocional, donde se refleja la satisfacción con la figura y las experiencias donde esta se ve implicada.

Sobre la categoría de *imagen perceptual*, se tuvo en cuenta para ello, los datos ofrecidos por la entrevista semiestructurada con fines exploratorios, para conocer los motivos más relevantes en cuanto a la dimensión del problema, con preguntas que hacían alusión al dibujo de la imagen corporal, para evaluar factores asociados a alteraciones de la imagen corporal de los pacientes, que emiten un juicio que se construye por alteraciones perceptivas del auto concepto emergiendo sus subjetividades de su imagen corporal.

El sujeto “A”, responde por un gusto de su imagen corporal evidencia una aceptación de su imagen corporal, centrada en esas partes que no le producen dolor, presentándose una fragmentación corporal, pero rechaza las partes físicas alteradas que le producen malestar y distorsión en su imagen corporal, como su rostro. Por un tiempo quiere ocultarse de las miradas indiscretas de los otros, además, está muy afectado emocionalmente por las lesiones en su rostro, ya que cada vez que habla, expresa sentimientos de tristeza y llanto. El no poder esconder su rostro desencadena angustia, ansiedad. Refiere que por las alteraciones evidentes de su rostro va a ser objeto de rechazo por parte de otros; incorporando un sentimiento de auto-desprecio consigo mismo. Sus pensamientos se remiten a la construcción de imagen corporal que el sujeto tiene en cuanto a la aceptación corporal con los demás, ya que se adelanta a emitir un juicio antes de experimentar la situación, si realmente otros niños lo rechazaran por su rostro alterado.

El sujeto “B” se identifica con la sonrisa que refleja el dibujo, la importancia de las Expresiones Corporales las cuales están limitadas por la alteración, donde su percepción es evaluadora de su distorsión, además este sujeto piensa ocultar su imagen, pero por recomendaciones médicas, no se siente amenazado por las miradas de los otros, además tiene una forma de solucionar el problema: usar ropa larga que esconda las cicatrices de sus brazos. No le preocupa la aceptación de los otros, no es un agente que ocasione malestar consigo mismo, se argumenta en que cualquier persona puede sufrir una experiencia como esta, y no la considera amenazante para él en cuanto a la relación con otros.

El sujeto “C” la satisfacción de su imagen lo centra en las cejas, ya que para este sujeto la imagen corporal debe ser estética, bonita, parejas sin alteración, la parte afectiva hacia su imagen corporal se manifiesta acompañada de la presencia de emociones y pensamientos negativos debido a su apariencia física. Pero este sujeto se defiende de sus alteraciones corporales con la utilización en su vestuario de faldas largas que tapen sus piernas y su estómago, algo diferente a la forma que vestía antes de sufrir el accidente, es decir opta por un cambio de hábito. Además, refiere que va a ser objeto de rechazo por sus alteraciones corporales, pero la opinión de otros no le importa tanto como la opinión de su esposo, ya que ella piensa que las alteraciones de sus partes íntimas pueden alterar la relación con su esposo y esta empeore o cambie negativamente, ya que está acostumbrado a que ella se vista diferente en la “intimidad”, “además, siempre mi esposo admira mi cuerpo y mis piernas en la intimidad”, pero ahora dice no tener herramientas para afrontar la situación, le da miedo entablar una relación íntima con su pareja por temor al rechazo, esta situación le preocupa ya que puede perder al ser único que ama después de su hija y sus padres.

En el sujeto “D” se evidencia una percepción negativa de su imagen corporal, significándola como impedimento para su propia realización laboral, estas percepciones son suscitadas por las limitaciones que impiden su funcionamiento y piensa que por sus alteraciones corporales va a ser objeto de rechazo en la parte laboral, refiere sentirse en desventaja con otros.

En cuanto a las partes que no les gusta de su imagen corporal, el sujeto "A", responde que su rostro, al referirse a esto emergen sentimientos de tristeza acompañado por llanto, emoción que le hace pensar en abandonar el desarrollo de su proyecto de vida, ya que este sujeto en las entrevistas realizadas relata el deseo de no asistir a sitios sociales, como no regresar al colegio, siendo obvio que esas alteraciones perceptivas reflejadas especialmente en su rostro alteraron su parte subjetiva, El sujeto "B" presenta preocupación por la total recuperación de su brazo, pero acepta una anomalía física leve de una parte de su imagen corporal que provoca malestar y dolor.

El sujeto "C" hace un auto rechazo por las partes alteradas a las cuales llama "raras, oscuras, marcadas", una clara preocupación por el aspecto físico el cual provoca un defecto imaginado, presentado por las anomalías físicas, la preocupación de este sujeto es excesiva, provocando incomodidades que perjudican sus relaciones familiares, en especial con su pareja.

Siguiendo con develar las alteraciones que produjo el acaecer en su imagen corporal evaluando por el deseo de su imagen corporal, el sujeto "A" en cuanto a su deseo corporal expresa un "NO", su deseo se centra en un cuerpo normal que le proporcione bienestar, felicidad como el que tenía antes. Para el sujeto "B" su deseo es enunciado por el pasado, una imagen corporal saludable físicamente que no dé lugar al recuerdo de este "accidente", para el sujeto "C", su deseo en cuanto a su imagen corporal es un pasado que le proporcionó seguridad, aceptación consigo misma; pero refiere que por lo sucedido, sus condiciones de vida han cambiado, debe someterse a usar elementos (como licras) que son objetos, por los cuales, recuerda la imagen real corpórea alterada, proporcionando una insatisfacción con su imagen corporal actual. Para el sujeto "D", su deseo es tener las capacidades energéticas que son las fuentes que le ayudan a fortalecer su desarrollo personal y laboral. Le preocupa la incapacidad ya que en la entrevista relata "el sustento de mi vida depende solo de mí" además refiere ser un sujeto independiente para sobrevivir.

Para la categoría de *imagen cognitiva*, el material utilizado fueron los hallazgos brindados por la técnica de dibujo libre, como forma



de expresión, donde los pacientes plasman cómo perciben su imagen corporal y en las entrevistas cómo significan las alteraciones corporales después de padecer el acaecer traumático; develando la construcción de autoconcepto, donde se evidencia la integración de otros elementos como la historia de vida, sus factores de riesgo, así como de protección, relaciones sociales, etc. que permiten asimilar la vida y convivencia con otros.

Esas alteraciones corporales fueron las fuentes para que se originara en los pacientes cambio en su autoconcepto, cambiaron sus pensamientos acerca de sí mismos, de quienes son, de sus rasgos y capacidades en general su “construcción cognitiva” evaluándose respecto a su yo, en algunos pacientes se presenta la despersonalización, plasmada en el dibujo, esto se evidencia con el sujeto “C” ya que su dibujo de imagen corporal no corresponde a la imagen corporal real, plasma una figura gorda desproporcionada en forma y tamaño, lo cual fue desencadenado por las alteraciones en sus piernas y brazos altero la parte perceptual de sí mismo, el sujeto desproporciona la forma y tamaño de su imagen, además en su dibujo reviste el cuerpo de ropas largas dejando prever que hay una conciencia de las alteraciones físicas pero son ocultadas, significando un rechazo de estas como partes de su imagen corporal. El sujeto “A” en el dibujo de su imagen corporal plasma claramente las partes alteradas, que se centran específicamente en el rostro, dejando prever que las alteraciones modificaron su percepción, pero no en toda su dimensión. En cuanto a su tamaño corporal trató de plasmarlo como realmente es su imagen corporal, evidenciando una alteración de las formas físicas de la imagen, hay una aceptación de esas alteraciones corporales las cuales producen malestar por miedo al rechazo de otros, ya que los niños y adolescentes incorporan su auto imagen de cómo lo ven los demás, este sujeto “A” emite un juicio de sí mismo afectivo negativo lleno de inseguridad el cual desencadenó auto rechazo de ese “ nuevo yo corporal” donde esa imagen no le proporciona salubridad al contrario se siente enfermo.

El sujeto “B” en el dibujo de su imagen corporal se puede evidenciar que las alteraciones afectaron una parte específica, da lugar a la distorsión total corpórea, El sujeto “C” al auto observarse la

dimensión de alteraciones que desencadenen la quemadura, se siente “una mujer desdichada fea” donde no existe sentimiento de felicidad con su imagen corporal además es evidente el auto rechazo corporal acompañado de impedimento para realizar sus pensamientos relacionados con la moda, la estética “no puedo mostrar mi cuerpo jamás” las alteraciones producen un sentimiento desfavorable consigo misma el “no puedo hacer” es una condición de vida.

El sujeto “D” las alteraciones corporales no las percibe como cambio de su yo, este sujeto califica la imagen corporal como un medio que aporta beneficios, para el desempeño en una determinada acción como un trabajo u otras actividades, no se centra en cicatrices o dolor, para este sujeto cambia su auto concepto en cuanto a la evaluación de la imagen corporal, pero en la realización de una acción. El sujeto cuando observa su imagen corporal no emite juicio en cuanto a la parte estructural o la forma de las alteraciones corporales no tiene gran incidencia y no produce malestar, para este sujeto es primordial tener su funcionamiento corporal normal, que le permita desarrollarse en sus labores cotidianas en esas condiciones alteradas corporales es que no permite su auto desarrollo, se define como un sujeto inservible para sí mismo y para los demás, su malestar se centra en que está imposibilitado.

A través de este instrumento se puede evidenciar que las alteraciones corporales en estos pacientes tiene diferentes dimensiones en cuanto al cambio de su auto concepto debido al cambio de su imagen corporal, así como el desarrollo de sus habilidades encaminadas a evaluar su propio yo, como sus capacidades en el desempeño individual y social, en otro sujeto fue un cambio radical que transformó su percepción total de su yo, donde esta alteración determina como se siente con la representación de su imagen corporal alterada, esta produce sentimiento de auto rechazo de su yo, incorporando la imagen corporal como la parte negativa.

Sobre la categoría final de *imagen emocional*, se integraron los hallazgos de la entrevista semi – estructurada, y el dibujo libre, para comprender las alteraciones a nivel emocional que supuso los daños en su imagen corporal, y dichos hallazgos discutirlos a través de la literatura.

El sujeto “A” compara el estado anterior de su vida con el de ahora, evaluando que al observar su rostro se siente triste y que sus emociones apuntan a adoptar una actitud negativa en cuanto a su imagen corporal alterada, porque ya es víctima del dolor y de las deformidades corporales, alterando sus emociones cuando recuerda su rostro “desfigurado” invadiéndolo la tristeza y el llanto, igualmente refiere que su familia no tiene dinero para pagarle las cirugías de rostro y su servicio de salud no le cubre estas, este pensamiento aumenta su desesperanza disminuyendo la posibilidad de tener un bienestar total. Además, este sujeto siente su imagen corporal enferma la cual le ocasiona mucho dolor, esto le imposibilita desarrollar sus habilidades y proporcionar satisfacción consigo mismo y afrontar la situación de otra manera, optando por otra aptitud que lo haga parte del proceso de recuperación.

El sujeto “B” refiere un estado emocional negativo en cuanto a su imagen corporal “no me gusta como se ve mi brazo” y lo compara con todo su cuerpo lo cual le produce malestar y “mal genio” perdiendo el sueño y el hambre. Además, este sujeto asume el accidente como una superación personal en otras entrevistas realizadas, pero observar las cicatrices alteran sus emociones “me tensiono”, “me angustio” “no sé con exactitud cómo quedará mi brazo” relatos expresados en otras entrevistas. Aunque acepta estar recuperándose, pero su aptitud es negativa con su imagen corporal porque agrega un calificativo de enferma (Rojas Cebrero, & Romero Pérez, 2010).

El sujeto “C” refiere sus emociones muy relacionadas con las alteraciones de su imagen corporal emocionalmente se siente “mal, fea, rara” en otras entrevistas relataba sentirse “decrepita” “frustrada” emocionalmente siente que no es su cuerpo y por eso emerge un auto rechazo consigo misma, dando lugar a que se presente ansiedad y algunos síntomas depresivos como insomnio y pérdida de apetito. Además, siente no tener habilidades ni condiciones para afrontar la enfermedad, ya que tiene una actitud sumisa de aceptación que todo se lo hagan, aceptando su incapacidad negativamente siente no tener solución en sus manos, ya que percibe la magnitud de sus alteraciones corporales enormes.

El sujeto “D” refiere no aceptar su cuerpo, por las consecuencias que dejaron las quemaduras, entre ella su invalidez “me trae dificultades”, “perdí movimiento y mi libertad” “este es un Vacilón duro” “me siento mal, triste la calle, las mujeres me hacen mucha falta”. Además de sentir alteraciones corporales refiere que esas alteraciones dieron como resultados otras más severas las cuales imposibilitan desarrollar sus habilidades consigo mismo y mejorar sus condiciones en cuanto a la enfermedad.

## Discusión

Se encontraron, en primera instancia, resultados a partir de los instrumentos de recolección de información utilizados ya expuestos anteriormente; las alteraciones que se evidenciaron en los sujetos estudiados fueron alteraciones físicas de la imagen corporal, estas alteraciones son el principal agente o motivo que desencadena otros síntomas como ansiedad, depresión, etc.; estas emociones surgen en los sujetos al auto-observar su imagen llena de cicatrices, retracciones o pérdida de sus miembros, de movimientos corporales; en este sentido entran en acción argumentos referidos por autores como Pruzinsky y Cash (1990) quienes refieren que existen varias imágenes corporales interrelacionadas como la imagen perceptual, cognitiva y emocional. Cuando el paciente percibe alteraciones en su imagen perceptual se refiere a los aspectos perceptivos con respecto a su esquema corporal mental como el cambio en tamaño y forma, y esta no es igual a la que tenía antes de sufrir el accidente (Vaquero-Cristóbal, Alacid, María Muyor & López-Miñarro, 2013; Ávila Ramírez, Tosta Berlinck, 2013).

Baile Ayensa (2003) enuncia que en esta instancia se concuerda que la imagen corporal no es fija o estática es un constructo dinámico que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias o de influencias sociales.

Consecuentemente, cuando el paciente percibe su imagen corporal alterada, este factor influye en el procesamiento de la información, cambia la forma de percibir el mundo e incorpora sentimientos

emocionales en contra o a favor de sí mismo, lo cual se evidencia e influye en su comportamiento presentando síntomas como desadaptación al medio hospitalario y por ende se desencadenan otros síntomas emocionales, psicológicos y conductuales (Alcázar-Gabás, Fidalgo-Pamplona, & Laplana-Miguel, 2014).

Los pacientes refieren sentimientos de minusvalía, tristeza, angustia, tensión, involucrando un juicio desagradable consigo mismo: “me siento rara, fea, decrepita”. Esta alteración del autoconcepto trae como consecuencia que el paciente adopte una actitud negativa, manifestándose alteraciones en los procesos psicológicos como el pensamiento, la percepción, las emociones reflejadas en la conducta.

En los cuatro casos de estudio el grado de alteración corporal es diferente, para algunos sujetos las quemaduras cambiaron su autoconcepto, aunque toda la imagen corporal haya sido alterada, su preocupación se centra solo en una parte como el rostro, el brazo o la mano. Esto puede estar relacionado con mitos elaborados por motivaciones estéticas y comerciales que salen a flote por medio de la publicidad, convirtiéndose en el arquetipo de belleza (Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira, & Carvalho, 2007). La presencia física de la imagen corporal tiene una repercusión social inevitable que se proyecta en poseer determinadas cualidades físicas que varían entre las culturas. Y para estos sujetos es importante mantener estas partes sanas, como sus cualidades físicas, para pertenecer a un determinado arquetipo de belleza.

Para algunos sujetos participantes (con quemaduras en brazos y piernas) alteró toda la estructura física corpórea y su autoconcepto perceptual en tamaño y forma. Para otros sujetos no agrega las alteraciones corporales no fueron percibidas como motivo para cambio de apariencia física; en cuanto a su autoconcepto, debido a que estos sujetos centran su autoconcepto este sujeto se centra en el desarrollo de sus habilidades motoras y es ahí donde percibe las alteraciones (Choinière, Melzack, Rondeau, Girard, & Paquin, 1989).

Las alteraciones corporales que desencadenaron un cambio en el autoconcepto producen una fragmentación corporal en cuanto al gusto por la imagen corporal; algunos pacientes aceptan las partes

corporales que no producen dolor o están intactas o no fueron alteradas por las quemaduras; para otros, consolidan el gusto por la parte expresiva como la (sonrisa) ya que al estar alterada la imagen corporal optan como una alternativa de expresión; además, autores como (Pruzinsky, & Cash, 1990) plantean que la imagen corporal es la parte expresiva del ser humano. Para otros sujetos tener alteraciones corporales es motivo de insatisfacción consigo mismo, no hay alternativa de placer.

Para obtener una idea general de cuál es el agente que desencadena el malestar con su autoconcepto, los pacientes señalan como culpable, la parte que sufrió alteraciones y, por ende, ocasionó distorsión de su forma original. Se presenta la fragmentación corporal y rechazo a las partes alteradas, instalándose el deseo por volver a tener una imagen corporal sin distorsiones y una forma en que se consolida ese deseo es remitirse a su vida pasada donde no había sufrido quemaduras: aceptan el pasado como momentos de plenitud, gozo, satisfacción consigo mismo y rechazan vivir el presente ya que les representa dolor, sufrimiento, separación familiar, abandono de su rol y, por ende, se desencadenan sentimientos que evocan a su estado de alteración en su autoconcepto, los cuales son negativos (Eiroa-Orosa, Tasqué-Cebrián, Fidel-Kinori, Giannoni-Pastor, & Argüello-Alonso, 2012). La alteración de la imagen corporal modifica las otras tres imágenes: perceptual, cognitiva y emocional; el cambio de una, prolifera el de la otra, constituyéndose en una causa para afirmar que algunos pacientes presentan un cuadro con baja autoestima evidenciada en la forma de pensar, amarse, sentirse y comportarse consigo mismo; se evidencia una escasa valoración personal un descontento e insatisfacción consigo mismo, acompañado de sentimientos de inseguridad y dudas de lo que piensan (Klinge, Chamberlain, Redden, & King, 2009).

Los pacientes con alteraciones en su imagen cognitiva presentan sensación de amenaza interpersonal cuando refieren que con sus condiciones es imposible conseguir empleo o que por las alteraciones van a ser rechazados por sus seres queridos. Otros optan por abandonar lugares públicos, ya que las alteraciones despiertan un alto grado de sensibilidad a la crítica, la mirada de los otros les

causa malestar. Teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que las alteraciones de su imagen cognitiva producen susceptibilidad y miedo a sentirse humillado y rechazado por los demás, pero es por la falta de confianza consigo mismo en cuanto a sus propios juicios y piensan que esas críticas o esos rechazos son o van a ser ciertas.

Por su alteración en la imagen emocional (baja autoestima) los pacientes optan o prefieren la soledad para evitar afrontar la situación, ya que no se sienten cómodos entre la gente lo cual es la razón para estar aislados. El temor al fracaso generado por su pobre concepto de sí, no les permite admitir su imagen corporal alterada con cicatrices, incapacitada, debilitada; no les ayuda a construir herramientas para afrontar la situación y enfrentar el fracaso como una posibilidad de crecimiento y experiencia como lo expresan algunos pacientes: “me siento decrepita súper fea, la más infeliz de las mujeres siento rabia, mucha rabia”; otro de los sujetos refiere “me siento inservible, así quien me va a dar trabajo, hasta los amigos se alejan de verme así, estoy jodido”.

Lo expresado por los sujetos del presente estudio va muy acorde con lo referido por algunos autores en relación a la imagen emocional vista como la capacidad que tienen los sujetos de valorarse a sí mismo y la forma como perciben las situaciones desde sus propias emociones y sentimientos, en este sentido, al existir una insatisfacción corporal con su imagen es como llevar una carga pesada, obligado a transportarla y es considerada de muy poco valor, porque no genera identidad con el esquema corporal que está en su estructura en cuanto a su forma y tamaño original (Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira, & Carvalho, 2007).

Otra situación encontrada, es que se percibe la imagen corporal como la culpable de generar rechazos por no tener las mismas condiciones, desarrollando un estado de inferioridad en comparación con los otros sujetos considerados normales, sin ninguna alteración corporal. Sus propios valores se refuerzan en negativo: “algunos amigos no va a querer jugar conmigo, se van a reír de mi rostro desfigurado”. En este sentido Alcázar, Fidalgo, & Laplana-M. (2014), refieren que los pacientes con deficiente autoconcepto y baja autoestima suelen ser

dóciles y complacientes e incapaces de dominar y hacerse valer, se sienten incapacitados y minimizan su potencial en cuanto a un plan de vida; esta postura contribuye a frustración y a no poder afrontar con éxito la situación o desafío de la vida.

## Conclusiones

En cuanto a las alteraciones corporales de los pacientes hospitalizados intervenidos en el servicio de la Unidad de Quemados se evidenció en general que los sujetos percibieron la quemadura como un evento amenazante para el desarrollo integral, además de producir alteraciones corporales con acompañamiento constante y permanente del dolor que les impide realizar sus actividades. Los hallazgos del trabajo con los pacientes quemados permiten comprender que existen secuelas a nivel tanto físico como emocional, donde la imagen corporal se vuelve el receptor de aquel malestar, así como el promotor de las posibilidades para curarse o construir nuevas formas de sobrellevar el tratamiento por parte del paciente.

Un acompañamiento interdisciplinar, donde la psicología contribuye a relacionar los diferentes elementos que hacen parte del tratamiento, así como la aceptación que dichas secuelas son factores que se relacionan a la hora de entender el trabajo sobre la imagen corporal en pacientes quemados. Clínicamente se ve una adaptación al medio a través de la imagen corporal la cual permite acceder a una forma de expresión cultural, pero cuando esta se percibe alterada, siendo estos los resultados encontrados en los pacientes quemados, la interacción con el medio se pierde, al sentir que no se tiene la capacidad de agrandar a otros ni a sí mismo, ni de poder desarrollarse laboralmente ya que las alteraciones en la imagen corporal producen sensación de discapacidad y de rechazo.

Las alteraciones en la imagen corporal en el paciente quemado y las secuelas físicas, como pérdida de movimiento o cambio total de una parte física específica o amputación, generan en algunos pacientes la sensación de no tener herramientas para afrontar la situación actual ni futura. El cambio del autoconcepto es inevitable: se refieren al cuerpo como si fuera ajeno al de ellos, dando lugar a la fragmentación corporal.



También se pudo evidenciar que algunos pacientes significan las alteraciones según el rol que desempeñen y la relación con su contexto social; en cuanto al rol, si son los que se ocupan de la manutención familiar se evidencia constante preocupación por el estado de la familia. En relación con el contexto se evidencia aislamiento social y percepción de minusvalía, ya que algunos refieren que por sus condiciones corporales es imposible obtener un trabajo considerándose discapacitados para realizar alguna labor.

Finalmente, poder desarrollar aportes en torno a nuevas metodologías aplicadas para el análisis de fenómenos clínicos vividos en contextos hospitalarios; que la psicología contribuya a generar nuevas miradas sobre la posición del paciente como un sujeto activo, que más allá de su padecimiento puede decir mucho, y construir nuevas capacidades para sobrellevar la vida, son elementos que hacen destacar y promover que ejercicios como estos se sigan haciendo y avancen constantemente en la relación de la psicología con el área de la salud y así poder diseñar intervenciones psicológicas más acordes con las necesidades del paciente.

## Referencias bibliográficas

- Alcázar-Gabás, M., Fidalgo-Pamplona, M. P., & Laplana-Miguel, O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 40(2), 159-169. <http://doi.org/10.4321/S0376-78922014000200005>
- Ávila Ramírez, X. & Tosta Berlinck, M. (2013), La función de la mirada clínica en el tratamiento de niños con quemaduras. *Salud Mental*, 36(1), 67 – 71.
- Baile Ayensa, J. (2003), ¿qué es la imagen corporal? *REVISTA DE HUMANIDADES “CUADERNOS DEL MARQUÉS DE SAN ADRIÁN”*. Recuperado de: <https://udimundus.udima.es/handle/20.500.12226/313>
- Carlucci, V. D. da S., Rossi, L. A., Ficher, A. M. F. T., Ferreira, E., & Carvalho, E. C. de. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Rev Esc Enferm USP*, 21-28.

- Choinière, M., Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N., & Paquin, M. J. (1989). The pain of burns: characteristics and correlates. *The Journal of Trauma*, 29(11), 1531-1539.
- Eiroa-Orosa, F. J., Tasqué-Cebrián, R., Fidel-Kinori, S., Giannoni-Pastor, A., & Argüello-Alonso, J. M. (2012). Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar [Post-traumatic growth in burn survivor patients, a preliminary study]. *Acción Psicológica*, 9(2). <http://doi.org/10.5944/ap.9.2.4103>
- Enrique, A. & Barrio Fraile, E. (2018), Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación. En, Martínez-Rodrigo, E. & Borja Arjona, J. (eds.) *Propuestas de investigación en áreas de vanguardia*. (p. 159 – 168). Editorial Tccnos. Barcelona – España. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/search?f=publication&p=Propuestas%20de%20investigaci3n%20en%203reas%20de%20vanguardia&ln=ca>
- Klinge, K., Chamberlain, D. J., Redden, M., & King, L. (2009). Psychological adjustments made by postburn injury patients: an integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2274-2292. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05138.x>
- Pruzinsky, T. & Cash, T.F. (1990): “Integrative themes in body-image development, deviance, and change”. En T.F, Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change*, pp. 337-349, N. York, The Guilford Press.
- Raich, R. M. (2011). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27. Recuperado a partir de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>
- Rojas Cebrero, Ana Karina, & Romero Pérez, Irma (2010). Quemaduras: experiencias de vida. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (68),17-38.[fecha de Consulta 7 de Noviembre de 2020]. ISSN: 0185-4259. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=393/39348725002>
- Taal, L. A., & Faber, A. W. (1997). Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 23(7-8), 545-549.

Vaquero-Cristóbal, Raquel, Alacid, Fernando, Muyor, José María, & López-Miñarro, Pedro Ángel. (2013). Body image: literature review. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>



*Un héroe es una persona común y corriente que encuentra la fuerza para resistir y perseverar a pesar de obstáculos abrumadores.*

***Christopher Reeve***



# Psicoprofilaxis quirúrgica en niños quemados

*Surgical psychoprophylaxis in burned children*

**Lucely Obando Cabezas**

Universidad Libre, Seccional Cali.

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

**Ana María Insuasti Obando**

Universidad San Buenaventura, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0001-8533-9537>

**Gabriela Gamboa Vallejo**

Universidad San Buenaventura, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0001-9842-4992>



Actividad Lúdica en niños. Nota. Actividad realizada en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario del Valle - Evaristo García.

**Cita este capítulo / Cite this chapter**

Obando Cabezas, L.; Gamboa Vallejo, G. e Insuasti Obando, A. M. (2022). Psicoprofilaxis quirúrgica en niños quemados. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.* (pp. 87-109). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

## Resumen

El presente texto corresponde a los resultados obtenidos en una investigación sobre la efectividad de un modelo de intervención de psicoprofilaxis quirúrgica aplicado a cinco pacientes menores de edad hospitalizados en la Unidad de Quemados de un hospital de alta complejidad de la ciudad de Cali – Colombia. La investigación tuvo un diseño de estudio de caso con valoración *pre* y *post intervención* realizada desde la entrevista semi-estructurada, el sociodrama y el Test del dibujo de dos figuras humanas (T2F). Los resultados obtenidos mostraron cambios en la adherencia al tratamiento a partir del reconocimiento de la importancia de este, así como la disminución de signos de ansiedad en los pacientes. Finalmente, el estudio subraya el impacto que tienen modelos de intervención en el sector de salud concebidos desde perspectivas interdisciplinarias.

**Palabras clave:** Psico profilaxis, quemaduras, niños y niñas, sociodrama.

## Summary

This text corresponds to the results obtained in an investigation on the effectiveness of a surgical psychoprophylaxis intervention model applied to five underage patients hospitalized in the Burn Unit of a highly complex hospital in the city of Cali - Colombia. The research had a case study design with a pre and post intervention assessment carried out from the semi - structured interview, the sociodrama and the Test of the drawing of two human figures (T2F). The results obtained showed changes in adherence to treatment from the recognition of the importance of the treatment, as well as a decrease in signs of anxiety in the patients. Finally, the study highlights the impact of intervention models in the health sector conceived from interdisciplinary perspectives.

**Keywords:** Psycho-prophylaxis, burns, boys and girls, sociodrama



## Introducción

Las quemaduras son lesiones producidas en un tejido vivo del cuerpo por la acción de diversos agentes físicos, químicos o eventualmente biológicos, que provocan alteraciones que varían desde el simple cambio de coloración, hasta la destrucción de las estructuras afectadas (Salinas, 2007); por lo tanto, el proceso de hospitalización para cada paciente quemado es diferente, pues dependiendo de la profundidad de la lesión será el proceso de rehabilitación y recuperación. Por su impacto en la salud ocupan un lugar importante dentro del gran número de lesiones y enfermedades quirúrgicas debido a que dicha lesión deja grandes secuelas, no sólo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y social afectando, además. Al grupo familiar de la persona quemada.

El tiempo de hospitalización en la recuperación del paciente en diversas ocasiones se muestra como un factor que dificulta el tratamiento adecuado que una quemadura de tan alto grado requiere. En los niños, y en general en un paciente quemado, es necesario manejar no solo el dolor físico, sino también el dolor emocional que genera el hecho de estar interno en un lugar extraño y ajeno a su entorno social. A partir de esto es de gran importancia realizar un acompañamiento psicológico, especialmente con los niños, ya que su temprana edad no les permite comprender lo importante que es seguir un tratamiento que implique diferentes transformaciones en su vida general a cambio de alcanzar una recuperación física.

Los procedimientos quirúrgicos que se le realizan a una persona que ha sufrido una quemadura son complejos y dolorosos, más aún en los niños, ya que a estos por su corta edad les resulta difícil comprender que la frecuencia de dichos procedimientos contribuye en la recuperación de sus lesiones. No obstante, se pudo hallar que no se cuenta con acompañamiento psicológico previo a los procedimientos quirúrgicos realizados en este caso a población joven (niñas y niños). De esta manera, el presente estudio busca evaluar la efectividad de un programa de acompañamiento psicológico pre-quirúrgico en cinco niños hospitalizados en el servicio de Unidad de Quemados de un hospital de alta complejidad de Cali – Colombia.

La presente investigación aborda una problemática social que se origina en el ámbito hospitalario, como consecuencia de una lesión corporal o quemadura, pues estas someten al paciente a complejos procedimientos quirúrgicos que resultan ser traumáticos y dolorosos especialmente en los niños.

Los cambios que una lesión como esta puede ocasionar no solo se manifiestan a nivel físico, sino también a nivel emocional, psicológico y social; pues el hecho de que el niño quemado se encuentre interno en el hospital ocasiona que sus roles como sujeto se reduzcan, afectando así su vida social de: estudiante, hijo, hermano. Con lo anterior es importante resaltar que el proceso de resocialización se vuelve día a día más complejo para cada niño, ya que se pone en juego su nueva imagen corporal y cómo esta afectará sus relaciones dentro de la sociedad.

A través del desarrollo de la psicoprofilaxis se buscan nuevos aportes en torno al trabajo interdisciplinar dirigidos a la recuperación de pacientes con quemaduras, nuevas estrategias que permitan la reducción de los factores de riesgo, adherencia al tratamiento, disminución del impacto emocional en el paciente, etc., favoreciendo igualmente su proceso de recuperación postquirúrgico.

### **Aproximaciones teóricas, para el manejo de psicoprofilaxis quirúrgica con niños quemados**

El trabajo en torno a población con quemaduras es una línea de investigación vigente, que para el caso de población menor de edad no presenta grandes avances desde sus aspectos en torno a la intervención. No obstante, se destacan algunos aportes sobre el tema a partir de diferentes autores.

Salinas (2007) discute acerca de la historia en torno al cuidado por heridas ocasionadas por quemaduras; menciona que el tratamiento de las quemaduras se ha desarrollado paralelo al avance tecnológico y médico, sin embargo, en la antigüedad aplicaban otros métodos para la curación de estas lesiones: magia, ungüentos naturales, invocaciones, remoción de cuerpos extraños, etc.

Gómez & Palao (2002) y Serracanta Doménech, & Gómez Morell, & Palao Doménech, (2005) afirman que el tratamiento de un paciente con lesiones de quemaduras tiene como objetivo principal sustituir la piel quemada por piel sana lo más pronto y eficazmente posible, pues de esta forma se garantiza buenos resultados estéticos y funcionales, es por esto, por lo que consideran que los procedimientos quirúrgicos deben ser utilizados prioritariamente en el tratamiento del paciente quemado.

En la actualidad el proceso de curación de quemaduras es mucho más fácil, ya que los avances tecnológicos permiten que los procedimientos sean más efectivos, además sin embargo se ponen en juego factores sociales, que hoy en día demandan un ideal de belleza, que ejerce gran influencia en los sujetos para alcanzarlo (Cázares de León, Vinaccia, Quiceno, & Montoya, 2016).

Cuenca (2009), menciona que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha desarrollado un método para cultivar piel a partir de fragmentos de prepucio de bebés circuncidados, la cual se emplea para reparar las heridas y regenerar la dermis de quienes han sufrido quemaduras, especialmente en niños. El cultivo de piel le ha permitido al IMSS reducir el número de muertes por quemaduras. De acuerdo con estadísticas del Instituto, en 1990 la mortalidad de pacientes quemados era de 9.9% y la tasa de infecciones de 34%; hoy son de 3.5% y 7%, respectivamente. Según esta investigación realizada por el Doctor Jesús Cuenca, Jefe del servicio de quemados del Hospital de Traumatología, reconoce que la gran mayoría de los accidentes en que resultan niños quemados ocurre en casa.

Fischer (2008), comenta que la gran mayoría de los accidentes que producen quemaduras caseras en los niños ocurren en presencia de los padres o de un adulto a cargo del infante, esta situación genera en los padres, hermanos, tíos, abuelos, entre otros familiares, sentimientos de culpa, al verse enfrentados a una marca que verán en el niño de por vida. La autora señala que las intervenciones psicológicas que se realizan en la rehabilitación del niño quemado buscan conocer su estado emocional y el de sus familiares, apoyándolos en aquellas áreas que se encuentren más comprometidas: terrores, pensamientos y

emociones negativas, autoimagen, culpa, rechazo, inseguridad, etc. Generalmente la sensación de ser los únicos que pasan por un trauma así, es muy fuerte para padres e hijos.

Caro Díaz (2000), afirma que las condiciones emocionales de los niños quemados se presentan profundamente alteradas, ya que estos atraviesan por una situación dolorosa, en donde se enfrentan a condiciones nuevas y extrañas durante el proceso de hospitalización, que les resulta muy difícil de comprender. Los niños hospitalizados por quemaduras presentan un trastorno afectivo que es originado por los elementos extraños del nuevo ambiente, la ausencia repentina de sus seres queridos y las ansiedades intensificadas por la separación con sus padres. Los anteriores factores, al igual que el dolor físico que experimentan los niños durante el tratamiento generan ansiedad, temor, retraimiento, inseguridad e incertidumbre. En su artículo la autora plantea que en los niños, menores de cuatro años, predominan temores relacionados con la separación de la madre, sentimientos de abandono y miedo. En los niños entre cuatro y siete años predominan temores relacionados con la mutilación corporal, estos son más propensos a la ansiedad y la regresión. Los niños mayores de siete años, es decir preadolescentes presentan temores acentuados a nivel de la debilidad, la pérdida de control y dominio corporal, así como también el decremento de la autoestima.

Así mismo, Baldeón Loza (2012) expresa que la ansiedad de separación es el síntoma más traumático para la población de niños hospitalizados con quemaduras, ya que las características de las heridas y la estancia hospitalaria larga y angustiosa, conlleva a menudo a la separación del niño de sus padres en un momento en que necesitan muy especialmente su ayuda y consuelo.

Retomando a la psicóloga Caro Díaz (2000), dentro de la evaluación psicológica que se les realiza a los niños hospitalizados por quemaduras, es común encontrar sintomatologías relacionadas con diferentes trastornos del sueño, irritabilidad, temores nocturnos; todas estas sintomatologías son reacciones de conversión, como la continuación del dolor, debilidad, fatigabilidad.

Para definir aquellos elementos que hacen parte de un abordaje de psico profilaxis quirúrgica, Carididi (2010), expone que es un proceso

terapéutico focalizado con un objetivo preventivo: acompañar al paciente, sea este niño o adulto, y a su familia a atravesar una situación potencialmente traumática como es una cirugía u otra práctica médica. La Psicoprofilaxis quirúrgica tiene como objetivo disminuir la morbilidad psicológica pre y postquirúrgica, favoreciendo la recuperación del paciente, en relación con su esquema corporal, inserción social y vínculo con el equipo médico.

La autora dice que el encuadre terapéutico de la Psicoprofilaxis quirúrgica implica tres etapas bien diferenciadas:

- Primera etapa: Prequirúrgica. La preparación prequirúrgica se centra en las dificultades emocionales que se experimentan para enfrentar la intervención. Apunta a diluir hasta hacer desaparecer los temores, las fantasías de pérdida de vitalidad, de posibilidades de vida, de amputación, de dolor insoportable y hasta de muerte que inspiran las quemaduras.
- Segunda etapa: Intraquirúrgica. El paciente requiere ser contenido emocionalmente en el momento exacto en el que será intervenido porque el hecho de que pueda preguntar y saber qué le están haciendo en su cirugía, permitirá una mejor entrega y mayor tranquilidad en el momento de ser dormido anestésicamente. El acompañamiento psicológico táctil durante esta fase forma parte indispensable de todo este proceso psicoterapéutico.
- Tercera etapa: Posquirúrgica. La preparación posquirúrgica (que se viene preparando desde la prequirúrgica), se centra en la disminución de las percepciones de dolor y de molestias postquirúrgicas y en la preparación anímica necesaria para que el paciente actúe de manera óptima y positiva en su propia rehabilitación, de modo que la misma sea rápida evitando así la mayor cantidad de imprevistos posibles. Será imprescindible, por tanto, continuar abordando terapéuticamente al paciente en el posquirúrgico para que pueda elaborar el duelo que dicha cirugía le produce en su cuerpo y en su psiquismo a partir de la afección que padezca su organismo.

Como parte del acompañamiento psicológico, Caro Díaz (2000), explica que cuando una persona se enfrenta a una situación de hospitalización, que implica una discapacidad temporal o definitiva, el individuo y el personal de salud se centra en el trabajo físico de rehabilitación que se requiere para superar y capacitarlo a la vida cotidiana, dejando en muchas ocasiones a un lado la importancia de la situación psicológica. Dicha situación es vital en cualquier proceso de recuperación, pues las personas que sufren algún evento traumático deben recibir un acompañamiento psicológico que le permita asumir su situación actual, encontrando las herramientas necesarias para seguir adelante en el camino.

De la misma manera, para la intervención propuesta por Caro Díaz (2000), considera pertinente aplicar actividades como el sociodrama y juego de roles, ya que estos permiten trabajar un tema a partir de la representación teatral, la cual involucra formas diferentes de verbalización y de racionalidad, dando cabida a nuevos elementos para entenderlo y analizarlo. Los sociodramas les permiten a los niños comprender en qué consisten los procedimientos quirúrgicos, cuáles son las condiciones preoperatorias, postoperatorias a las cuales deben someterse, entendiendo también las implicaciones y consecuencias que estas traen. Esta actividad debe estar orientada por el terapeuta y ser conducida de una manera adecuada, de tal forma que este logre disminuir la tensión, la incertidumbre, el miedo, entre otras emociones negativas que una situación como esta implica.

## **Metodología**

El estudio se presenta desde un carácter experimental, de tipo cualitativo, bajo un procedimiento de análisis *pre* y *pos*, donde se busca obtener un seguimiento de los resultados obtenidos de la intervención, evaluando el inicio del procedimiento, su desarrollo y conclusión o cierre del procedimiento. De la misma manera, se cuenta con herramientas con base en los elementos del sociodrama (Caro Díaz, 2000) y su complemento con base en la aplicación del Test del dibujo de la figura humana (T2F).

Las etapas de la intervención son las siguientes:

1. Aplicación del Test del dibujo de dos figuras humanas / materiales, hojas, colores, marcador, lápiz.
2. Comienzo de la psico profilaxis / sociodrama: “preparándonos para la cirugía”
3. Acompañamiento psicológico durante las intervenciones quirúrgicas
4. Cierre con la aplicación nuevamente del Test del dibujo de dos figuras humanas

Como método aplicado para el desarrollo de las etapas se considera el trabajo a partir de estudios de caso (Enrique & Barrio Fraile, 2018), donde se pretende estudiar cómo un modelo de intervención particular se aplica durante un procedimiento quirúrgico, orientado desde la intervención psicológica del profesional durante su avance. La población son cinco niños hospitalizados en el servicio de Unidad de Quemados de un hospital de alta complejidad de Cali – Colombia, con edades en torno a los 6 a 12 años y casos de quemaduras de segundo y tercer grado, por lo cual obedece a procesos de recuperación extensos que implican diversas cirugías e intervenciones, así como cambios significativos en la vida del paciente.



Actividades de sociodrama con niños prequirúrgicos.

**Tabla 2.** Datos sociodemográficos de los pacientes.

N°	Edad	Género	Procedencia	Grado quemadura
Sujeto 0001	11	masculino	Cali – Valle	Grado IIAB
Sujeto 0002	6	femenino	Almaguer - Cauca	Grado IIA
Sujeto 0003	12	masculino	Buenaventura – Valle	Grado IIAB
Sujeto 0004	12	masculino	Guapi – Valle	Grado IIB
Sujeto 0005	7	femenino	Cali – Valle	Grado IIAB

Fuente: Elaboración propia.

Como instrumentos utilizados durante el estudio, se tuvo en cuenta la entrevista semi – estructurada, como una estrategia mixta que ofrece la posibilidad de profundizar en elementos particulares que remiten al caso y su manejo y el Test del dibujo de dos figuras humanas (T2F), que proporciona tanto una evaluación inicial para el profesional, así como el reconocimiento de impresiones diagnósticas, como sus emociones, motricidad fina, límites, roles, figuras de autoridad, etc. Mediante el análisis de los indicadores emocionales recogidos es posible obtener una valiosa información sobre la posible presencia de algunas de las principales preocupaciones de los niños en estas edades: temores, miedos, ansiedades, etc. Finalmente, a través de la corrección de la evaluación emocional (T2F-E) por medio de los 35 ítems que comprende la prueba, se puede hallar una evaluación de dos aspectos en el niño: el nivel madurativo - mental (T2F- M) y el nivel emocional (T2F- E), que para este caso giran en torno al impacto de los procedimientos quirúrgicos vividos por el paciente.

Sobre el sociodrama “preparándonos para la cirugía”, consiste en la intervención basada en los elementos señalados por Caro Díaz (2000), donde ayudados por una serie de materiales como: muñecos del cuerpo humano tanto masculino como femenino, guantes, mascarillas, batas, instrumentos quirúrgicos, entre otros, asumiendo el rol de médicos, enfermeras y personal que labora en el servicio, para así de esta forma desarrollar un simulacro de procedimiento quirúrgico, aclarando cada uno de los pasos que se deberán seguir para llevarlo a cabo.



Esta actividad ofrece una oportunidad previa para el paciente de asimilar el procedimiento a realizarse, en su transformación como personaje activo, fortaleciendo mecanismos de auto-control, seguridad y autoestima. A medida que el niño vaya avanzando en la representación de su rol será necesario que este con ayuda nuestra vaya aclarando cada uno de los pasos que está ejerciendo y llevando a cabo en el procedimiento pre-quirúrgico, pues de esta forma se obtiene mayor autonomía y dominio de las situaciones y de los temas por los que estos se ven obligados a transitar (Ojeda, 2009).

Al finalizar la actividad se realizó retroalimentación en donde el niño podría expresar si esta representación de roles, le permitió manejar y disminuir aquellas reacciones emocionales presentes antes y después de cada procedimiento quirúrgico como la ansiedad, temor, depresión, angustia, etc. Igualmente es primordial recalcarles el objetivo y la importancia que tienen estas cirugías, pues de esta forma el niño podrá asumirlas de forma menos traumática y conflictiva, ya que se le proporciona al paciente la información necesaria respecto a los pasos a seguir antes y durante la intervención quirúrgica.



*Actividades lúdicas prequirúrgicas en niños quemados.*

## Resultados

El estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un programa de acompañamiento psicológico pre-quirúrgico en cinco niños hospitalizados en el servicio de Unidad de Quemados de un hospital de alta complejidad de Cali – Colombia. Para la presentación de los resultados se sigue la estructura de las etapas de la intervención ya mencionadas en la metodología.

Acerca del abordaje *pre-test*, se pidió realizar un dibujo sobre el momento cuando ocurrió el accidente. El sujeto 1 menciona haber sentido miedo, a su vez que menciona sentir temor por las agujas y no saber qué le harán. De la misma manera, la sujeto 2 manifestó que había sentido mucho dolor, por este motivo el infante plasma en su dibujo un rostro con llanto, ya que en el momento del accidente esa fue su reacción, sin embargo, menciona que cuando ingresó al servicio la paciente dibuja que su reacción fue de felicidad porque la iban a curar. El sujeto 3 menciona que sintió mucho dolor debido que se sus piernas se encontraban en llamas. Después de indagar sobre esto el paciente plasmó este sentimiento en una hoja por medio de un dibujo. El sujeto 4 manifestó que había sentido mucho dolor plasmando esta reacción emocional sobre una hoja por medio de un dibujo, de la misma manera sentía temor a que le sucediera algo malo, pues le tiene miedo a los hospitales y sobre todo al estar varios días en uno, por esta razón realiza un dibujo afirmando que este tiene una expresión de temor. El sujeto 5 menciona que su reacción fue de felicidad porque iba a estar lejos de su madre, ya que fue esta la que le ocasiono las lesiones. El motivo de sus quemaduras fue aparentemente intencional; la paciente menciona que la madre la “castigó” obligándola a ingerir agua caliente.

Se tuvo en cuenta además los hallazgos obtenidos por medio de la entrevista semi – estructurada, donde el sujeto 1 habla de su madre y el temor que ella también sentía. Sobre el mismo asunto la sujeto 2 respondió que no sentía miedo porque ella sabía que lo que le hacían los doctores era para aliviarla, la madre agrega que han sido víctimas del conflicto armado, así como de la persecución de grupos al margen de la ley en su ciudad de origen, por lo cual la paciente ha tenido que

adaptarse a diferentes condiciones durante su vida. La reacción del sujeto 3 fue opuesta, manifestando angustia y tristeza por tener que ingresar al servicio como consecuencia de sus quemaduras. De igual manera, respondió que su miedo era constante ya que no sabía nada de los procedimientos que se le practicaban dentro de este, lo que le causaba incertidumbre y temor. Sobre su ingreso al quirófano el sujeto 4 manifestaba que no sentía nada, ya que simplemente se quedaba dormido y luego despertaba. Complementó diciendo que sentía miedo pero de las agujas, sin embargo manifiesta: “en otros hospitales me ha puesto inyecciones con unas agujotas y yo no lloraba”. El sujeto 5 menciona de nuevo sentir miedo, respondiendo que su temor radicaba en no saber qué le iban a hacer mientras dormía.

Sobre el Test de dibujo, se pudieron hallar múltiples datos, que complementan los hallazgos obtenidos por medio de las anteriores intervenciones. Para avanzar en la discusión de los resultados, se tomaron los indicadores del Test como base y su repetición en cada sujeto, para posteriormente resaltar aspectos diferenciales que pueda tener cada caso. Indicadores como “extremidades asimétricas en la forma”, fueron hallados en el sujeto 1, y el sujeto 2, que permite hablar de sujetos con rasgos de impulsividad, poca coordinación y aparente inmadurez. Sobre esta categoría se puede indicar que existe un sesgo para su evaluación ya que los sujetos se encuentran expuestos a cambios en su ritmo de vida, así como la adaptación a permanecer hospitalizados, lo cual podría afectar su comportamiento. Sobre dicho aspecto se resalta, además, las secuelas que probablemente han generado el desplazamiento en el sujeto 2, percibidas en los resultados del dibujo. El sujeto 3 y el sujeto 4, para el indicador “ojos bizcos u ojos desviados” se reitera, tomado como expresión de ira, rebeldía, o problemas emocionales de tal índole. En el sujeto 3 aquellos rasgos eran más evidentes.

Sobre el indicador de “omisión de la nariz”, el sujeto 1, el sujeto 4 y la sujeto 5 presentan el mismo dato, que se toma como rasgos de indefensión angustia o signos de ansiedad, que para el sujeto 5 tienen relación con su vida, de acuerdo con lo comentado de la paciente sobre la madre. El sujeto 3 y la sujeto 5 presentan semejanza en el indicador de “brazos cortos”, como un aspecto que resalta sobre sus dificultades en las relaciones sociales.

Para concluir dicho aspecto, de cada sujeto se destaca un indicador hallado en el análisis; el sujeto 1 presenta “brazos largos”, como un elemento que destaca la tendencia hacia la agresividad, control de impulsos y necesidad de contacto; la sujeto 2 presenta “ojos vacíos”, relacionado con la negación de la realidad, como un mecanismo de defensa común para tomar distancia de eventos adversos vividos en niños; el sujeto 3 presenta “uñas marcadas, sombreadas o puntiagudas”, lo que representa problemas emocionales poco comunes, que ameritan un mayor cuidado o evaluación; el sujeto 4 presenta “sombreado del cuerpo” lo que describe problemas en torno a la imagen corporal, quizás que proporcionan insatisfacción o incomodidad en el paciente; la sujeto 5 presenta “genitales o características sexuales enfatizadas”, como un indicador de angustia por su cuerpo, además de falta de protección y posible perturbación emocional.

Para finalizar la primera etapa de la intervención se realizó el juego de roles llamado sociodrama, donde el paciente asume el lugar de médico, llevando a cabo actividades que acompañan al procedimiento, junto con los diferentes implementos, pasos a cumplir y resolviendo inquietudes del tratamiento. El sujeto 1 decide realizar el ejercicio fuera de su cama, decidiendo desplazarse hacia la terraza de la unidad, donde se encuentran sillas y mesas en donde ubicamos los muñecos y demás materiales requeridos para la elaboración de dicha dinámica. El sujeto 2 se mostró receptiva y atenta a las instrucciones que se le daban, sin embargo, no manifestaba muchas emociones durante el ejercicio, hasta que fue integrándose al ejercicio prestando atención a los detalles del sociodrama. El sujeto 3 demostró motivación únicamente al inicio de esta, pues no había transcurrido más de una semana desde el momento en que había ingresado al hospital, por lo tanto, el dolor que el niño manifestaba constantemente era impactante y fue el motivo por el cual el paciente poco a poco fue perdiendo la motivación con la que inició esta actividad. Para no afectar la recuperación del paciente, se buscaba que siguiera motivado sin arriesgarse a que sufriera heridas por el ejercicio. El sujeto 4 manifestaba en voz alta la conducta que iba ejerciendo en cada movimiento. Igualmente, la sensibilización que reflejó frente al muñeco fue evidente, pues se mostró delicado y cuidadoso al

momento de dramatizar cada uno de los procedimientos a los que él era sometido, demostrando desde su propia condición clínica las dificultades o detalles de la intervención. El sujeto 5 se percibía con rasgos de hiperactividad, así como interesada por llamar la atención del personal, siendo imponente en las normas y definiendo los límites del ejercicio por encima del moderador de la actividad. Finalmente reconoce cada etapa del procedimiento y comprende los detalles de la intervención.

Sobre el abordaje *pos – test*, se realizó el Test del dibujo de dos figuras humanas nuevamente, con el fin de evaluar el impacto percibido por el desarrollo del sociodrama en el estado de ánimo, adherencia al tratamiento y empatía de los pacientes.

Igualmente, se busca primero identificar aquellos elementos en común que dejó esta intervención en los pacientes. El indicador “sombreado en el cuerpo” aparición en el sujeto 1, sujeto 3 y sujeto 4 que se describe como ansiedad o inconformidad sobre aspectos del cuerpo, detallando la presencia de línea gruesas, detalles específicos en las zonas donde estos pacientes habían tenido impacto por las quemaduras. Para el indicador “sombreado en las extremidades” también se reiteraron casos, con el sujeto 1, sujeto 3 y sujeto 4, donde expresaron sentimientos de culpa sobre la zona afectada, ya que en cada caso se referían a la zona donde se presentaron quemaduras. Así mismo describe ansiedad y culpabilidad por lo ocurrido. El indicador “sombreado en la cara”, también se reitera, en el sujeto 1, y sujeto 4, que podría representar baja autoestima e impacto en el autoconcepto. El sujeto 3 y la sujeto 5 presentaron semejanza en el indicador “figura mal integrada”, que describe eventos traumáticos, con rasgos de impacto a nivel emocional, posiblemente provocado por los eventos ocurridos.

Para concluir, se destacaron aspectos de cada sujeto, en la elaboración del Test del dibujo. El sujeto 2 “omisión de cuello”, descrito como rasgos en la construcción de relaciones sociales, siendo alguien tímida. El sujeto 3, presentó “uñas marcadas, sombreadas o puntiagudas”, rasgo que se reitera, y lo ubica como un sujeto conflictivo, de posibles problemas a nivel emocional. En el sujeto 4, se presentó “adición de tres o más detalles”, que se percibe como rasgos de inseguridad, posiblemente

te sobre su aspecto u otros elementos en torno a su vida que también se perciben en la intervención. El sujeto 5, presenta “manos cortadas”, descrito como sentimientos de culpa manifestado en el dibujo, sumado a inseguridades y antecedentes de posible maltrato físico.

Como conclusión, se rastrearon nuevas apreciaciones del sociodrama y los efectos en la evolución de los pacientes, siendo además un espacio educativo y de encuentro para mejorar la estancia en el servicio del paciente, y sus implicaciones, así como nuevas inquietudes. El sujeto 1, obtuvo mayor consciencia de enfermedad, aceptación respecto a los procedimientos y mayor interés por conocer del tratamiento y los pasos a seguir. El sujeto 2 reconoció el valor de permanecer en el servicio el tiempo necesario, cuidando y conociendo más de aquello que vivió y esperar así salir prontamente. El sujeto 3 mencionó haber perdido temor a las intervenciones, y cómo han beneficiado su recuperación, aunque presenta angustia por el proceso a seguir de rehabilitación para sus piernas. El sujeto 4 se sintió contento en el papel de “médico, con interés por conocer más del tratamiento, persistente en el temor por las inyecciones, pero asertivo en el valor que implican para su recuperación. El sujeto 5 expresó menor temor para las intervenciones, mayor empatía y buena comunicación con el personal médico encargado de su tratamiento.

## Discusión

Los hallazgos obtenidos por medio del abordaje *pre* y *pos*, de la psico profilaxis quirúrgica en pacientes quemados obtuvo cambios evidentes, donde se evidencian nuevas posiciones del sujeto en torno a la adherencia al tratamiento, empatía con el personal del servicio, atenuación de rasgos de ansiedad, tristeza o desolación, y finalmente un mayor entendimiento del valor, así como la búsqueda de una efectiva recuperación para el paciente. Sus cambios fueron evidentes y presentan relación con los hallazgos de Caro Díaz (2000) donde menciona que este tipo de intervenciones deben buscar a nivel psicoterapéutico que los niños quemados superen los sentimientos negativos que genera el hecho de estar internados en una clínica por tan largo tiempo.

Como lo menciona Rodríguez Vargas, et. al (2019) pueden darse alteraciones psicológicas profundas en estancias hospitalarias. Padecer alguna enfermedad o padecimiento que afecte de gran manera la vida del paciente puede generar grandes secuelas, a nivel de la personalidad, por ejemplo, lo cual puede provocar grandes trastornos, aunque la enfermedad desde un punto de vista funcional no sea grave. Resulta fundamental reconocer lo que ocurre psicológicamente en un niño que debe vivir estas circunstancias, para no solo entender lo que le sucede, sino para ayudar a reducir el carácter traumático de la experiencia.

El manejo de la ansiedad en el tratamiento con pacientes hospitalizados supone un desafío (Correa Yupa, 2015), y tal como los resultados lo exponen, los pacientes reflejaban aquel malestar, donde inquietudes respecto al avance de su tratamiento, encontrarse con múltiples intervenciones, intentar sobrellevar una hospitalización y hallarse desorientados, con su integridad tanto física como emocional vulnerada, así como con diferentes secuelas; configuran escenarios de alarma, que suponen un cuidado mayor para el profesional en sus intervenciones, intentando evadir la promoción de sentimientos o sensaciones que precipiten al paciente de una decaída en su estado de ánimo o mayor angustia, así como un golpe a su integridad física o emocional que intenta reconstruirse durante su estancia en el servicio (Sanga Morejón, 2017).

La psicoprofilaxis, de esta manera, debe orientarse con cuidados o consideraciones precisas, que contribuyan a la construcción de un posicionamiento particular sobre las vivencias traumáticas que generaron aquella condición en el paciente, conservando el respeto y la sensibilidad que en tales condiciones puede ser más elevada (Echeverría Miranda & Salas Salas, 2020).

Como se percibe en el estudio, se presentaron resistencias en los pacientes por acercarse a expresar abiertamente su realidad, sin embargo, la eficacia del procedimiento reposa en la integración de estrategias como el dibujo o el sociodrama, donde evocan sensaciones diferentes al procedimiento específico de la entrevista semi-estructurada (Castro, 2018). Así mismo, una evaluación de los

resultados pre y post aportan una mayor evidencia hacia el posible impacto que tuvo los ejercicios en los pacientes, que para este caso fueron favorables y bastante decibles.

Los hallazgos del estudio parten por describir aspectos desde una mirada singular de cada percepción sobre el impacto de las heridas en los pacientes; para la sujeto 5 aparte de sus heridas, estaba enfrentarse a la idea de una madre que ocasionó aparentemente, de manera intencional aquel hecho; estaba el sujeto 3, donde gracias al dibujo aparecieron rasgos de su comportamiento que además de su malestar, ameritaban una valoración psicológica más profunda; o el sujeto 1, donde fuertes rasgos de impulsividad son evidentes, y generaron en él una tendencia a mayor riesgo de tener accidentes, como las quemaduras que vivió. Cada paciente mencionó detalles como la vulnerabilidad del sujeto 2 por su condición de víctima del conflicto armado, al igual que en el discurso del sujeto 3; en el caso del sujeto 4 se evidencia cómo sus reacciones emocionales frente a las cirugías practicadas disminuyen notoriamente después de haber realizado el acompañamiento psicológico, pues al inicio de esta intervención al preguntarle si le da miedo las agujas y por qué, el paciente expresa: “Si me da miedo las agujas... No sé, porque no me gusta, no quiero”; no obstante, al finalizar el juego de roles, al paciente se le indaga si aún siente miedo, a lo que este manifiesta: “No ya no me da miedo, ya sé que es lo que me hacen porque ya se lo hice al muñeco”. Por lo anterior es evidente cómo el sociodrama propuesto como método de intervención en el presente estudio para la disminución de las reacciones emocionales, surte efecto nuevamente en otro de los niños con los cuales se trabajó. Vivir aquella escena del tratamiento, responder sus inquietudes y tomar en cuenta el valor de ello, así como el tiempo que todo ello representa, empodera al paciente y apoya el trabajo hacia una franca mejoría, así como, mayor manifestación de sus inconformidades o malestares.

En los resultados del estudio también podemos dar cuenta que dos de los cinco participantes de este estudio, no presentaron ningún cambio relevante o significativo después del sociodrama, esto lo atribuimos a que son niños que han tenido que sufrir más de un evento traumático en su vida, pues en el sujeto 2, es una niña que



junto a su familia se ha visto afectada por el conflicto de nuestro país, obligada a ser desplazada de su territorio y de su hogar, dejando todos sus bienes y recuerdos abandonados y al poder de otra persona. El sujeto 5 es otra niña que ha padecido maltrato físico y psicológico por parte de su madre, quien es la culpable de que ella se encontrara en esta situación, este infante no tenía ningún otro familiar en quien se pudiera refugiar y apoyar. Con lo anterior consideramos necesario llevar a cabo un acompañamiento psicológico más denso y adecuado para estos casos, pues son niños que en su corta edad ya han tenido que sufrir y vivir eventos traumáticos que conllevan asumir y afrontar las reacciones emocionales que estas situaciones generen de una forma más resiliente.

Los accidentes graves por quemaduras, que sufrieron estos niños, además de constituir un atentado a la integridad física y corporal de los pacientes que lo sufren, también representan una experiencia traumática debido al alto grado de dolor, como lo manifestaron los niños de los casos clínicos anteriormente desarrollados; eso sin contar con las alteraciones de la imagen corporal y de la experiencia emocional general que conllevan, como se percibe por medio del Test de dibujo de las dos Figuras Humanas (T2F-E), según los indicadores emocionales que se identificaron y presentaron con mayor frecuencia: el miedo y la ansiedad del niño al no saber qué ocurre y el dolor que produce cada intervención quirúrgica.

De la misma manera, el sociodrama (Caro Diaz, 2000), condujo a resaltar una posición activa del sujeto, donde, él mismo resuelve sus dudas, toma iniciativa ante cada parte de la intervención, percibe cómo son los procedimientos, qué efectos tienen y cuáles son las ganancias de todo ello en su recuperación. Tener el control de una situación que para ellos les era desconocida, ya que el hecho de reconocer qué es lo que ocurre cuando entran a cirugía y entender que todos los procedimientos que se le practican son realizados por profesionales, facilitan el proceso quirúrgico e incluso el posoperatorio, pues ya no lo ven como una tortura o como un castigo por provocar el accidente, en algunos de los casos, sino como la oportunidad de mejorar, de curarse y de salir pronto del hospital para volver a su vida cotidiana.

## Conclusiones

Con los resultados obtenidos en el estudio, se puede corroborar cómo la aplicabilidad de elementos lúdicos, el entretenimiento y los juegos de roles, surten un efecto terapéutico en contra del dolor que siente el niño debido a las quemaduras, y le permite de una u otra forma disminuir sus angustias y tristezas de estar internado en el hospital por tanto tiempo. Por ende, el tratamiento lúdico en una situación así permite que el niño recree su realidad de una forma más amena, olvidando lo traumático y amenazante que esta puede resultar. De esta manera, el niño cuenta con más confianza y seguridad, lo que le permite enfrentar la situación que está viviendo con mayor esperanza.

El abordaje desarrollado del presente estudio permitió la recuperación y manifestación de síntomas provocados por las heridas ocasionadas por quemaduras en menores de edad. El ciclo en que el dolor aumenta la ansiedad, y esta aumenta el dolor, puede ser insoportable. El paciente se encuentra muy trastornado, pero la ansiedad dificulta saber la efectividad que tienen los procedimientos quirúrgicos y psicológicos en su recuperación. Por lo tanto, es importante que no solo el psicólogo, sino también el personal asistencial como médicos y enfermeras a cargo, le proporcione al paciente toda la información y el acompañamiento necesario para que este logre adaptarse fácilmente ante cualquier procedimiento al que tenga que ser sometido, pues es claro que todo lo que se realiza al interior del contexto hospitalario tiene como objetivo alcanzar el bienestar físico y mental del niño.

La ansiedad es uno de los diferentes signos presentes en la vida de los pacientes que ocasiona impacto en su tratamiento, teniendo estados de ánimo volátiles, sometidos a impactos inesperados generados por el dolor, la extensión del tiempo de permanencia en el servicio, el desconocimiento del tratamiento, la ausencia de redes de apoyo, etc. La gran carga psicológica que supone una quemadura de tan altos grados de profundidad puede provocar reacciones emocionales diversas como depresión, ansiedad, alucinaciones, aislamiento, hostilidad al medio y pérdida de autoestima. Desde el punto de vista social existe un complejo de inferioridad, alejamiento social,

desprecio, entre otros; por lo anterior la atención que se les debe brindar a estos pacientes es muy compleja desde el punto de vista psicológico y médico, pues requieren de una especial atención por un equipo multidisciplinario.

Finalmente, todas las cuestiones que giran entorno al acompañamiento y cuidado que amerita el paciente quemado y el significado de aquellos procesos por medio del rol del psicólogo, toma una posición distinta y de mayor valor gracias a ejercicios como el presente, donde se posiciona a través de resultados, los cambios específicos que puede arrojar una intervención psicológica en el acompañamiento para la recuperación del paciente quemado. Por medio de estos abordajes, donde se sugiere un acompañamiento interdisciplinario resulta ser fundamental para el proceso de recuperación y rehabilitación del niño, ya que estos manifiestan reacciones causadas por el hecho de encontrarse en un contexto hospitalario donde todo les resulta extraño y difícil de adaptarse.

## Referencias Bibliográficas

- Baldeón Loza, Silvia Susana (2012). Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años, sometidos a procedimientos médicos en la Unidad de Quemados del Hospital Baca Ortiz. Informe final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 120 p. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1350>
- Cariddi, D. (2010), Psicoprofilaxis Quirúrgica Colombia. Recuperado de: <http://deliacariddi.obolog.com/psicoprofilaxis-quirurgica-561092>
- Caro Díaz, Irma Janeth (2000), Guía práctica para el manejo del niño quemado Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia de Cirugía Plástica y Quemados
- Correa Yupa, Marco Antonio (2015). Eficacia de la técnica de Psicoprofilaxis en cirugías programadas para disminuir la ansiedad que se presenta antes de la intervención quirúrgica en niños de 6 a 13 años de edad en el servicio de cirugía del Hospital Pediátrico

- Baca Ortiz. Informe final del trabajo de titulación de Psicólogo Clínico. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 117 p.
- Castro (2016), Preparándonos para la intervención quirúrgica: qué decir, cómo y cuándo. En, Galain, A., Dapuetto, J. & Varela, B. (comp.) Manual de habilidades avanzadas de la comunicación para estudiantes de Medicina del segundo trienio. Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República. Montevideo – Uruguay. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21085/1/Manual-de-habilidades-avanzadas-Ana-Inés-Galain%281%29.pdf#page=83>
- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J., & Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 73-85. Recuperado de: <http://190.131.242.67/index.php/Psychologia/article/view/2480/2414>
- Cuenca, J. (2009), Desarrolla IMSS técnica para curar niños quemados MEXICO. Recuperado de: <http://josalud.com/2009/01/desarrolla-imss-tecnica-para-curar-ninos-quemados/>
- Echeverría Miranda, M. & Salas Salas, E. (2020), Manejo de quemaduras en población pediátrica. *Revista Médica Sinergia* Vol.5 (11), 1 – 11. Recuperado de: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/602/1025>
- Fischer, R. I. (2008). Las Quemaduras en los Niños: El otro invierno. Recuperado de <http://www.clinicaveterinariamovil.cl/content/view/242999/Las-quemaduras-en-los-ninos-el-otro-invierno.html>
- Enrique, A.& Barrio Fraile, E. (2018), Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación. En, Martínez-Rodrigo, E.& Borja Arjona, J. (eds.) *Propuestas de investigación en áreas de vanguardia*. (p. 159 – 168). Editorial Tccnos. Barcelona – España. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/search?f=publication&p=Propuestas%20de%20investigaci3n%20en%203reas%20de%20vanguardia&ln=ca>
- Gómez P M, Palao R D. “Tratamiento de las quemaduras en el siglo XXI desde la cirugía”. *Cir. Plást. Iberlatíamer* 2002; 28(1) 69.[http://www.medic.com/meditline/review/chir\\_es/vol\\_28/num\\_1/text/vol28n1p69.asp](http://www.medic.com/meditline/review/chir_es/vol_28/num_1/text/vol28n1p69.asp)

- Ojeda, C. (2009). Sociodrama y Rol Playing Herramientas para una Clínica de las Organizaciones. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/040\\_trabajo1/cdcongreso/CD/TRABAJOS%20LIBRES/SALUD%20MENTAL/2.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/TRABAJOS%20LIBRES/SALUD%20MENTAL/2.pdf)
- Rodríguez Vargas, M., Rodríguez Ricardo, A., Marrero Pérez, Y., Durán Cordovés, L., Angulo Zaragoza, A. & Díaz Rojas, P. (2019), Alteraciones psicológicas en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria. *Correo Científico Médico (CCM)*, 23(4), 1 – 11. Recuperado de: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3356/1467>
- Salinas, E. (2007), Incidencia de las quemaduras en niños. Recuperado de: <https://www.elportaldelasalud.com/incidencia-de-las-quemaduras-en-ninos/>
- Sanga Morejón, N. (2017), Ansiedad Quirúrgica desde el Modelo de Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. (Trabajo de Magister en Psicoterapia integrativa). Universidad del Azuay. Cuenca – Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6826/1/12798.pdf>
- Serracanta Doménech, J., & Gómez Morell, P., & Palao Doménech, R. (2005). Tratamiento integral de paciente con quemaduras de 2º GP-3er G en el 95% de superficie corporal. Cultivo de Queratinocitos. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 31(4), 251-259. [fecha de Consulta 6 de Noviembre de 2020]. ISSN: 0376-7892. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3655/365540070005>



*Ser resiliente significa aceptar tu nueva realidad... aunque esta sea peor que la que te rodeaba antes.*

***Elizabeth Edwards.***





# Factores psicosociales asociados a la recuperación de pacientes quemados

*Psychosocial factors associated with the recovery of burn patients*

**Lucely Obando Cabezas**

Universidad Libre, Seccional Cali.

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

**Edward Javier Ordóñez**

Universidad Santiago de Cali.

© <https://orcid.org/0000-0003-4803-0340>



*Personal de Enfermería de la Unidad de Quemados.*

**Cita este capítulo / Cite this chapter**

Obando Cabezas, L. y Ordóñez, E. J. (2022). Factores psicosociales asociados a la recuperación de pacientes quemados. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.* (pp. 113-142). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

## Resumen

Este texto presenta los resultados obtenidos en una investigación sobre los factores psicosociales que favorecen el proceso de recuperación física y psicológica de pacientes quemados hospitalizados en la unidad de quemados del hospital Universitario del Valle. El diseño del estudio fue cualitativo, con datos obtenidos a partir de una entrevista semiestructurada y un cuestionario de ansiedad y depresión. Dentro de los hallazgos obtenidos se resalta la importancia de intervenciones clínicas que reconozcan la diversidad cultural de los pacientes, la participación de las redes de apoyo, tanto familiar como social en la recuperación del quemado, y las complejas reacciones emocionales (ansiedad y depresión) que origina el trauma tisular.

**Palabras clave:** factores psicosociales, quemaduras, psicología social, psicología de la salud e intervención psicosocial.

## Summary

This text presents the results obtained in an investigation on the psychosocial factors that favor the process of physical and psychological recovery of burn patients hospitalized in the burn unit of the Hospital Universitario del Valle. The study design was qualitative in which the data were obtained from a semi-restricted interview and an anxiety and depression questionnaire. Among the findings obtained are the importance of clinical interventions that recognize the cultural diversity of patients, the participation of support networks, both family and social in the recovery of the burn, and the complex emotional reactions (anxiety and depression) that tissue trauma produces.

**Keywords:** psychosocial factors, burns, social psychology, health psychology and psychosocial intervention.

## Introducción

En el estado actual del conocimiento del paciente quemado, múltiples factores se reconocen como determinantes en los estados de bienestar físico, psicológico y social del quemado. Se podría decir que actualmente predominan las tendencias bio-médicas, concebidas por fuera de una concepción holística de lo biopsicosocial. En este orden de ideas, la intervención biopsicosocial, pensada para actuar en beneficio del paciente quemado, dedica sus esfuerzos a integrar los aspectos psicológicos y sociales procurando un bienestar general, a través de intervenciones psicosociales organizadas que afectan las condiciones del ambiente, la organización de los servicios y los criterios de hospitalización de los pacientes quemados.

Dada la importancia manifiesta de las contribuciones de los factores psicosociales en la salud de los individuos, el objetivo de este trabajo es identificar y analizar factores psicosociales como los datos sociodemográficos, el apoyo social percibido y la autoestima, que se encuentran presentes en pacientes hospitalizados en la unidad de quemados en proceso de recuperación física. El análisis de estas condiciones se espera tenga implicaciones importantes en las políticas de internamiento que se implementan en el hospital, y eventualmente, en la gestión gubernamental encargada de adoptar políticas públicas que favorezcan tanto el cuidado de la salud del individuo como las dinámicas del medio hospitalario.

El estudio realizado fue descriptivo, y la modalidad de análisis de los datos que se adoptó fue de análisis de contenido. Esta investigación, que utilizó como técnica de recolección de información la entrevista semiestructurada, analizando la posible relación que se puede establecer entre factores psicosociales individuales y la recuperación de los pacientes hospitalizados. Se vislumbra, entonces, que las necesidades presentes al interior de la unidad de quemados ya no sólo requieren una perspectiva biológica; ampliar este lente epistemológico exigirá un ejercicio que muestre los distintos matices y aspectos de los factores psicológicos y sociales presentes en la unidad de quemados. En este sentido, será pertinente describir la influencia que tienen los factores psicosociales en el proceso de recuperación de 8 pa-

cientes quemados hospitalizados en un centro hospitalario de tercer y cuarto nivel de la ciudad de Cali.

Develar el carácter y el lugar ontológico de los pacientes quemados es el aporte más concreto que ofrece esta indagación desde los factores psicosociales. Por lugar ontológico referimos al conjunto de premisas, ya sean de orden antropológico, económico, psicológico u otro, que hablará suficientemente de las subjetividades inmersas en la unidad de quemados. Hay que advertir que para cada actividad de orden clínico, económico y social realizada con los pacientes quemados hay premisas antropológicas que las configuran (las subjetividades), lo paradójico es que, al mismo tiempo de crearlas presente, no hay una configuración per se de ellas. Como lo señala la investigadora colombiana Gloria Villalobos (2004), que hace una “vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales”, estos afectan la salud humana con mayor énfasis en la población trabajadora:

La investigación en materia de factores psicosociales supone el acercamiento a un conjunto de modelos diversos en sus enfoques, pero similares muchos de ellos en la concepción de la realidad, extendida más allá de las fronteras de los sitios de trabajo para comprender la situación del “hombre” como ser integral e inmerso en una realidad histórica, determinada por las condiciones sociales y los medios de producción.

El aporte de la investigación a la disciplina psicológica se puede establecer, de acuerdo con Villalobos (2004), en que lo psicosocial es un factor influyente en el proceso salud-enfermedad, es decir, que se puede esperar resultados positivos de estos caracteres sobre el paciente sí ellos están adecuada y clínicamente orientados.

Finalmente, en cuanto al aporte para el psicólogo en formación, se puede indicar la adquisición de elementos investigativos pertinentes para la realización de futuros ejercicios de este orden. Ejercicios que permitan aportes críticos y constructivos para las realidades tomadas como objetos de investigación. Ejercicios que organicen y develen caminos y herramientas epistemológicas alternativas bajo el rigor de las ciencias sociales. Aunque es difícil trascender la unidad de quemados como un problema de investigación interesante o el abordaje epistemológico como un dato investigativo, el sujeto que esté en relación con

ella puede verse afectado directamente cuando alguna circunstancia lo ligue a una persona quemada afectivamente próxima.

## **Acercamientos teóricos sobre el abordaje psicosocial con pacientes quemados**

Del Porqué No Investigar En Población Pediátrica: El título puede convocar la creencia por la existencia de algún sesgo en el ejercicio investigativo, pero leyendo tranquilamente se comprende que por el contrario obedece a aquella premisa metodológica en donde el objeto a estudiar está afectado por la subjetividad del autor. En este sentido, aunque la mayoría de la literatura especializada sobre quemados recoge la población infantil como epicentro de sus frutos, la construcción de este ejercicio investigativo no recorrerá tal pretensión. Mirémosle más detenidamente.

La evidencia epidemiológica indica no sólo que los quemados son complejidades presentes en cualquier colectivo del globo, sino que se acentúa con mayor sonoridad en la población infantil. De acuerdo, con Celko (2009) quien comparte estudios realizados en el centro de quemados de Praga indica que el porcentaje de ingresos por quemaduras en niños de 0 a 14 años aumentó de 85% a 96% entre 1996 y 2006, sobre todo debido a un aumento del 13% entre los niños de 1 a 4 años. Entre 1993-2000 y 2006, la proporción de quemados de todo el país ingresados en el Centro de Quemados de Praga aumentó del 9% al 21%". Igualmente refiere que, en cuanto a la población, se obtuvieron datos detallados sobre 1064 niños (el 64% de ellos del sexo masculino). Aproximadamente un 31% de todas las hospitalizaciones por quemaduras se registraron en niños de 1 año.

Con base en este estudio Celko (2009) concluye que aproximadamente un 79% de las quemaduras se produjeron en casa: el 70% en la cocina, el 14% en el salón o la habitación, y el 11% en el baño. Del 18% de las quemaduras que se produjeron fuera de casa, el 80% afectó al sexo masculino. También concluye que el agente causal de mayor relevancia son los líquidos calientes que aportaron un 70% de la totalidad de las quemaduras, estas se producen en casa con bebidas en la cocina

y agua en el cuarto de baño. La duración media de la estancia en el hospital fue de 22 días en los niños y de 18 días en las niñas. Ante estos datos el autor sugiere que se hace necesario tomar medidas preventivas pasivas, tales como la modificación del diseño de las zonas de la casa para cocinar y comer, una mayor seguridad de las teteras eléctricas y dispositivos de control de la temperatura del agua en los cuartos de baño. Asimismo, deben elaborarse programas de educación para padres y cuidadores. Sería útil disponer de un plan nacional de prevención de las quemaduras infantiles que tuviera metas concretas. (Celko et al, 2009).

En el ámbito regional, un ejercicio psicológico investigativo parte del presupuesto de la infancia como población mayormente expuesta a quemaduras, explorando la imagen corporal en el discurso de niños de la unidad de Quemados, realizado por Ángel y Saavedra (2000), quienes concluyen que una quemadura implica una resignificación negativa en la percepción cualitativa de la imagen corporal, con la cual se identificaba su yo.

La última de las conclusiones repercute en la significación de corporalidad dada por la población pediátrica en donde el niño debe recorrer desde el análisis todos aquellos caminos que lo condujeron a conformarse una imagen inconsciente de su cuerpo. Caminos que estaban cargados de los conflictos que sus relaciones con los objetos de amor (padre-madre) le generaban. El niño estructura su imagen en una relación con aquellas personas que satisfacen su deseo posado en su cuerpo. Es por esta razón que la quemadura revive la instalación en el cuerpo la marca del deseo y como este se resiste al acceso a la conciencia, se intervendrá mediante la exploración del discurso sobre el cuerpo, que también, pugna por ser escuchado y resuelto (Ángel y Saavedra, 2000).

La población juvenil afectada se puede relacionar con la inseguridad en el medio laboral donde muchas veces los criterios de protección no son tomados en cuenta, generando un alto grado de accidentalidad. Es necesario crear una conciencia colectiva que propicie un ambiente seguro y normas que garanticen la salud e integridad del trabajador. De igual manera, las autoras indican que el agente cau-

sal de mayor frecuencia son las llamas y los líquidos hirvientes. Para las autoras, estos datos exigen, la necesidad de elaborar y divulgar normas de seguridad que permitan conocer la forma de operar este tipo de elementos, antes de presentarse un accidente y después de suscitados para evitar errores en su manipulación que puedan generar mayores complicaciones en el paciente y en la forma de controlarlo (Idarraga y Vallejo, 2002).

El acercamiento psicosocial ha sido vinculado a espacios institucionales de salud en varios sentidos, uno de ellos es la aproximación que según, Montoya y Ruiz (2003) intenta medir la calidad de vida en pacientes diagnosticados con enfermedades terminales, en donde construyendo un modelo descriptivo de modalidad cuasiexperimental, se preguntan por la eficacia de un programa de intervención psicosocial en el mejoramiento de la Calidad de Vida y terminan aportando en la descripción que hacen de su problema de investigación, pues al establecer el análisis [del objeto] entablan posturas y tensiones que trascienden, y aprovechan las riquezas, de lo cualitativo y lo cuantitativo.

Este trabajo, además, puntualizó que los caracteres psicosociales podrían vincularse al manejo de pacientes diagnosticados con enfermedad terminal, siendo dirigidos hacia el manejo y la intervención de afectos como la culpa, la incredulidad y la pérdida (muerte). Igual, las consideraciones benéficas de los apoyos sociales con que cuenta el paciente; apoyo que al brindar “asistencia emocional” a los pacientes, ofrece un panorama en el cual las expectativas de calidad de vida son positivas con relación a la recuperación y a su tratamiento. Sin embargo, por el mismo modelo construido sacrifican factores y aspectos sociales, culturales, cognitivos, biológicos, fisiológicos que dan cuenta de lo humano, en una comprensión holista e integral del ser humano.

Otro hallazgo se presenta con Bernal (2006), en relación a la alimentación obtenida dentro de la institución de salud, sin embargo, tal fenómeno se observó en aquellos casos en que los pacientes referían escasos recursos económicos y donde las tres raciones de alimentación no eran seguras. Otro factor psicosocial resaltado,

por la autora (2006) es el acompañamiento de las redes sociales significativas, pues la presencia y compañía constante durante la hospitalización y la rehabilitación de la enfermedad es percibido como beneficioso en cuanto que de allí se derivan buena atención, cuidados y cariño (en algunos casos). Y por último, se resalta que los pacientes perciben la interacción con otros pacientes como algo valioso, pues pudiendo hablar con alguien en igual de condiciones, logran transmitirse “ánimos” y “sentimientos esperanzadores”.

Por otro lado, la población de la unidad de quemados ha sido retratada en algunas aproximaciones investigativas, tal es el caso de Oramas (2006), que organizó un modelo epistemológico que indagaba por las expectativas sobre la calidad de vida, quien usando como instrumento SF6, indicó que no hay fórmulas claras y sencillas para dar apoyo psicológico ante a quemadura; este es básicamente un problema de motivación, de actitud y de capacitación de aquellas personas que preocupadas por el bien-estar de los pacientes recuperen en sus prácticas algunos apartes de lo que, según Correa (2007), se resalta que ayudar y respetar al paciente, además de una actitud abierta a comprender al paciente como una persona que está viviendo un proceso que trasciende lo orgánico; un proceso vital que afecta sus emociones, relaciones, sus actividades, sus posiciones existenciales, y por ende sus expectativas sobre calidad de vida.

Otro acercamiento de la disciplina psicológica a quemados también indaga por las alteraciones corporales producidas por las quemaduras; en donde según Escobar (2006), las emociones, percepciones y cogniciones que presentan los sujetos de cara a esta vivencia (quemadura) se comprenden como consecuentes del contexto socio cultural en el que se encuentran estas personas. La autora resalta que los cánones corpóreos exigidos por el criterio estético son decisivos para la exclusión o inclusión en ciertos espacios, de igual manera la catalogación en el discurso de lo normal o a-normal.

A manera de presentación de resultados, de acuerdo con Escobar (2006), se puede referir que los sujetos intervenidos percibieron la quemadura como un evento amenazante para el desarrollo integral, además de producir alteraciones corporales aparecen como



motivaciones claras para esta percepción: la inoperatividad de los recursos personales frente al agónico dolor y la hospitalización. También, refiere una preocupación excesiva en el paciente por las características físicas de su cuerpo, pues ellos expresan ante el pedido hecho, “un cuerpo raro”, “ajeno”. En algunos pacientes se evidenció que el tamaño y la forma también fueron alteradas. Por último, se halló un malestar clínicamente significativo en cuanto al deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, en donde motivados por las alteraciones cognitivo-afectiva hacia el cuerpo hay presencia de emociones o pensamientos negativos con relación a su corporeidad.

Acerca de la intervención desde la psicología clínica con pacientes quemados se pueden obtener diferentes apreciaciones. Sobre los rasgos psicopatológicos (Cousillas Suarez, 2014), se han hallado ciertos signos como problemas en la definición de juicios o evaluación de riesgos, tendencia hacia la impulsividad, hasta problemas en la comunicación o estrés que aumentan la tendencia a sufrir quemaduras. De la misma manera se evalúan antecedentes traumáticos o de impacto emocional que, por ejemplo, puedan llevar a provocar heridas autoinfligidas, así como carencia de redes de apoyo o factores protectores, lo cual puede tener su incidencia al momento de la recuperación. A través de un estudio de caso sobre pacientes hospitalizados donde fueron evaluados sus niveles de ansiedad (Alcázar-Gabás, Fidalgo-Pamplona, & Laplana-Miguel, 2014), si bien los resultados no describen con certeza la aparición directa de trastornos de ansiedad por el accidente, se destaca cómo se presenta una tendencia hacia el aumento general de la ansiedad en todos los casos. Así mismo, dichos aspectos poseen un impacto en su recuperación y como añadidura, indican la importancia del cuidado que a nivel sanitario debe tener la salud mental para estas problemáticas, ya que dentro de los resultados aparecen pocos avances en temas de psicología sobre la intervención clínica o tratamiento con pacientes quemados.

Se han desarrollado además algunas categorías predictivas que sirvan para el análisis de pacientes con quemaduras que presenten signos de estrés, para un posible diagnóstico de trastorno de estrés post-traumático.

tico, PTSD por sus siglas en inglés (Sadeghi-Bazargani, Maghsoudi, Soudman-Niri & Ranjbar, Mashadi-Abdollahi, 2011). Con base en una población de 85 pacientes hospitalizados por quemaduras en un hospital de Tabriz (Irán), donde el 20% fueron diagnosticados con PTSD, así como un 90% de la muestra que presentaba al menos signos de estrés durante las primeras dos semanas de hospitalización. Se menciona además acerca de algunos riesgos psicosociales o factores externos que podrían provocar, sumado a dificultades durante el tratamiento, que deben ser considerados y sugieren impactos en la salud mental de los casos.

Como parte del cuidado que amerita el acompañamiento con pacientes quemados, (McLean, et al., 2017) se tiene en cuenta la vulnerabilidad del paciente ante situaciones externas que tengan impacto, asuntos en torno a su calidad de vida y otras preocupaciones, así como la comunicación asertiva, y asuntos en torno a comorbilidades con otras patologías que afecten su estancia en servicios para la atención primaria en salud. Dichos elementos hacen parte de los factores psicosociales, ya que obedecen a una lectura profunda del caso, para su intervención y tratamiento.

La intervención psicológica propone acompañar y elaborar, conjunto a los procedimientos farmacológicos, aquellos efectos resultados de la experiencia traumática contenida por el paciente (Gallach Solano, 2016; Obando Cabezas & Ordoñez, 2020).

Aspectos como los factores psicosociales son tenidos en cuenta para reconocer el contexto, las capacidades y la funcionalidad del paciente, por lo cual aportan y construyen nuevos aspectos que interceden en la evolución del tratamiento. Sobre ello Salmerón – González, et al., (2017), destaca la necesidad de evaluar las pautas o principios necesarios para desarrollar el acompañamiento y posible rehabilitación que el paciente amerite, así como identificar factores de riesgo que provoquen cambios en el tratamiento o dificultades durante la recuperación. La rehabilitación está por ello, de la mano con la condición clínica del paciente y su lugar, así como los fenómenos que habitan en él durante su recuperación, por ello hay que reconocer cada aspecto y construir una adecuada adherencia y pronta mejoría.

Sobre la experiencia de dolor o malestar en los pacientes, González Cornide & García Fernández mencionan que: “Las respuestas psicoafectivas de ansiedad, fatiga, impotencia, anorexia y estrés agudo modulan la intensidad del dolor” (2019, p. 60), esto se refiere a signos que acompañan la sensación de dolor que percibe el organismo, y permanece con diferentes cambios, durante el tratamiento del paciente. Así mismo, por la variabilidad así como diferentes efectos de los analgésicos, la atención prestada ante cambios que pueda vivir el paciente o nuevas sintomatologías supone un mayor cuidado.

A propósito de un estudio con pacientes entre los 12 a 17 años, donde se buscó reconocer las secuelas tanto en el paciente como en sus padres del accidente por quemaduras (Egberts, Geenen De Jong, Hofland, & Van Loey, 2020), en el discurso de los participantes se reconoce cómo la situación transcurrida provoca cambios en el estado de ánimo, el dolor, frustración, etc. Acerca de los factores psicosociales, se indica la importancia de que tanto el paciente como su familia reconozcan su condición clínica, con las consecuencias y factores externos que pueden estar implicados durante la recuperación, Así como la superación de temores que puedan emerger; aquellos aspectos positivos que puedan construir una nueva dimensión tanto para el paciente como su familia del accidente, y consoliden oportunidades de avances en el tratamiento resultan fundamentales desde la intervención psicológica.

A propósito de las capacidades adquiridas por la intervención clínica gracias al reconocimiento de los factores psicosociales, se menciona cómo dichos elementos pueden ayudar en el manejo del estrés (Williams, Hunter, Clapham, Ryder, Kimble, Griffin, 2020), abordaje respecto al dolor y los procesos de recuperación vividos por los pacientes, manejo más adecuado desde los profesionales ya que permite un reconocimiento de la condición particular de cada caso, hasta nuevas formas de elaborar las experiencias traumáticas, los factores de riesgo, todo ello gracias a la comprensión del contexto, los fenómenos sociales y las particularidades que cada caso puede tener y pueden aparecer como parte de su condición clínica durante el tratamiento. Sobre los avances respecto los factores psicosociales en el tratamiento con pacientes quemados, se obtuvo además los resultados

de un muestro con 408 pacientes, para comprender el estigma social que pudo acompañar la experiencia de la quemadura (Ross, Crijns, Ring, & Coopwood, 2020). Se menciona cómo se describe un gran impacto en la estigmatización tanto física como emocional, así como la adaptabilidad hacia nuevas organizaciones o estilos de vida, que puede verse detenido en casos de poca adaptabilidad, así mismo, se percibe una relación afectada con su corporalidad, donde la sociedad interpone nuevas formas de convivir y comprender aquellas secuelas traumáticas. Sobre ello, se menciona como el soporte de nuevos recursos o capacidades que el paciente obtenga, los cuales permitan una mayor construcción que soporte su condición clínica y brinde nuevas condiciones de vida de ahora en adelante.

Se han construido diferentes herramientas que contribuyan desde el acompañamiento psicológico al desarrollo del apoyo psicosociales en niños y niñas con quemaduras, tanto para los pacientes como sus padres (Heath, Williamson, Williams, & Harcourt, 2020). Obtener información sobre el cuidado, así como reconocer los factores de riesgo y las dificultades o cambios posibles durante su recuperación, son temas donde surge la necesidad de educar tanto al sujeto como su cuidador, donde diferentes intervenciones pueden permitir vencer las barreras o dificultades de la recuperación, así como identificar necesidades y limitaciones de aquellos procesos. Un ejemplo de ello fue desarrollado en el Reino Unido para permitir un mayor acercamiento de la población que se ve afectada por tales situaciones a través de la página web [SupportingChildrenWithBurns.co.uk](http://SupportingChildrenWithBurns.co.uk) donde se brinda información constante y reciente sobre pacientes con quemaduras y diferentes aspectos del tratamiento.

## **Aportes teóricos para la comprensión de los factores psicosociales**

Definir los factores psicosociales se percibe como algo complejo, es una categoría amplia para agrupar cualquiera de los aspectos psicológicos y sociales propios del individuo, aunque no exclusivos de él, que pueda tener algún grado de incidencia en la acción que realiza. En otras palabras, se consideran factores psicosociales a esos

elementos psicológicos y sociales que presumen alguna influencia decisiva en el comportamiento de la persona. De entrada, se reconoce que los aspectos que pudieran agruparse en la categoría “factores psicosociales” son bastante amplios. En consecuencia, se explicarán tan sólo aquellos factores tenidos en cuenta para esta investigación. Estos factores fueron elegidos de acuerdo con investigaciones previas (Cuero, 2007; Hernández, 2007; Oramas, 2006; Escobar, 2006; Bernal, 2006; Rojas y Romero, 2006), en las que se han analizado las variables sociales y psicológicas con mayor probabilidad de afectar las actividades de un proceso de hospitalización u otros tipos de actividades relacionadas con la salud.

Una definición más puntual y poco interdisciplinaria dirige la intención de los factores psicosociales, hacia la integración de la acción psicológica, según Sánchez y Morales (2001), en la estructura social que participa. Es decir que los factores psicosociales interpelan la acción psicológica en cuanto que responde a las innumerables demandas sociales escuchadas por el psicólogo en el consultorio o en cualquiera de sus campos de acción. Sin embargo, no solo es trabajo de psicólogos la tarea dirigida al mejoramiento de las condiciones de vida de un colectivo y su contexto (Vargas, 2007).

Por otra parte, autores como Alvis (2009), reflexionan en la aparición de los factores psicosociales en el desarrollo de la comprensión de las problemáticas y necesidades de los seres humanos, caracterizando prioritariamente los avances de las limitaciones impuestas por los desarrollos teóricos antiguos de la psicología social, tales como el asistencialismo económico. En otras palabras, la Psicología social ha venido cuestionándose en su comprensión de los fenómenos psicosociales teniendo en cuenta, además, las potencialidades, los derechos y las capacidades propias de los individuos y las comunidades, lo que hace que sus teorizaciones sean integradoras de los dos enfoques desde los cuales ha venido trabajando: “psicología social psicológica y psicología social sociológica” (Alvis, 2009).

El concepto de “interacción” propuesto en los estudios del rumano Moscovici, citado por Alvis (2009), entendido como la relación entre el individuo y la sociedad, se convierte en el elemento central que

supera las limitaciones de lo puramente psicológico y lo sociológico, permitiendo el surgimiento de la orientación psicosocial, la cual establece sus fines en una doble mediación: por un lado la condición de construcción colectiva de los fenómenos pertenecientes al orden de lo exclusivamente social, y por otro, los fenómenos humanos que estudiados por la psicología social intervienen sobre los pensamientos, razonamientos y conductas del individuo.

La intervención psicosocial para desarrollar por la Psicología social, según Sánchez (2001), encierra mayores dificultades y limitaciones a la hora de la praxis psicológica. Entre ellas se distinguen tres: el distinto nivel y carácter de causas y efectos, el distinto nivel de análisis y el peligro de la homogeneización trans-individual de las acciones.

En relación con la primera limitación, Sánchez (2001), indica el carácter “paliativo” de la intervención psicosocial, pues esta no posee acceso al nivel causal de las estructuras sociales. Impidiendo un trabajo real desde la raíz de la problemática social. No hay que olvidar que, aunque tuviera acceso a esos niveles causales, la intervención con fines de cambio no corresponde al orientador psicosocial sino al conjunto de la sociedad.

La segunda limitación, según el autor, tiene que ver con la “documentación de resultados”, pues la complejidad de los fenómenos sociales no tiene garantizado las cuestiones motivacionales y de acceso a la población. Tal es el caso de los más débiles y marginados que suelen estar menos motivados y con dificultades en la accesibilidad para la intervención, por su situación de marginalidad, por la desinformación y/o la desorganización social.

En cuanto a la tercera limitación, el peligro de la homogeneización trans-individual de las acciones, Sánchez (2001), señala que, si bien la praxis social permite intervenir elementos causales comunes en grandes grupos, no puede, en cambio, abordar los aspectos diferenciales de cada individuo (aunque sí las singularidades de cada colectivo o comunidad).

A continuación, se dan las aproximaciones epistemológicas de los factores psicosociales construidos en pro de este ejercicio investiga-

tivo, se hace una escisión entre factores sociales y psicológicos partiendo del presupuesto de hacer clara la exposición de cada uno:

Dentro de los factores sociales, se consideran los aspectos sociodemográficos y el apoyo social percibido.

**Aspectos Sociodemográficos:** De acuerdo con la bibliografía consultada, autores como González (2000) recupera el análisis sociodemográfico interpelado por la teoría de la transición demográfica como criterio relevante a la hora de asumir estudios económicos y sociales; La demografía en su desarrollo ha tratado de sistematizar el conocimiento y de regularizar lo observado, en aras de poder predecir en otros contextos el comportamiento futuro de la población o de alguna variable demográfica.

El uso de la Teoría de la Transición Demográfica, trabajada por el estadounidense Warren Thompson, se da por su gran posibilidad de aplicación, por su presunto poder explicativo y porque hace explícita la relación Población-Desarrollo. En primer lugar, se puede reflexionar sobre la hipótesis que se centra en explicar que las poblaciones tienden a pasar por ciertas etapas de cambio demográfico determinado mayoritariamente por la mortalidad y la natalidad.

Ahora bien, para González (2000), el crecimiento de lo sociodemográfico está íntimamente relacionado con el crecimiento económico, respondiendo así a la lógica de progreso (producción) capitalista. ¿Qué relación se da entre la quemadura y la tendencia económica neoliberal si la promoción de la salud (1886), también, reconoce lo significativo (para la salud) de los espacios laborales y los lugares de ocio? La relación está marcada por cambios significativos en la estructura del empleo, por las transferencias y potencialización de recursos humanos y económicos, por el desarrollo de sectores menos productivos a sectores más productivos, y, como último, la tensión presupuestada entre el recurso humano formado para el trabajo y aquel recurso humano formado en la perspectiva de profesionalización. Sin embargo, hay que mencionar que las formas y métodos de ocurrencia de estos cambios están en función del crecimiento y del tipo de economía propia de cada país.

En otras palabras, para los estudios relacionados con el abordaje psicosocial, ya sean a corto plazo como intervenciones en crisis o períodos más largos como el caso de procesos psicoterapéuticos individuales, la variable sociodemográfica es un eje importante desde el cual se valora el nivel de vida de la población hospitalaria, tomando como referente básico la calidad de las necesidades personales, servicios básicos personales y sociales que ostenta, para luego en función del crecimiento (o mantenimiento) poblacional futuro, plantear las soluciones que requiere en materia de infraestructura, de procesos psicoterapéuticos en aras a mejorar sus condiciones de vida durante el proceso de prehospitización, hospitalización y poshospitalización.

**Apoyo Social Percibido:** De acuerdo con Sepúlveda et Al., (1998), las diversas investigaciones sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad, también, menores, que las personas con bajos niveles de apoyo social. De igual forma, personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre. De la misma manera, se ha señalado que el apoyo social puede actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés.

La percepción de apoyo social es relevante en la medida en que la realidad que vive el individuo es fundamentalmente una realidad percibida. En este sentido, el apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psíquicos. El apoyo social se ha utilizado en diversos sentidos: como red social, como contactos sociales significativos, como posibilidad de tener personas confidentes. Sepúlveda et al., (1998), indican que también ha sido definido como la unión entre individuos o grupos para mejorar la competencia adaptativa a la hora de enfrentar los desafíos, tensiones y privaciones a corto plazo.

De acuerdo con Sepúlveda y colaboradores (1998), existen tres tipos de apoyo, que parecen ser coincidentes desde la diversa literatura: apoyo emocional, instrumental o tangible y el informacional. Por apoyo emocional, según los autores, se entiende como el sentimiento



de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y disponibilidad de alguien con quien hablar. Este tipo de apoyo aumenta la autoestima en las personas, al sentirse valorados y aceptados por los demás. El apoyo tangible o instrumental lo han definido como prestar ayuda directa o servicios (ayudas domésticas, prestar objetos o dinero, cuidar niños, etc.). Se relaciona con el bienestar porque disminuye la sobrecarga de tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo. Por último, el apoyo informacional es un proceso a través del cual las personas buscan información, consejo y/o guía que les ayude a resolver sus problemas.

**Autoestima:** para esta investigación se tomará la definición realizada por Carl Rogers (1989), quien entiende por autoestima una variable compleja sobre la cual inciden múltiples factores, fundamentalmente culturales y sociales mediante un proceso de asimilación y reflexión, por el cual se interiorizan las opiniones de las personas socialmente relevantes y son utilizadas como criterios para la propia conducta, estrechamente relacionada con el autoconcepto y resultado de sucesivas autoevaluaciones.

En este sentido Ferrer et al., (2002) aproximan la autoestima a la actitud negativa o positiva que tiene un sujeto de sí mismo, indicando que este juicio afecta la manera en que el individuo se relaciona o se desenvuelve en distintas esferas como la familiar, la social y la académica. Las autoras, partiendo de definiciones como el grado de satisfacción con uno mismo y el sentimiento de valía personal percibido al compararse con los demás, retoman el sentido de construcción social propuesto anteriormente y valoran la definición de Cassidy (1990), la autoestima como el juicio general que el individuo emite de su propia persona en cuestión de valía.

Se puede inferir entonces que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra forma de ser, que se centra en la cuestión por el quiénes somos. Este sentimiento se va formando desde el momento mismo en que somos concebidos, y según Cyrulnik (2004) desde los meses de gestación, cuando comienza la carga de mensajes que recibimos, primero de manera energética y luego psicológica.

La importancia para el paciente quemado de este concepto radica en que la autoestima maximiza la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades personales y sociales, además que aumenta el nivel de seguridad. En otras palabras, la autoestima determina la forma de comportarse, de enfrentar y percibir los sucesos de la vida, y cuando las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo son positivas podemos hablar de un buen o alto nivel de autoestima, entendido, para el contexto de la unidad de quemados, como garantía de que el sujeto podrá hacer frente a importantes contrariedades de la vida.

## **Metodología**

El presente estudio es de carácter descriptivo de tipo cualitativo (Fraenkel & Wallen, 1996), donde se hace referencia a sucesos “complejos” que tratan de ser descritos en su totalidad teniendo como referencia prioritaria su medio natural (Hernández Sampieri, 1991). Cualquier investigador cualitativo que se acerque a la realidad, en su contexto natural, intentará, según Rodríguez (1996), captar el sentido y/o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. Por eso se puede decir que el presente trabajo puede caracterizarse como un estudio descriptivo en tanto que no permite explicar la relación causal entre las variables, sino que pretende “decir cómo es y cómo se manifiesta” cierto fenómeno.

Se toman como instrumentos para el análisis de los resultados la entrevista semiestructurada, con diferentes etapas, una donde se ofrece un cuestionario cerrado para obtener datos sociodemográficos, para continuar con el abordaje más amplio de la intervención por medio del instrumento abierto que flexiblemente aseguraba la comunicación entre el paciente y el entrevistador.

El estudio fue realizado con 8 pacientes hospitalizados, en una unidad de Quemados de un hospital de alta complejidad de Cali – Colombia, con quemaduras GIIA Y GIIB y/o quemaduras GIII, sin importar la extensión de la misma, además, se consideró que su condición hemodinámica le permita acceder a la entrevista y

contestar los cuestionarios, hay que tener en cuenta que el protocolo de hospitalización de la unidad de quemados sólo admite a pacientes con quemaduras de tipo II, III y IV con cualquier extensión en la superficie corporal.

Para su elección se definieron los siguientes criterios de inclusión:

- Personas mayores de 16 años.
- Hemo dinámicamente estables: Esto indica que hayan pasado, mínimamente, la fase de reanimación, pues durante las primeras 36 horas de la quemadura la calidad de la información dada por el paciente no es buena.
- Que el paciente lleve mínimo ocho (8) días de hospitalizado.

Como procedimiento se consideraron tres etapas para el desarrollo de la intervención. Una primera etapa de contextualización sobre el escenario, el personal asistencial que lo constituye y casos que son atendidos, así como el rol del psicólogo en los avances del tratamiento. De aquella etapa se eligió estudiar cómo se exponen los factores psicosociales como parte de una hospitalización en pacientes quemados.

La segunda etapa estuvo centrada en comprender el impacto de los factores psicosociales desde las categorías de apoyo social percibido y autoestima, como parte del acompañamiento para estos pacientes, quienes describen cuadros clínicos de ansiedad, posible estrés, poca asimilación de los hechos ocurridos, así como angustias o temores por su recuperación. Por lo tanto, los aspectos psicosociales aparecieron como condición sine qua non porque ellos permitirán la perspectiva de complementariedad exigida por la intervención psicosocial. En el desarrollo de esta etapa se adaptó el instrumento, partiendo por la necesidad de acoger al paciente durante la intervención y ofrecer una escucha más amplia por medio de la entrevista semi-estructurada. Las precisiones halladas en los discursos de los sujetos para referirse a la cuestión económica y las objeciones al estilo de la pregunta por parte del aplicador permitieron dicha decisión

Finalmente estuvo la etapa de resultados, que entendido por Piñuel (2002), corresponden a la sistematización y análisis de acuerdo con

las categorías definidas, en este caso sobre la elaboración del paciente respecto sus factores psicosociales, en este caso estudiadas desde un contexto controlado, como lo es un servicio médico, donde el posicionamiento del paciente para la intervención tiene cambios orientados a obtener un acercamiento por fuera de su hospitalización.

## Resultados

Los conocimientos proporcionados por la teoría de la transición demográfica permiten las aproximaciones desde la relación entre la población y el desarrollo socioeconómico; sin embargo, en este caso será necesario asimilar un espacio poblacional especial, el hospital Universitario del Valle, en donde la población que participó de esta investigación varía en los estratos socioeconómicos 1 y 2. Al pensar en la unidad de quemados, de acuerdo con las autoras Roig, Pastor y Neipp (2003) que indican que el hospital es el espacio concreto que actualiza las tendencias, “creencias” y “valores” que en salud pública son pensadas por los organismos responsables de las políticas salubres de un país, se podría preguntar por aquellas dinámicas que referencian las políticas públicas en relación a los quemados en la ciudad de Cali.

Otra de las características del hospital, brindada por las autoras que se relaciona directamente con la unidad de quemados, es la perspectiva “reinante” a la hora de ejercer la praxis clínica: “la biomédica”. La mirada biomédica, según Roig, Pastor y Neipp (2003) dirige los recursos, la organización y los objetivos de las intervenciones clínicas desde los avances técnicos, siendo el conocimiento y las técnicas los únicos responsables de la salud; perspectiva que prevalece aún, a pesar, de reconocer desde la carta de Ottawa (1886), que la mejoría de salud se debe también por los avances en las condiciones sociales, ambientales y cambios comportamentales del paciente.

Las autoras, también, refieren la demanda sociocultural invertida en el hospital, por lo tanto, el conocimiento de este exige el conocimiento del “contexto” en el que está inmerso dicha institución, de igual manera, la necesidad de conocer los aspectos sociales o el contexto

de quien ingresa (paciente) a esta. Aquí será necesario preguntarse ¿Qué tipo de inversiones (económicas, legislativas, judiciales y preventivas) hace el gobierno en materia de políticas de salud pública para el quemado? Los datos de los pacientes que ingresaron en el mes de diciembre del 2008 a la unidad de quemados dan cuenta que la época decembrina no es la que presenta más alta incidencia de la población pediátrica, entonces, ¿por qué se olvida la incidencia de hospitalizaciones de quemados durante el resto de año? Entre las razones que se pueden vislumbrar están relacionadas con el ámbito social como el empobrecimiento, trabajo informal (5 de los pacientes participantes) y las condiciones de hacinamiento habitacional de los estratos 0 y 1, son iguales y a veces mayores.

Los estudios de diversidad indican poca claridad de los factores que la componen, sin embargo, Susaeta y Navas (2005), resaltan que la perspectiva de la diversidad de Hon (2003) y la de Triandis (2003) son las más adecuadas al incluir un conjunto muy variado de factores para definir un concepto que por su propia esencia debe reflejar aspectos muy distintos de la actitud y comportamiento de los pacientes.

La diversidad cultural está presente en la unidad de quemados porque según los datos hallados la procedencia de la población es variada, además, se refieren 5 departamentos de Colombia; de esto se infieren dos cosas: 1) La variedad en el paciente de patrones, conocimientos, afiliaciones grupales significativamente diferentes, saberes y encuentros previos (culturales) que no deben ser olvidados al momento de intervenir psicológica y medicamente, pues ellos determinan la orientación clínica y 2) la importancia de la unidad de quemados para el suroccidente al ser el único centro especializado en esta área. En este sentido, la diversidad cultural influye de manera directa no sólo en desarrollos propios de la institución sino en la manera en que la mirada de la clínica psicológica recubre al paciente para sus intervenciones. La intervención psicológica se ve afectada directamente por esta heterogeneidad en cuanto que fractura la constitución biomédica presente en el hospital para dar un espacio prioritario en las reflexiones sobre las intervenciones, donde se deben tener en cuenta los distintos saberes, creencias, mitos e imaginarios propios de la persona y de su procedencia.

La diversidad cultural influye y es influida por las diversas maneras de construcción de sentidos en donde se manifiestan acercamientos a la realidad, puesto que no es igual el sentido dado a las cirugías por el paciente que procede de Puerto Asís (Putumayo) que al que viene de Barbacoa (Nariño). Los sentidos determinados en el “hospital” son diversos y mediados por los esquemas culturales (de Barbacoa, Cali, Armenia, López de Micai y Tolima) pertenecientes a sujetos que habitan esporádicamente este espacio. Se señala, entonces, que la heterogeneidad dada en la procedencia (de los pacientes) es en sí una apertura, por un lado, un acto trascendente de la consciencia contextual de la clínica hacia la comprensión de las individualidades que ingresan al hospital y, por otro lado, es para el sujeto una fractura de sí mismo hacia la comprensión del nuevo hábitat. En este sentido, las autoras Roig, Pastor y Neipp (2003) indican que el hospital no sólo se queda en el “impacto psicosocial” inmanente de la relación con el sujeto hospitalizado, sino que se suma como otro padecimiento para el paciente.

Se podría pensar que el aislamiento del quemado en una institución clínica, aunque beneficiosa para su salud, lo ausenta del medio laboral (5 pacientes tenían trabajos informales) o deja el hogar sin la “cuidadora” (3 pacientes eran ama de casa) produciendo la ruptura económica de sostenimiento del hogar. Los efectos clínicos de este fenómeno se presentan en las ideaciones alrededor de las circunstancias del hogar que dejaron atrás, la falta de dinero para cubrir las necesidades básicas del hogar: servicios públicos, educación, arriendo, alimentación y transportes; hacen que el paciente además de sufrir por su quemadura padezca a causa de su ausencia del hogar.

### **Apoyo social percibido**

Está claro que la quemadura les representó a los pacientes una deconstrucción en su identidad, primero por la amenaza directa de muerte al ser conscientes de “como un error acaba con todo” y de “lo frágil que es cualquier persona”. Después, por la amenaza de dejar de ser lo que anteriormente eran, pues “sentían que no eran ellos” y

perdieron el control sobre sí mismos (sentimientos de minusvalía) y del mundo en el que se desenvolvían con seguridad. Además, por el encuentro con la mirada biomédica que quita los referentes culturales del paciente.

Además, las preocupaciones, durante la hospitalización, dirigidas hacia la sensación de no tener el control de su cuerpo, ni de su entorno pues, son despojados de sus ropas, no podían realizar solos sus actividades básicas (comer, bañarse, vestirse) y estaban bajo un tratamiento médico riguroso. El encierro dentro de la institución de salud les parecía muy estresante, pero una situación trajo confrontaciones aún mucho más complejas, tenían que ver el sufrimiento de los otros. Los otros presentes en la unidad de quemados, también, presentan complicaciones similares o peores, en algunos casos, particularmente durante la primera fase de reanimación. La presencia del otro quemado permite sentimientos de desesperanza, no dormían, se sentían cansados, nerviosos e intranquilos.

Según de los Santos (1999), a más información de la condición del estado del paciente, más posibilidades tienen de construir estrategias que permitan llevar la hospitalización. Esto se relaciona con lo presentado por Sepúlveda y colaboradores (1998) como el apoyo informacional. Este apoyo, según los autores, es un proceso a través del cual las personas buscan información, consejo y/o guía que les ayude a resolver sus problemas. Gracias al apoyo informacional los pacientes quemados pueden orientar con mayor facilidad sus vivencias durante las últimas tres fases de recuperación: fase de post-resucitación, fase de sepsis y fase de rehabilitación y remodelación. A este respecto cabe mencionar que 6 pacientes refieren tener buenas relaciones con el personal de salud. Relación que no se da en cuanto a brindar elementos de apoyo de tipo informacional, sino que, también, en cuanto a la atención general durante el proceso de hospitalización.

La mayoría de los pacientes, siete de ellos, refieren tener adecuadas redes de apoyo, quienes a pesar de las distancias logran mantener cerca a sus contactos vitales. Así mismo, los datos de la paciente V valoran los hallazgos de Sepúlveda y colaboradores (1998), cuando indican, que personas con bajo nivel de apoyo social tienden a empobrecer su

calidad de vida dentro del hospital porque su enfermedad se complica. La relación entre apoyo social y salud es íntima, si la primera falta la segunda sufre de complicaciones que escriben en el cuerpo. Lo corporal es el texto en donde se escribe la verdadera percepción del apoyo social. La quemadura se escribe sobre el cuerpo quemándolo, el apoyo social percibido adecuadamente sería lo inverso de la quemadura, jugaría el proceso contrario a la quemadura en cuanto que permitiría la evolución temprana de los procesos regenerativos de piel. La sujeta V no sólo va a tener desventajas a la hora de establecer encuentros con el otro, sino, que a nivel personal ella va a tener problemas con los juicios de valía propia, las reflexiones sobre la autoestima permitirán decir más en este caso.

Sepúlveda y colaboradores (1998) refieren que diversas investigaciones acentúan los menores índices de síntomas psicológicos y mortalidad en procesos hospitalarios cuando el apoyo social percibido se mantiene como elemento primordial de la clínica. Los datos encontrados en esta investigación corroboran esta hipótesis de manera inversa, pues parten de la alta presencia de síntomas psicológicos para llegar a concluir que la raíz inmediata es la ausencia de relaciones sociales significativas. Los autores indican, también, la capacidad adaptativa del paciente frente al estrés convocada por el apoyo social percibido. Con todo, se pone de manifiesto la capacidad “curativa” del apoyo social percibido frente a situaciones altamente delicadas en contextos de salud.

Otro problema se presenta cuando el desplazamiento se hace desde distancias más grandes, cuando los pacientes vienen de otros departamentos la falta de dinero no es sólo para el pasaje intermunicipal, la estadía en Cali y la alimentación. Hasta el mismo proceso de recuperación es problemático para el sostenimiento de redes de apoyo: la fase de reanimación, que según Amiategui y colaboradores (2000), exige que el paciente este postrado en cama durante las primeras 36 horas, en algunos más, debido a la inestabilidad hemodinámica, los cambios emocionales producidos por la intensidad del dolor y la recuperación de líquidos perdidos, junto al tratamiento local de la quemadura.



Sobre la autoestima, la vivencia de la hospitalización, también, repercutió en la concepción que tenían de sí, se puede asegurar que los pacientes participantes de esta investigación refieren que los cambios (en la percepción de sí mismo) son proporcionales a los cambios que tenga la piel después de la quemadura. Este hallazgo está acorde con los encontrados por Escobar (2006), en donde las alteraciones corporales fueron las fuentes para el cambio de autoconcepto. Estas alteraciones corporales representaban pérdidas de belleza, habilidades y capacidades que antes les proporcionaban sus cuerpos que ahora llevan a un quiebre de su identidad. Lo que es lo mismo decir, que tras el accidente y al conocer sus secuelas, una de las preocupaciones que sintieron nuestros informantes se relacionaba con su imagen corporal, se cuestionaban sobre cómo quedarían después de las quemaduras.

Los pacientes no reconocían una correspondencia entre la imagen que veían en el espejo y la que tenían antes del accidente por las cicatrices de las quemaduras, algunos “no se podían ver”, sin embargo, seis de los pacientes participantes reconocen que no ocultarían las cicatrices. De igual manera, los pacientes, en ocasiones, se enfrentaban no solo a la sorpresa de su aspecto, sino a la mirada de los otros. La mirada del personal de salud, de los mismos hospitalizados en la unidad, también, sus familiares los observaban con extrañeza y les devolvían una imagen distinta a la que poseían de sí, pues no los reconocían a través del vendaje o simplemente su rostro, aunque, no afectado directamente por la quemadura cambiaba por el hecho de estar interno en la unidad de quemados. Siendo así, se puede afirmar que las reacciones gestuales de los otros ante el paciente y las secuelas dejadas por el accidente tisular sirven de indicador sobre los cambios que tuvieron en su imagen corporal.

Pese a todo lo anterior, hay que destacar que no toda la población participante reporta cambios en la percepción de sí mismo, dos sujetos (C y L) lo hacen. Esta situación abre la siguiente cuestión: ¿Qué recursos personales de C y L permiten la aceptación de la condición de quemado sin juicios de valor negativo hacia sí mismo? Podrían mencionarse elementos como la adecuada red de apoyo, habilidades sociales y la no presencia de síntomas depresivos y ansiosos facilitan

la significación positiva de la condición actual, sin embargo, para el sujeto L se hace manifiesta un mecanismo de defensa (negación: “A veces no me gusta imaginarme las cicatrices que me van a dejar las quemaduras”) que hace que el individuo siga percibiéndose de la misma manera que se percibía antes del accidente; se puede explicar este comportamiento partiendo del presupuesto que la imagen del sí mismo es una experiencia subjetiva, de acuerdo Pruzinsky y Cash, (1990) citado por Escobar (2006), para la cual no se tiene, necesariamente, un correlato con la realidad.

Contrastando a L con frases dichas por el sujeto B: “Las heridas me parecen un mal difícil”, nos abre una dimensión social afectada por la problemática de los cambios de piel producidos por una quemadura y los efectos que pueden producir en los sentimientos hacia sí mismo, que de acuerdo con Ferrer et al., (2002), es un juicio que afecta la manera en que el individuo se relaciona o se desenvuelve en distintas esferas como la familiar, la social y la académica. Igualmente, para la dimensión personal que se atribuye desde el autocuidado, los pacientes participantes de esta investigación refieren el descuido físico y emocional, alterando aquellos hábitos saludables que van en pro del auto cuidado.

Por último, se puede mencionar el carácter adaptativo de la autoestima en cuanto que permiten el reconocimiento positivo y juicios de valía significativos alrededor del accidente tisular. Un buen nivel de autoestima inunda de estrategias de afrontamiento, como la expresión de sentimientos, la introspección y la ideación positiva, todo el estar o bien-estar del paciente en la unidad de quemados.

## **Conclusión**

Entre los resultados obtenidos, se destaca como los pacientes quemados son despojados de su riqueza cultural y de sus experiencias previas. Los pacientes quemados recrean su subjetividad hasta el punto de resignificar los acercamientos y encuentros posteriores con su espacio habitacional. Quemarse priva del ser cultural a los pacientes que se insertan en la unidad de quemados, los requeri-

mientos médicos durante la hospitalización evitan la sabiduría cultural que permea la subjetividad de cada paciente. La diversidad cultural es recibida, pero no es valorada en todas sus dimensiones, en toda su profundidad. La diversidad presente invita a la unidad de quemados y a su personal médico por una apuesta en la práctica etno-médica, en donde las creencias y sentidos de salud y enfermedad sean escuchados, en donde la construcción social de la enfermedad sea escuchada y sentida como determinante a la hora del proceso de hospitalización.

La edad de los pacientes quemados, también, juega un papel determinante en la relación con la productividad laboral. La inoperancia laboral, de los pacientes quemados tensiona y llena de ideaciones, en ocasiones, perjudiciales a los pacientes pues ante realidades económicas ineludibles, la quemadura, elimina cualquier tipo de respuesta.

Frente al apoyo social percibido los pacientes hospitalizados refieren una buena percepción del apoyo social informacional creando en el paciente habilidades para el enfrentamiento de la situación de inclusión en la unidad de quemado, por su lado el apoyo emocional establece fuertes nexos entre las redes de apoyo significativas y la recuperación adecuada de un paciente, en otras palabras a mayor posibilidad de redes personales, familiares y sociales hay mayor implicación positiva en el soma del paciente. Por su parte el apoyo instrumental hace presencia en la adecuación de los espacios infraestructurales para que se permita una sensata perspectiva de salud integral.

En cuanto al criterio psicosocial vinculado a la concepción que tenían de sí, se puede asegurar que la relación entre la extensión de la superficie corporal quemada y el autoconcepto es determinante a la hora de entablar juicios de valía relacionados con el sí mismo. De igual manera, la identidad sufre una fractura, lo que equivale a decir que la quemadura desestructura los límites vitales que organizan la percepción que se tiene de sí mismo. Y por último, la dimensión social de los cambios de piel producidos por una quemadura se lee (en el sentido de interpretar) en las prácticas de autocuidado físico

y emocional que no están presentes al interior de la unidad de quemados, hay alteración en aquellos hábitos saludables que van en pro de la salud del paciente, que elementos como la adecuada red de apoyo, habilidades sociales y la presencia/ausencia de síntomas depresivos y ansiosos podrían llenar de pautas benéficas para el paciente y la percepción de sí mismo.

## Referencias bibliográficas

- Alcázar-Gabás, M., Fidalgo-Pamplona, M. P., & Laplana-Miguel, O. (2014). Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 40(2), 159-169. <http://doi.org/10.4321/S0376-78922014000200005>
- Alvis Rizzo, Alexander. (2009) Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Poiésis*, revista electrónica de psicología social, Funlam. (17).
- Ángel, M. & Saavedra, M. (2000). Exploración de la imagen corporal en el discurso de niños quemados. Pontificia Universidad Javeriana – Cali. Facultad de psicología. Trabajo de grado para título de Psicólogo.
- Celko, A., Grivna, M., Dánová, J. & Barss, P. (2009). Severe childhood burns in the Czech Republic: risk factors and prevention. *Bull World Health Organ*, 374 – 381.
- Cousillas Suarez, P. (2014), *Psicopatología en pacientes quemados*. Proyecto Lumbre, *Psicología*, (vol)Nro, 49 – 52.
- Cyrulnik, Boris (2004). *Del gesto a la palabra*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- De los Santos González, C. (1999), Aspectos psicosociales y de reintegración. En, *Guía básica para el tratamiento del paciente quemado*. España: libros electrónicos.net.
- Egberts, M., , Geenen R., De Jong, A., Hofland, H. & Van Loey, N. (2020), The aftermath of burn injury from the child's perspective: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 25(13-14) 2464 – 2474. DOI: 10.1177/1359105318800826 [journals.sagepub.com/home/hpq](https://journals.sagepub.com/home/hpq).

- Ferrer, Cristina. Cortes Miranda, Marisol. Loaeza Vargas, Paola. (2003) Confiabilidad y validación con niños mexicanos de dos instrumentos que miden la autoestima. *Revista Salud Mental*, 26(4), 40 – 46.
- Gallach Solano, E. (2016), Retos y desafíos del paciente Gran Quemado: La intervención desde la Psicología Clínica. *Proyecto Lumbre, Psicología*, (vol)Nro, 51 – 57.
- González Cornide, Z. & García Fernández, J. (2019), La construcción de la experiencia del dolor y malestar en pacientes quemados. *Proyecto Lumbre, Psicología*, (vol) Nro, 58 – 62.
- González Galván, H. (2000), Aspectos teóricos para el estudio socio-demográfico del embarazo adolescente. *Frontera Norte*, 12(23).
- Heath, J., Williamson, H., Williams, L., & Harcourt, D. (2020). [www.SupportingChildrenWithBurns.co.uk](http://www.SupportingChildrenWithBurns.co.uk): A website developed with parents and professionals for the psychosocial support of parents of burn-injured children. *Burns*, 46(5), 1232-1233. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.01.013>
- Hernández Sampieri, R. (1991) *Metodología de la investigación*. México D.F. – México. Editorial Mc Graw Hill.
- Oramas, C. (2006). Expectativas sobre la calidad de vida en un grupo de pacientes hospitalizados en la unidad de quemados del hospital universitario del valle. Universidad de San Buenaventura Cali. Facultad de Psicología. Trabajo de grado para título de Psicólogo.
- McLean, L., Chen, R., Kwiet, J., Streimer, J., Vandervord, J., & Kornhaber, R. (2017). A clinical update on posttraumatic stress disorder in burn injury survivors. *Australasian Psychiatry*, 25(4), 348–350. <https://doi.org/10.1177/1039856217700285>
- Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (2020). Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. En, Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 42-76). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.
- Piñuel Raigada, José Luís (2002). *Epistemología, metodología y técnica del análisis del contenido*, pág. 1 – 42. Madrid. Texto de circulación académica universitaria.

- Rogers, Carl. (1989) libertad y creatividad en la educación. Buenos Aires – Argentina. Editorial Paidós.
- Ross, E., Crijns, T. J., Ring, D., & Coopwood, B. (2020). Social factors and injury characteristics associated with the development of perceived injury stigma among burn survivors. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, S0305-4179(20)30481-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.07.022>
- Sadeghi-Bazargani, H., Maghsoudi, H., Soudman-Niri N., Ranjbar, F. & Mashadi-Abdollahi, H. (2011), Stress disorder and PTSD after burn injuries: A prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(1), 425 – 429. DOI: 10.2147/NDT.S23041
- Salmerón-González E, García-Vilariño E, Ruiz-Cases A, García-Sánchez JM, Llinás-Porte A, Esteban-Vico JR, et al. (2017), Recomendaciones de rehabilitación en el paciente quemado: revisión de literatura. *Rev Bras Queimaduras*, 16(2),117-129
- Sánchez Vidal, A. & Morales, F. (2001), Acción psicológica e intervención psicosocial. Acción psicológica. psychological action and psychosocial intervention. Recuperado el 16 de agosto de 2009. Disponible en [www.uned.es/psicologia/accion\\_psicol/periodico/n1\\_voll/2.pdf](http://www.uned.es/psicologia/accion_psicol/periodico/n1_voll/2.pdf)
- Santos, Francisco (et. al.) (2000), ¿Quemaduras? 100 preguntas más frecuentes. España. Editores Médicos.
- Sepúlveda, R., Troncoso, M. & Álvarez, C. (1998), Psicología y Salud: El papel del apoyo social. *Revista Médica de Santiago*, 1(2) 154 – 162.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Ciencia y trabajo*, 6(14), 197 – 201.
- Williams, H. M., Hunter, K., Clapham, K., Ryder, C., Kimble, R., Griffin, B. (2020), Efficacy and cultural appropriateness of psychosocial interventions for paediatric burn patients and caregivers: A systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 1 – 16.

*Puedes luchar, puedes quejarte de todo lo que has perdido... o puedes aceptarlo e intentar sacar algo bueno de ello.*

***Elizabeth Edwards.***





# El acompañamiento psicológico a pacientes quemados como estrategia de intervención para la adaptación al medio hospitalario

*Psychological support for burn patients as an intervention strategy for adaptation to the hospital environment*

**Lucely Obando Cabezas**

Universidad Libre, Seccional Cali.

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

**Karen Parra Favaroni**

Universidad San Buenaventura, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0002-2290-5076>

**Isabella Merchan Dellscherff**

Universidad San Buenaventura, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0002-4471-9610>



*Cita este capítulo / Cite this chapter*

Obando Cabezas, L.; Merchan Dellscherff, I. y Parra Favaroni, K. (2022). El acompañamiento psicológico a pacientes quemados como estrategia de intervención para la adaptación al medio hospitalario. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.* (pp. 145-174). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.



Actividades lúdicas terapéuticas con niños. Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.

## Resumen

Este texto corresponde a un ejercicio de sistematización de los logros obtenidos en procesos de intervención psicológica basados en la psicoeducación y en la terapia lúdica que se realizaron a personal de salud, cuidadores primarios y pacientes hospitalizados en un servicio de quemados y que tuvieron como finalidad la adaptación al medio hospitalario. Los hallazgos muestran que formas de intervención grupales o individuales que apunten al manejo del dolor, la comunicación asertiva con el paciente, la humanización del trato al paciente y la expresión de emociones reduce la sintomatología psicológica del paciente, además de mejorar la comunicación y colaboración interprofesional del personal de salud que trabaja con esta población hospitalizada

**Palabras claves:** paciente quemado, afrontamiento, adaptabilidad, terapia lúdica.

## Summary

This text corresponds to an exercise in the systematization of the achievements obtained in psychological intervention processes based on psychoeducation and play therapy that were carried out on health personnel, primary caregivers and patients hospitalized in a burn service and whose purpose was to adaptation to the hospital environment. The findings show that forms of intervention, group or individual, that seek pain management, assertive communication with the patient, the humanization of treatment of the patient and the expression of emotions, reduces the psychological symptoms

of the patient, in addition to improving communication and interprofessional collaboration of health personnel who work with this hospitalized population

**Keywords:** burn patient, coping, adaptability, play therapy.

## Introducción

Los periodos de hospitalización para los pacientes quemados suelen venir adheridos de diferentes situaciones que pueden tanto aumentar como disminuir, así como vivir complicaciones o cambios repentinos sobre las medidas iniciales definidas para el tratamiento. Desde la necesidad de diferentes intervenciones quirúrgicas, los cambios necesarios de acuerdo a la recepción del medicamento tanto de analgésicos como procesos de curación, los acompañamientos para su rehabilitación o adaptabilidad ante posibles condiciones de inmovilización, además de los factores de riesgo e impacto o estigmatización por las secuelas vividas, son parte de los aspectos tenidos en cuenta que suponen una condición de alerta donde, por ejemplo, la adaptación del paciente a dichas situaciones, deberán ser evaluados ya que de aquellos elementos se define un posible desarrollo efectivo del tratamiento que puede recibir.

Según Barra (2008), el estado anímico influye directamente sobre el estado de salud de un sujeto, afirmando que altos niveles de estrés pueden volverse predictores agravantes del estado de salud. En este sentido, los factores generadores de estrés dentro del contexto de hospitalización pueden provocar en el paciente un decaimiento anímico que provoque labilidad en la modulación de afecto y desborde emocional, factor que puede incidir en su adecuado proceso de recuperación, de ahí que resulte pertinente intervenir sobre los aspectos anímicos, emocionales y afectivos del paciente, facilitando la adecuada adherencia al tratamiento y, adicional a ello, amenizando el proceso hospitalario, generando que la percepción de las condiciones de hospitalización se transformen a un sentir positivo.

La atención en salud en servicios dedicados al cuidado de pacientes quemados requiere de un esfuerzo por el reconocimiento de la condi-

ción particular de cada paciente, así como de su contexto, familiares y calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento, la confrontación ante su nueva condición o la psicoeducación respecto a su tratamiento y nuevas formas de sostener una calidad de vida, hacen parte de las estrategias donde la psicología desde su acompañamiento puede posicionarse y permitir un adecuado manejo del caso. Sobre ello, el presente estudio pretende reconocer las estrategias de afrontamiento desarrolladas por pacientes hospitalizados en un servicio de unidad de quemados, de un hospital de alta complejidad de Cali, Colombia.

La adaptabilidad de cada paciente supone una posición particular, donde emergen diferentes necesidades que deben ser escuchadas; las dificultades para la estancia en los servicios de hospitalización, la dificultad para la contención y manejo del dolor, la labilidad en el afecto y el desconocimiento de las labores de los profesionales del servicio por parte del paciente, son parte de las situaciones que debe afrontar. Las necesidades que dentro de sus funciones busca cumplir el psicólogo en dichos servicios corresponden a ejercicios aplicados ya sea de manera individual o grupal, así como actividades psicoeducativas y de reconocimiento, donde se brinde una mayor consciencia del tratamiento al paciente, y consolidar de este modo un trabajo enriquecido donde el paciente comprenda cada parte de su proceso, y el talento humano en salud se pueda sensibilizar ante la cobertura de demandas y especificidades que cada caso puede tener.

## **Fundamentos teóricos para la adaptabilidad del paciente quemado hospitalizado**

Para comprender en detalle aquellos elementos señalados sobre el acompañamiento y adaptabilidad del paciente quemado, se considera pertinente una revisión sobre aspectos de interés respecto al tratamiento y cuidado, así como características de su intervención.

Fernández, Puebla & Carrito (2015) afirman que las quemaduras se caracterizan por ser lesiones traumáticas, donde el paciente no precisa de tiempo para prepararse para la hospitalización, como sí se da en el caso de lo que ellos denominan como una hospitalización “electiva” en donde el paciente es avisado que será ingresado a un proceso

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

Por esa misma línea, Gallach, Pérez del Caz, & Vivó (2015), refieren que los pacientes quemados presentan un alto riesgo de presentar alteraciones psicológicas, puesto que el proceso de hospitalización puede implicar reacciones emocionales negativas tales como los altos niveles de estrés, deterioro cognitivo, disminución o aumento del apetito, insomnio, inhibición social, dificultades en la comunicación, baja motivación y baja autoestima, pueden desencadenar en riesgos para el proceso reflejados en la disfuncionalidad de la adaptación al tratamiento. En concordancia con las posturas anteriores, G. Zárate (2018), refiere que los accidentes por quemaduras, comprometen la integridad física y emocional de un sujeto, representando una experiencia de gran potencialidad traumática, debido a los altos umbrales de dolor y la experiencia emocional general que conlleva, afirmando que por ello resulta necesario en la intervención y el acompañamiento psicológico a través del proceso de hospitalización, que logren esclarecer los conflictos psicológicos del paciente, lo cual impactará positivamente en la recuperación del sujeto.

Sobre los procesos de hospitalización y manejo del dolor Castro, et al., citan a la OMS, refiriendo que la adherencia al proceso de hospitalización se ha convertido en un problema de salud, puesto que los pacientes comúnmente presentan menos del 60% de adecuación a los tratamientos. Por esa misma línea, Rojas, Echeverría, Camargo, (2014) en su publicación acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, refieren que resulta necesario facilitar y garantizar una adecuada adherencia a los diferentes procesos de salud de un paciente, puesto que una de las principales consecuencias de que no se dé adecuadamente la adherencia es la tasa de morbilidad de los pacientes.

Puebla (2005), refiere que, para el tratamiento del dolor agudo en los pacientes, es necesario identificar y evaluar la tipología en la que este dolor se enmarca para de esta manera intervenir según la exigencia de este. Por otro lado, P. Bader, Echtele, Fonteyne, Livadas, De Meerleer, & Paez (2010), en su publicación “Guía clínica sobre el tratamiento del dolor”, refieren que el dolor agudo que habitualmente aparece debido a una agresión dada por el medio es una experiencia de carácter complejo para los pacientes, afirman que, al padecer de dolor agudo, se ven comprometidos componentes de tipo fisiológicos, afectivos, sensoriales, cognitivos y conductuales. El dolor percibido por un paciente va anclado a las interacciones que comprometen factores físicos, psicológicos, culturales y espirituales, afirmando que es necesario intervenir sobre ello para facilitar tanto el proceso de recuperación, como regresar la calidad de vida al paciente.

Las quemaduras graves pueden cambiar la manera cómo el cuerpo se ve y funciona, y producir un trastorno de la imagen corporal. La imagen corporal se define como la percepción de qué tan satisfecha, cómoda y segura se siente una persona con su apariencia (John Lawrence, 2011). Es decir que al tener una quemadura este sujeto estaría teniendo una perspectiva totalmente diferente a la cual tenía antes del accidente, por lo cual estaría ocasionando en el paciente una cierta frustración de su imagen, ya que no es la misma y tendría una insatisfacción de sí mismo, donde también se verá afectada su vida rutinaria en actividades que frecuentaba hacer.

Aproximadamente, un tercio de los niños y adultos que han sobrevivido a quemaduras reportan trastornos significativos relacionados con los cambios en el aspecto de su cuerpo, la manera cómo se sienten y cómo funcionan durante la hospitalización inicial. Afortunadamente, la mayoría de los niños y adultos se ajustan bien con el paso del tiempo; no obstante, casi todo el mundo experimenta algunos altibajos al irse recuperando de las quemaduras y adaptándose al cambio de su apariencia (John Lawrence, 2011).

Con esto se puede entender que al pasar por un proceso de quemadura donde se verán cambios físicos, donde se puede llegar a perder partes del cuerpo, dependiendo de qué tan profunda fue o que tan afectada

se ve la zona, el paciente estaría pasando por significativos cambios en su cuerpo, zona que no tiene el mismo color del resto de su cuerpo, donde pueden quedar cicatrices que sean muy notorias, como puede que no lo sean, y donde se podría llegar a ver sin una parte de su cuerpo, lo cual ocasionará en pacientes pediátricos o adultos un proceso de aceptabilidad a su proceso.

Estos pueden tener una aceptación positiva en el proceso de hospitalización, con algunos altibajos como se dice en la cita, pero también es claro que un proceso de aceptación no es solo durante su estancia hospitalaria si no por fuera de ella, en caso de que se haya tenido alguna pérdida de su cuerpo, donde el proceso con pacientes pediátricos sería más largo.

La gravedad de una quemadura puede variar según la zona que ha sido afectada y según el agente implicado (implemento causante de quemadura) así mismo se podrá hacer un diagnóstico de la gravedad de dicha quemadura y el tratamiento que se seguirá en adelante para tratarla. (Como se cita en Lorente y Esteban, 1988) las quemaduras son lesiones causadas por cualquier agente que origina una variación térmica total. Aunque las alteraciones morfológicas de la piel quemada tienen un patrón similar, su gravedad, pronóstico y evolución suele estar influida por el tipo de agente implicado, extensión del área quemada, periodo de exposición al agente térmico y temperatura del mismo (García, 2010).

Los aspectos que característicamente definen las quemaduras son extensión y profundidad. La extensión se expresa en porcentaje correspondiente a la superficie corporal afectada. La profundidad de las lesiones (epidérmicas, dérmicas superficiales, profundas, subdérmicas y subdérmicas profundas) condiciona el pronóstico local, modifica el pronóstico vital y constituye el principal factor para establecer la indicación quirúrgica recomendada en cada caso (García, 2010).

Como parte de la comprensión de la problemática, se destaca la importancia de situar conceptos como adherencia al tratamiento y mejoramiento anímico. Figueroa (2010), realiza un abordaje metodológico desde una postura observacional analítica de

corte transversal, que abarca la no adherencia al tratamiento en determinado tipo de población, concluyendo que existen factores influyentes de carácter clínico, así como factores relacionados con la vivencia personal del sujeto que impiden la adecuación al tratamiento. Por otro lado, Herrera (2008), bajo un enfoque descriptivo, infiere que las estrategias implementadas para comprometer al paciente con su respectivo diagnóstico, mejora significativamente la tasa de adherencia al tratamiento.

En relación con el estado anímico durante el proceso de hospitalización, Molina, Rodríguez y Rodríguez, (2012), indagan acerca de la relación que existe entre la percepción de intensidad del dolor, el estado de ánimo y la calidad de vida del paciente hospitalizado, concluyendo que la intensidad del dolor afecta directamente los niveles de ansiedad y depresión del paciente, abarcando esferas que empeoran la calidad de vida del mismo. Desde otra perspectiva, investigando factores depresivos prevalentes en el proceso de hospitalización, M. Gómez, en su publicación realizada en Guatemala, en el 2010, encontró que más del 50% de los pacientes hospitalizados presentan en algún momento del proceso síntomas depresivos, que no alcanzan a ser diagnosticados como tal; mientras que otro porcentaje poblacional equivalente al 15.4% presenta depresión clínica diagnosticada. Por otro lado, abarcando el sentir dentro del proceso de hospitalización, en una investigación realizada en Brasil, Meneses, Kay y Costa (2009), concluyen que el paciente durante el proceso de hospitalización presenta sentimientos sensibles y nerviosos síntomas ansiosos debido a la contingencia de la problemática de salud, la cual presenta factores agravantes en caso de redes de apoyos inadecuadas e insuficientes.

Respecto la intervención clínica se destaca además algunas apreciaciones en el manejo específico de la primaria infancia en periodos de hospitalización. La hospitalización infantil supone un acontecimiento vital que genera un gran nivel de estrés y ansiedad en el paciente, ya que supone una separación con su entorno. En función del momento evolutivo en el que se presente la patología que motiva el ingreso, así como las características que definen la misma, existe un riesgo potencial de que se originen una serie de alteraciones emocionales y conductuales en el niño que modifiquen su desarrollo



personal. (Urdiales., 2016) El fuerte impacto que provoca un hecho como la hospitalización, requiere que no solo se atienda a las necesidades fisiológicas que presentan tanto el niño como la familia, sino que se incluya dentro del cuidado la esfera emocional de los mismos (Urdiales., 2016).

De la misma manera, como parte de las intervenciones realizadas, se destaca la definición de la *terapia lúdica*, que consiste en un procedimiento que se trata con lo terapéutico del juego, es decir que no es solo jugar por jugar con el niño, sino que el juego siempre sea psicoterapéutico y simbólico. En este sentido, Axline (1947); Carmichael (2006); Landreth, (2002). refieren que la terapia lúdica Es aquello con lo que los niños puedan aprender a resolver, por ellos mismos, las dificultades que se les presente; que puedan descubrir herramientas de afrontamiento a las necesidades y/o problemas. Como se cita en Axline (1947); Carmichael (2006); Landreth, (2002). Desarrollada inicialmente a finales del siglo XX, hoy en día la terapia lúdica incluye un gran número de métodos de tratamiento, todos ellos aplicando los beneficios terapéuticos del juego. La terapia lúdica difiere del juego normal en el hecho de que el terapeuta ayuda al niño a tratar y resolver sus propios problemas. La terapia lúdica se apoya en la forma natural en que los niños aprenden sobre ellos mismos y sobre sus relaciones con el mundo que los rodea (Zambrano, 2013).

A través de la terapia lúdica, los niños aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollar la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros. El juego les ofrece una distancia psicológica segura de sus problemas y les permite expresar pensamientos y sentimientos apropiados para su desarrollo (Zambrano, 2013).

Habría que decir también, Los terapeutas pueden trabajar con niños de todas las edades en un ambiente seguro y de confianza para ayudarles a asimilar y procesar experiencias difíciles y aumentar de este modo su autoestima y confianza. Pueden trabajar como parte de un equipo o de forma independiente, y pueden tener una referencia para el apoyo profesional adicional como parte de la terapia. El objetivo principal de un terapeuta de juego es equipar a los niños con conductas más

adaptativas y mejores mecanismos para la vida cotidiana. Esto sirve para ayudar a desarrollar una visión más positiva de su lugar en el mundo (Guerri, 2016).

## Metodología

El estudio desarrollado corresponde a un abordaje de corte cualitativo, de orden descriptivo, donde se buscó evaluar el posicionamiento de la intervención clínica para el acompañamiento y adaptabilidad del manejo realizado con pacientes en el área de quemados de un hospital de alta complejidad, todo ello gracias a la aplicación de intervenciones guiadas por terapia lúdica y aspectos psico educativos respecto al tratamiento y evolución. Se destaca además que consiste en dos intervenciones, por lo cual corresponde a un estudio longitudinal, donde fue posible obtener hallazgos desde dos intervenciones distintas, que permiten reconocer en completo un mayor panorama sobre aquellos factores que convergen en la intervención en servicios de hospitalización.

Como parte de las actividades consideradas se tuvo en cuenta las siguientes:

- **Actividades psico educativas:** Realizadas de manera individual, se entregan folletos con material informativo acerca de los procedimientos realizados, aspectos de su evolución en el tratamiento, explicación de posibles inquietudes sobre los procedimientos, etc. De manera grupal se invita a los pacientes a una dinámica de juego de roles en simulación de un ambiente en donde los pacientes sean los médicos encargados de reconocer la importancia de los procedimientos quirúrgicos. Se realizará ambientación del espacio, y cada paciente deberá asumir el rol de médico o cirujano. Esta actividad tiene como propósito que, a través de la simulación y el discurso de convencimiento al otro, interiorice el mismo significado de sus propias vivencias en el medio hospitalario.
- **Actividad para manejo del dolor:** De manera individual se desarrolla una *clínica del dolor*, con cada paciente se realizan ejercicios de respiración profunda con ambientación del espacio

(música de relajación que incluya frecuencias y decibeles que afecten al cerebro provocando relajación corporal), donde a partir de la respiración controlada disminuya la percepción del dolor. De manera grupal, se invita a los pacientes que por medio de “slime casero”, manipulen dicha sustancia e interactúen con ella por todo su cuerpo. Se espera que la sustancia recorra las manos y los brazos del paciente. Se invita al paciente a manipular la masa a su gusto, invitándolos a dejar que recorra la sustancia. En determinado punto, se invita al paciente a recoger la masa entre sus manos, sin importar que tan extendida se encuentre. Una vez dentro de sus manos, se realizará una reflexión simbólica, donde la masa funcione como analogía del dolor, “podemos dejar que nos recorra, o tomarlo y controlarlo entre nuestras manos”. Tiene como objetivo que los pacientes interioricen la noción de que la percepción del dolor puede ser controlada.

- Manejo de emociones: De manera individual, se propone trabajar aspectos puntuales como: la relajación, el cambio de percepción del ambiente hospitalario, recreación dentro del espacio, a través de actividades, como el dibujo, que respondan a las necesidades y concepciones personales de cada paciente. Desde el trabajo grupal, se dispone de un lienzo en blanco a cada paciente que participe de la actividad. Se colocan a disposición pinturas de diferentes colores. Se invita que a través de diferentes materiales como pinceles y esponjas los pacientes pinten una emoción que ellos identifiquen como recurrente en el proceso de hospitalización. Se permitirá que cada paciente exprese libremente sus ideas en la pintura. Al finalizar la actividad se realizarán devoluciones generales de transformación de los sentires negativos en positivos. El objetivo es amenizar la estancia hospitalaria, puesto que existen investigaciones que afirman que la pintura sirve como herramienta de relajación, de igual manera, se ameniza en el sentido de romper con la rutina de las dinámicas de hospitalización.
- Estrategias de afrontamiento: Desde lo individual, se pretende realizar un acompañamiento estimado por cuatro sesiones, donde puedan identificar aquellas estrategias de afrontamiento

de carácter negativo del paciente, como facilitador de estrategias que le permitan al paciente adaptarse a la estancia hospitalaria. Desde lo grupal, se realiza la actividad *yo propongo*: al igual que en anteriores actividades lúdicas, se invitará al paciente a la Actividad “¿Cómo afronto?”, dentro del área de descanso. Se invitará a los pacientes a formar una especie de círculo o mesa redonda. Se entregará una pelota de plástico pequeña. La dinámica consiste en plantearse diferentes situaciones estresantes o que represente dificultad durante el proceso de hospitalización. Se invita a que un paciente comience expresando qué haría él en esa situación puntual. Se invita a que arroje la pelota a otro paciente al azar, invitando a que cada vez que un paciente tenga la pelota sin importar el número de veces que llegue a sus brazos, deberá decir que haría en ese caso. Se direccionarán los discursos hasta que cada paciente pueda dar cuenta de una estrategia adecuada o positiva para enfrentar la situación mencionada. La intención de la actividad es que el paciente reconstruya a través de sus propios discursos y los de otros pacientes, estrategias de afrontamiento que permitan cambiar perspectivas negativas de afrontamiento.

- **Comunicación asertiva:** Desde la intervención individual, se construye un mapa de emociones centradas en la comunicación, donde se plasme simbólicamente en el mapa la comunicación asertiva, sus cualidades e importancia. Se trabaja de manera individual puesto que cada proceso de hospitalización es diferente y el mapa deberá estar encaminado a cada proceso médico, en el cual se generan dudas personales. Por su parte, en la intervención grupal se invita al personal de salud de la sala (médicos o enfermeras) a realizar la siguiente actividad. Se propondrá una dinámica de teléfono roto, donde en un círculo, una persona inicia con un discurso el cual deberá decirlo al oído de alguien más, impidiendo que los demás escuchen lo que tiene que decir. La persona receptora del mensaje deberá entregarlo de la misma manera a otra, y así sucesivamente hasta llegar a la última. Esta última deberá decir en voz alta lo que se transmitió. Se espera que el mensaje llegue trastocado puesto que se espera que no se pueda repetir tal cual, ya que el mensaje inicial será largo,

dificultando la capacidad de retención. Al finalizar se deberá descubrir que frase fue la original, y evidenciar en que puntos fue transformada. Se realizará devolución al personal sobre la importancia de la comunicación asertiva, dando analogías de que el teléfono roto puede ser la información que se le da al paciente, enfatizando en la importancia de escucharlos y darse a entender.

- **Humanización y sensibilización:** Se realiza con los estudiantes de medicina rotantes de la sala, donde se abarcaron aspectos de humanización del ejercicio médico y comunicación asertiva anclada al bienestar de los pacientes.



*Actividades de sensibilización a personal de salud y estudiantes de Medicina.*

*Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.*

- **Intervención individual y seguimiento del paciente y su cuidador primario:** La Evaluación Psicológica es un proceso mediante el cual el psicólogo extrae conclusiones respecto a los problemas

de una persona, su inteligencia, su rendimiento, su capacidad de concentración y trabajo, sus rasgos de personalidad, etc. Normalmente, se realiza por medio de la aplicación de una serie de test objetivos y de una entrevista clínica; y culmina con la redacción de un informe (Barraca, 2016). El seguimiento es un procedimiento que ofrece información sobre los pacientes, la posibilidad de confrontar la perspectiva del terapeuta con la del diagnosticado y una ayuda para conceptualizar lo que el terapeuta experimenta en las sesiones con ellos. Es un elemento de ayuda para éste en la medida que permite evaluar la progresión de sus tratamientos, como también para el paciente que puede confrontar la situación presente con otro profesional. El seguimiento es también una herramienta para la investigación sobre los tratamientos y sobre las técnicas de exploración psicológica en sí mismas. Representa una cierta objetivación necesaria para los investigadores y teóricos, siendo ésta una de las pocas ocasiones que el diagnosticador tiene para comprobar sus hipótesis y evaluar la validez de sus instrumentos (Campo, 2000).

- Terapia lúdica:
  - Psicopayasos: Vincula elementos lúdicos, así como informativos e introspectivos sobre su tratamiento, el juego es la actividad principal de ellos, donde corren, sudan, gozan y se ríen, y no puede brindárseles tratamiento especializado al margen de su cotidianidad. Por tales razones, se organizó un grupo de psicoterapia infantil llamado Psicopayasos donde los terapeutas se convirtieron en payasos y a la vez convirtieron a los niños en payasitos, para interactuar psicológicamente, a fin de generar salud psicológica en los menores con trastornos emocionales que asisten a la consulta de psicología (Pérez, 2011). Se brinda aquel espacio como un lugar donde se pueda acudir en momentos de angustia o ansiedad, así como, para aclarar al paciente sobre inquietudes y el manejo ante la separación que ha vivido de su núcleo familiar.



Actividades de psicopayasos con niños hospitalizados y familiares.  
Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.

- Cuentos: La principal misión del enseñante con el niño hospitalizado consiste en ayudarlo a paliar la vulnerabilidad producida por la enfermedad o, en el caso de que no sea posible completamente, ayudarlo a aceptarla, a vivir con ella y a tratar de alcanzar la mayor autonomía posible. Para ello, la educación debe abandonar como prioridad toda instrucción y resaltar como finalidad primordial la de proporcionar al alumnado hospitalizado ayuda en sus necesidades y apoyo en sus posibilidades (Lluch, 2008). Se da lugar a la intervención, con la finalidad de proporcionar al paciente hospitalizado la ayuda necesaria en sus necesidades y apoyo. queriendo así lograr un acompañamiento psicológico donde el paciente sienta que en todo momento es importante su bienestar psicológico y físico; brindándole un espacio para que pregunte, exprese sentimientos y aclare dudas respecto a su proceso.
- Cine: El cine sirve como medio de información para permitirle al niño el conocimiento de diferentes culturas y manejos de hospitalización, donde permite a estos tener una mejor visión entorno a su procedimiento hospitalario, donde no se les juzgará, ni se le reprochará de ningún modo, donde les permitirá preguntar para que aclaren sus dudas respecto a su situación y manejo de hospitalización. Donde podrán entrar en contacto con sus emociones, pensamientos, ideas respecto a su situación.
- Expresión artística: La educación artística no solo incluye las artes plásticas, sino algo más global como la expresión corporal, la musical, el teatro o la danza, desde una perspectiva que tiene que ver con la realidad, con la comunicación, la expresión, con el pensamiento, la comprensión y la comunicación a través de vías diferentes al lenguaje oral. Este contenido aporta una serie de beneficios como el desarrollo intelectual, emocional y psicológico. Además, favorece la creatividad (que se extrapola a otras áreas), contribuye a una autoestima sana y favorece las relaciones sociales, etc. (González, 2016). Se pretende con este espacio, generar un lugar donde plasmar sus emociones, su estado anímico, su conformidad o inconformidad con su proceso hospitalario, haciendo acompañamiento psicológico



donde estos se sientan con la plena libertad de explorar lo que consideren importante.

Se tuvo en cuenta para el análisis aspectos de un estudio de caso (Enrique & Barrio Fraile, 2018), gracias a la lectura de las observaciones realizadas durante las intervenciones, donde el paciente realiza actividades que facilitan la expresión de emociones y sentimientos.



*La música como herramienta psicoterapéutica.*  
Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.

## Resultados

A partir del material señalado en el primer apartado de la metodología, se pudo obtener los siguientes hallazgos. El análisis se encuentra dispuesto en apartados donde se puede evidenciar el análisis cualitativo a partir de las actividades grupales de fondo lúdico y procesos psicoterapéuticos individuales.

**Actividad psico educativa:** Se propuso el desarrollo de diferentes actividades de fondo lúdicas a nivel grupal a modo de complemento con los procesos de psico educación que tuvo lugar a partir de los procesos terapéuticos individuales llevados a cabo durante el seguimiento al proceso de hospitalización. Las actividades realizadas fueron las siguientes:

- Entrega de folletos explicativos, tanto de rutina como quirúrgicos.
- Juego de roles.

Sin embargo, a medida que se realizaban las intervenciones se identifica la necesidad por otorgar algunas transformaciones al plan de manejo inicial. La entrega de folletos psicoeducativos no resulta ser suficiente para brindar una experiencia psicoeducativa integral, puesto que se identificó que los pacientes, presentaban poca claridad a los procedimientos y dinámicas de hospitalización en general y, algunos de ellos, presentaban analfabetismo y condiciones culturales que restaban valor significativo al folleto, por ello, se dieron transformaciones en la marcha que permitieron un acercamiento a la información, comprendiendo las capacidades del paciente, las habilidades que pueden ser ajustadas para la transmisión de la información y finalmente su condición clínica.

La segunda actividad propuesta (Juego de roles) decidió llevarse a cabo con pacientes pediátricos, en los cuales, al finalizar la actividad se pudo evidenciar una interiorización adecuada de los conceptos trabajados durante la actividad. Sin embargo, se identifica la necesidad de implementar talleres psicoeducativos que puedan complementar el acompañamiento desarrollado, de manera individual. Por tal motivo se cambia el trabajo con la población infantil para dirigir las actividades lúdicas a población mayor. Los indicadores de logro de las actividades propuesta se evidencian en los discursos de los pacientes, donde a partir de sus propias condiciones subjetivas, lograron dar cuenta de las implicaciones de los procesos quirúrgicos y rutinarios.

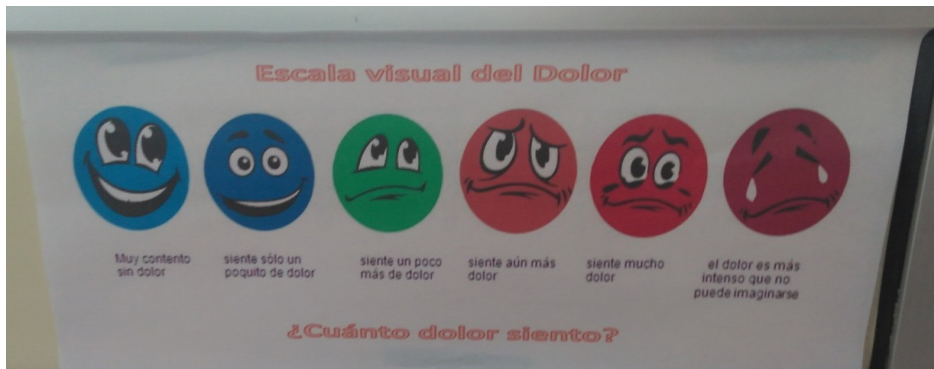
**Clínica del dolor:** Como parte de las estrategias utilizadas, las actividades propuestas fueron las siguientes

- Clínica del dolor: Actividades de respiración profunda y relajación que ayudasen a controlar los estados elevados de dolor.
- “El dolor en mis manos”: actividad simbólica grupal a partir de la creación de “Slime casero”.

Inicialmente se lleva a cabo la actividad propuesta de carácter individual. Sin embargo, se identificó a partir de los discursos de los

pacientes, que las técnicas de respiración resultaban efectivas con relación a inducir estados de relajación, sin embargo, no se apreciaba disminución significativa del dolor, lo cual generaba incremento de síntomas ansiosos en el paciente. Frente a la segunda actividad propuesta, se identifican factores de riesgos asociados a posible propensión de infección por el compromiso de las heridas por quemadura de los pacientes en sus miembros superiores y presencia de vendajes, por lo cual se decide no continuar con la idea inicial del acto simbólico del dolor.

Debido a la transformación de la idea inicial de manejo de dolor, se decide complementar las actividades de relajación y psicoeducación propuestas para el manejo del dolor a partir de la socialización de la escala visual del dolor. Se identificó que a partir de la comprensión de las implicaciones del dolor y manejo a través de medicamentos, los síntomas ansiosos y de incertidumbre en el paciente disminuían, lo cual, si bien no generaba la desaparición del dolor, disminuía la presencia de síntomas ansiosos a través de la comprensión del dolor como un factor protector, que facilitó la tolerancia al umbral elevado de dolor en los pacientes.



Escala para evaluación del dolor.

**Estado de ánimo:** En su mayoría, las problemáticas expresadas por los pacientes, presentaban un afecto plano, falta de dispersión cognitiva durante estancias de hospitalización prolongada. Se parte del supuesto de que el bienestar anímico y emocional del paciente

contribuye a una recuperación pronta de la enfermedad; se propone entonces, inicialmente, las siguientes actividades:

- Actividades individuales según la subjetividad del paciente a partir de la lúdica.
- “Pintemos nuestras emociones”: actividad simbólica grupal de manejo de las emociones.

Las actividades propuestas a partir de la psicoterapia individual y propio proceso psicoterapéutico logran facilitar las condiciones que generan bienestar anímico y emocional al paciente durante la hospitalización. La atención a las problemáticas individuales genera en los pacientes afianzamiento de estrategias de afrontamiento positivas que les facilitan la adaptabilidad al proceso. Lo anterior se ve corroborado por discursos de los pacientes tales como:

- *“Siento que me ha servido este espacio, siempre quedo como más tranquilo”.*
- *“Cuando usted viene uno como que se desahoga, se distrae y queda como más liviano”.*

De igual manera, se propone inicialmente el taller de manejo de emociones, de fondo lúdico, de carácter grupal, puesto que fomentaba la interacción con los demás pacientes, facilitando la creación de redes de apoyo dentro del proceso de hospitalización a partir de vínculos y relaciones interpersonales entre pacientes. Además, generaba un espacio de dispersión cognitiva dentro de la hospitalización. Posterior a la realización de la actividad se evidencian cambios positivos en los pacientes, puesto que el taller cumplió con los objetivos propuestos, por tal motivo se decide incrementar el número de talleres donde se trabajarán más aspectos psicoterapéuticos y generar un quebrantamiento de la rutina de hospitalización positivo, facilitando su estabilidad anímica durante el proceso de recuperación.



Dibujo realizado por pacientes pediátricos en el manejo de emociones.

**Estrategias de afrontamiento:** Las estrategias de afrontamiento positivas durante el proceso de hospitalización, se presentan como un factor clave que permite o facilita la adaptabilidad y adherencia al tratamiento, al proceso de hospitalización, por tal motivo, inicialmente se propone llevar a cabo las siguientes actividades que dan cumplimiento al mencionado objetivo:

- Terapia individual
- “Yo propongo”: actividad grupal de fondo lúdica

Dentro de los procesos psicoterapéuticos se evidencia efectivo el afianzamiento y el direccionamiento de las estrategias de afrontamiento. Se identificó que las estrategias de los pacientes variaban según sus creencias y construcciones subjetivas frente a situaciones potencialmente estresantes. Si estas resultaron positivas frente al afrontamiento adecuado a la hospitalización debían ser afianzadas durante el seguimiento al proceso de hospitalización. Sin embargo, si las mencionadas estrategias resultaban poco adecuadas, que se identificaban como posibles factores de riesgo con relación a la adecuada adaptabilidad al proceso de hospitalización, debían ser direccionadas, donde se realizaran resignificaciones del proceso y generasen factores protectores que ayuden durante los procesos y estancias hospitalaria. Se identificó que gran parte de las estrategias

de afrontamiento se basaban en recursos religiosos de los pacientes, creencias que fueron respetadas y se utilizaron como “aliadas” para el proceso de intervención.

Partiendo de lo anteriormente mencionado, se decidió entonces tomar en cuenta que la manera de afrontar dependerá de cada sujeto y sus construcciones subjetivas, por ello se decide transformar la actividad lúdica propuesta inicialmente, por la actividad denominada “Sueños y Metas”, donde se le permitió al paciente a través de la expresión del arte, proyectarse a un futuro lejano y cercano, frente a sus propios deseos y vida cotidiana, metas que se construyen para llevar a cabo posteriormente al proceso de hospitalización, con el objetivo de facilitar la retoma de la rutina del proceso. Al finalizar la actividad se identificó que los pensamientos positivos frente al proceso para “cumplir x meta” se transformaron en un factor protector para llevar a cabo la hospitalización, donde la motivación por la adherencia al tratamiento se construyó como estrategia de afrontamiento.

**Comunicación asertiva:** Se han percibido signos de angustia, supeditados por el desconocimiento frente a su proceso de hospitalización, donde se evidenció que el apoyo brindado por el talento humano en ocasiones no era suficiente y se generaba un distanciamiento entre el paciente y el profesional. Dichos aspectos generaban un desconocimiento del paciente sobre sus avances en el tratamiento, para finalmente dificultar partes de su proceso de hospitalización. Para obtener un avance en la mejoría de aquella comunicación asertiva, se propuso lo siguiente:

- Mapa simbólico de la comunicación: actividad de fondo lúdica con los pacientes.
- “Teléfono roto”: juego simbólico que evidencie la importancia de la comunicación adecuada

A medida que se desarrollaron las intervenciones, se identificó la necesidad de fomentar el trato humanizado anclado a la relación médico-paciente en pro de la disminución de los sentimientos de angustia que se presentasen en el paciente. Por tal motivo, la actividad del “Mapa simbólico” se decide orientar al afianzamiento de los modos

adecuados de expresión de inquietudes, los cuales tuvieron lugar dentro del proceso terapéutico anclado al seguimiento surgidos durante el proceso de hospitalización.

Por otro lado, la actividad del “teléfono roto” se lleva a cabo con el personal de enfermería y, se decide implementar dos tipos de talleres más destinados a los médicos rotantes en la sala y auxiliares enfermeros que ingresaban por primera vez al servicio.

La actividad con los auxiliares de enfermería se desarrolló con componentes lúdicos, mientras que las charlas con los estudiantes de medicina tuvieron componentes de sensibilización. Se identificó receptividad y puesta en práctica de los aspectos trabajados en los talleres con los estudiantes y profesionales, quienes recibieron la socialización, lo cual fomentó la comunicación al paciente frente a su propia evolución médica, permitiendo así reducción de los síntomas ansiosos procedentes de la sensación de incertidumbre.



*Actividades realizadas con el personal de salud.*

*Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.*



Actividades realizadas con el personal de salud.  
Fuente: Reseña fotográfica realizada por autoras.

Sobre los aspectos de la intervención desde la terapia lúdica, Se llevó a cabo un taller lúdico de carácter grupal llamado *psicopayasos*, donde se realizó psicoeducación a pacientes pediátricos y acompañantes frente a procedimientos quirúrgicos de escarectomía e injerto a través del juego interpretado por el rol de payaso con fin terapéutico, facilitando la interiorización de la metodología quirúrgica y beneficios de los mencionados procedimientos en relación con la adecuada recuperación de su propio diagnóstico y aspectos de la hospitalización en general. Se pudo evidenciar a través de los discursos de los acompañantes de los pacientes, que presentaron un mayor grado de conocimiento frente a las implicaciones de los procedimientos quirúrgicos que se llevaron a cabo durante su proceso.

Sobre la lectura de cuentos, la actividad tuvo lugar con tres pacientes pediátricos y su respectivo cuidador principal en la “zona de Cubículo” de la Unidad de Quemados, una vez a la semana con duración de 1 a 2 horas, donde se realizó la búsqueda de cuentos que hablaran de las emociones, hospitalización etc. Con la finalidad de proporcionar al paciente hospitalizado la ayuda necesaria en sus necesidades y apoyo. Al finalizar la actividad, se identificó a partir de los discursos de los pacientes, que presentaron mejora en su estado de ánimo eviden-



ciado en sus discursos, puesto que manifestaban receptividad frente a las actividades de dispersión cognitiva y procesos quirúrgicos.

Respecto a la intervención a través del cine, en un primer momento, con la primera película proyectada, se evidencia en el discurso de los pacientes que hubo una identificación y proyección respecto al material audiovisual; la cual exponía sobre el reconocimiento de las emociones. En un segundo momento, los pacientes aprendieron herramientas que les facilitara el control de sus sentimiento y emociones. Finalmente, sobre la actividad de expresión artística, se identificó que los pacientes presentaron receptividad frente a la expresión de emociones y sentimientos con respecto a las artes como herramientas. Se identificó mejora anímica frente a la dispersión cognitiva generada.

Como parte de los hallazgos obtenidos en la intervención clínica para la adaptabilidad y afrontamiento de la hospitalización, se pudo identificar que existen factores que predisponen a la mejora física del paciente, entre ellos, se contempla la estabilidad anímica y emocional. Frente a lo anterior, Paredes (2010), expresa que la experiencia emocional negativa y sus manifestaciones conductuales son indicadores de desorganización que deben ser atendidos, de ahí resultó relevante la atención al malestar emocional, durante el proceso de hospitalización, que brindase las condiciones que facilitasen el bienestar anímico durante el proceso.

Por otro lado, las intervenciones de carácter lúdico lograron que los pacientes realizaran una conexión emocional con la vivencia del taller, lo cual se transformó en experiencias de aprendizaje significativo alrededor de la psicoeducación frente a aspectos del proceso de hospitalización. Frente a ello, R, Posada (2014) refiere que el aprendizaje a través de estrategias lúdicas facilita la interiorización del conocimiento. Adicional a una herramienta de enseñanza de los aspectos vinculados al proceso de hospitalización, los talleres lúdicos funcionaron a modo de construcción de espacios que permitieron la dispersión cognitiva, que generó cambios positivos de conducta anclados al quebrantamiento de rutina de hospitalización. Adicionalmente, los espacios lúdicos de recreación mediante talleres fomentaron en los pacientes las interacciones y creaciones de vínculos y relaciones

interpersonales con sus compañeros de hospitalización, provocando un crecimiento de las redes de apoyo internas, lo cual se transformó en un factor protector dentro del proceso.

Por esa misma línea, la psicoeducación frente a procesos quirúrgicos como de rutina del proceso de hospitalización, logró disminuir sentimientos de angustia que se generaron en los pacientes a partir de la incertidumbre generada por el desconocimiento de las implicaciones de su propio diagnóstico, evolución clínica e implicaciones y beneficios del proceso de hospitalización. La psicoeducación resultó ser herramienta clave durante el proceso, pues el empoderamiento del propio proceso se tornó un factor protector ayudando así, a la adaptabilidad al proceso de hospitalización.

La terapia lúdica es un procedimiento que se apropia de lo terapéutico del juego, es decir que no es solo jugar por jugar con el niño, si no que el juego siempre sea desde lo psicoterapéutico y simbólico. Es aquello con lo que los niños puedan aprender a resolver las dificultades que se les presente por ellos mismos, que puedan descubrir herramientas de afrontamiento a las necesidades y/o problemas. Como se cita en Axline, (1947); Carmichael, (2006); Landreth, (2002). Según lo realizado en la actividad lúdica denominada psicopayasos se pudo evidenciar en los pacientes pediátricos una mejoría anímica, lo cual facilitó el proceso de adaptación al ámbito hospitalario puesto que esto generaba bienestar emocional, lo cual fortalecía las estrategias de afrontamiento de cada paciente.

La terapia lúdica difiere del juego normal en el hecho de que el terapeuta ayuda al niño a tratar y resolver sus propios problemas. La terapia lúdica se apoya en la forma natural en que los niños aprenden sobre ellos mismos y sobre sus relaciones con el mundo que los rodea (Zambrano, 2013). De acuerdo con la actividad realizada de artes y manualidades, se logró evidenciar un reforzamiento y transformación de sí mismo en los pacientes pediátricos y adultos frente a los miedos y/o resistencias que sentían al estar en un espacio de hospitalización, anclando a que el paciente retomara sus hábitos de cotidianidad. Puesto que la hospitalización en los pacientes genera una ruptura en el modo de vida que el paciente llevaba hasta el

momento, donde la terapia lúdica a través de las artes logró fomentar y facilitar en el paciente la retoma de sus hábitos, por ello, este tipo de terapias resultan efectivas para la ayuda de la interiorización de la información o el sentido terapéutico en los pacientes.

A través de la terapia lúdica, los niños aprenden a comunicarse con los demás, expresar sus sentimientos, modificar su comportamiento, desarrollar la habilidad de resolver problemas y aprender formas de relacionarse con otros. El juego les ofrece una distancia psicológica segura de sus problemas y les permite expresar pensamientos y sentimientos apropiados para su desarrollo (Zambrano, 2013). Según lo realizado en la actividad propuesta como día de cine, con una película que trata de las emociones con la que se pudo evidenciar en los pacientes pediátricos y cuidador principal que, en ocasiones, surgen esas emociones en ellos: de miedo, tristeza, enojo, ancladas a procedimientos desconocidos, a una información poco clara y al estar en un espacio desconocido ya que en muchas ocasiones estos pacientes son de otras ciudades o veredas. Sin embargo, la identificación personal con la película reforzó las estrategias de afrontamiento de los pacientes pediátricos y cuidadores, donde generó un empoderamiento del proceso de hospitalización.

## **Conclusiones**

La intervención clínica realizada en el servicio de Quemados obtuvo grandes beneficios con respecto a la adaptabilidad del paciente al contexto hospitalario. Se destaca el acompañamiento psicológico como un proceso de intervención facilitador de las condiciones de adaptabilidad al proceso de hospitalización. Desde la parte psicoeducativa, las herramientas lúdicas se mostraron como estrategias efectivas para la disminución de la sensación de angustia o ansiedad, así como de la consciencia de enfermedad, incluyendo el tratamiento médico en sus distintos procesos tanto quirúrgicos como de rutina hospitalaria:

Las herramientas lúdicas se vieron potenciadas al ser complementadas con técnicas de relajación, como las de respiración profunda, que

permiten al paciente modificar la percepción mental de dolor al cambiarle el foco atencional del dolor en sus heridas a otros procesos fisiológicos normales. Gracias a que su atención no estaba centrada en el dolor, los pacientes ya tenían la disposición para realizar las actividades lúdicas, que no solo incrementaban la dispersión atencional al entorno hospitalario, sino que además favorecía la manifestación y procesamiento de emociones negativas.

Así mismo, las intervenciones grupales con un contenido lúdico, o de afrontamiento, son parte de los recursos que el paciente puede adquirir, ya que se dirige a la armonización del espacio hospitalario y dispersión cognitiva dentro del mismo. Fortalecer estrategias de comunicación asertiva tanto del paciente como con el personal de salud de la sala, con el objetivo de poder construir espacios donde se aclaren las dudas del paciente frente a su propia evolución médica, resulta importante frente al trato humanizado al paciente y la disminución de malestar emocional durante el proceso.

Finalmente la realización de talleres psicoeducativos, anclados a la humanización, dirigidos a pacientes, familiares y personal de salud. Aquellos procesos abarcaron aspectos del autocuidado, diagnóstico, tratamiento de los pacientes, participación activa, reconocimiento de la labor del personal, educación de gestión ambiental, entre otros talleres dirigidos a la humanización, que promuevan el mencionado contexto tanto en pacientes como al personal de salud, a partir de orientaciones lúdicas y educativas.

De esta manera, consiste en intervenciones guiadas desde una posición integral, donde paciente, talento humano y el servicio trabajan en conjunto para la construcción de procesos fundamentados en el apoyo de diferentes perspectivas, que puedan contribuir al desarrollo efectivo de su tratamiento, así como los límites y consideraciones que cada paciente desde su particularidad trae consigo.

## **Referencias bibliográficas**

A. Meneses, M. Kay y M. Costa “Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil”. Rev. Salud

- pública. 11 (5): 754-765. 2009. Rescatado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/36669/1/37584-166489-1-PB.pdf>
- Barraca, J. (2016). Evaluación. *Jorge Barraca Psicólogo Clínico*, S.P.
- Bader, P., Echtele, D., Fonteyne, V., Livadas, K., De Meerleer, G., Paez, A., Papaioannou, E., & Vranken, J. (2010). Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. Recuperado de <http://uroweb.org/wp-content/uploads/16-GUIA-CLINICA-TRATAMIENTO-DOLOR1.pdf>
- Campo, V. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia y seguimiento. *sepyyna*, s.p.
- Enrique, A. & Barrio Fraile, E. (2018), Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación. En, Martínez-Rodrigo, E. & Borja Arjona, J. (eds.) *Propuestas de investigación en áreas de vanguardia*. (p. 159 – 168). Editorial Tccnos. Barcelona – España. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/search?f=publication&p=Propuestas%20de%20investigaci3n%20en%203reas%20de%20vanguardia&ln=ca>
- F. Fernández, I. Puebla, L. Carrillo. “Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura”. *Rev. Médica Granma – Versión Online*, ISSN 1028-4818. Enero, 2015. Rescatado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul151b.pdf>
- E. Gallach, M. Pérez del Caz, C. Vivó. “Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas”. *Cir. plást. iberolatinoam.* -Vol. 41 - N° 4. Octubre, 2015. Rescatado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n4/original9.pdf>
- García, G. D. (2010). Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Una revisión. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 18.
- González, L. R. (2016). Acercamiento de la expresión plástica al aula hospitalaria. *Grado en educación infantil*, 14.
- Guerra, M. (2016). *La Terapia de Juego. psicoactiva*, s.p
- L. Herrera. “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular”. *av.enferm.* [online]. Vol.26, n.1, pp.36-42. ISSN 0121-4500. 2008. Rescatado de: <http://www>

[scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002008000100004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002008000100004&script=sci_abstract&tlng=es)

John Lawrence, P. J. (2011). Comprender y mejorar la imagen corporal después de una lesión por quemadura. *Model Systems Knowledge Translation Center (MSKTC)*, s.p.

J. Molina, J. Rodríguez y A. Rodríguez. “El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados”. *Univ. Psychol.* Bogotá, Colombia V. 12 No. 1. ISSN 1657-9267. 2013. Rescatado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a06.pdf>

F. Puebla. “Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Doloriatrogénico”. Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Asís Madrid. 2005. Rescatado de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos\\_de\\_dolor.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf)

Rojas Sánchez- LZ, Echeverría Correa LE y Camargo Figuera, F.A. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. *Enfermería Global*. 2014; 36 4 (sep. 2014), 1-25. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.4.178311>.

# *Sección 2*

---

El abordaje biomédico del  
paciente quemado





*La resiliencia es más que resistir, es también aprender a vivir.*

**Boris Cyrulnik.**



# Guía de manejo médico del paciente quemado adulto y pediátrico

*Guidelines for the medical management of adult and pediatric burn patients*

**Juan Pablo Tróchez**

Universidad Del Valle, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0002-8748-2967>

## Resumen

El presente texto es la guía de manejo del paciente quemado tanto adulto como pediátrico que se sigue en el Hospital Universitario del Valle. Esta Guía se hizo con el objetivo de establecer y unificar los criterios de diagnóstico, clasificación, tratamiento y seguimiento, en la atención del paciente con quemaduras térmicas, eléctricas y/o químicas que ingresa al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” HUV. Está basada en la mejor evidencia disponible, aunque su aplicabilidad está bajo el criterio del profesional de la salud, e involucra los servicios de urgencias, Unidad de Quemados y Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”.

**Palabras claves:** quemadura, guía, criterios de clasificación, tratamiento.

*Cita este capítulo / Cite this chapter*

Tróchez, J. P. (2022). Guía de manejo médico del paciente quemado adulto y pediátrico. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.* (pp. 179-238). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

## Summary

This text is the management guide for both adult and pediatric burn patients that is followed at the Hospital Universitario del Valle. This Guide was made with the objective of establishing and unifying the criteria for diagnosis, classification, treatment and follow-up, in the care of patients with thermal, electrical and / or chemical burns admitted to the Hospital Universitario del Valle «Evaristo García» HUV. It is based on the best available evidence, although its applicability is under the criteria of the health professional, and involves the Emergency services, Burn Unit and Intensive Care Units of the Hospital Universitario del Valle «Evaristo García».

**Key words:** burn, guide, classification criteria, treatment.

## Introducción

La presente Guía corresponde a una adaptación de la GPC de la American Burn Association Advanced Burns life support, 2008, reconocida a nivel mundial, con muy buena puntuación al aplicarle el Instrumento AGREE II. Con actualización en base a las guías mundiales más recientes. Algunas recomendaciones de los expertos cuentan con escasa publicaciones recientes con alto nivel de evidencia.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases médicas como Pubmed, Cochrane, Ovid, Elsevier, Medline. Se encontraron 6 guías clínicas de manejo actualizadas las cuales se tuvieron en cuenta para realizar las recomendaciones en esta guía. Tales guías fueron las siguientes:

- ISBI Practice Guidelines for Burn Care. Burns 2016- 2018. 953-1021.
- GPC Gran Quemado. AUGE marzo 2016.
- Burn Care and Treatment. A Practical Guide Canadá 2013 (Canadá 2013).
- Atención pre-hospitalaria paciente gran quemado adulto. Secretaría de Salud, México. Octubre 2013 (México 2013).

- GPC Para el cuidado de personas que sufren quemaduras 2011, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, España. (Andalucía 2011).
- ABLA American Burn Association 2008.

También se tuvo en cuenta la publicación actualizada del libro Manejo de Quemaduras. Básico y avanzado. Ricardo Ferrada et al., 2016.

La revisión, actualización y divulgación de esta GPC está a cargo del jefe del Departamento de Cirugía general de la Universidad del Valle y su aplicación la realiza todo el personal de salud a cargo del manejo del paciente adulto con quemaduras de diferente tipo: especialistas de cirugía, especialistas en cirugía plástica, médicos generales asistenciales de urgencias y la Unidad de Quemados, residentes de Cirugía, estudiantes del Programa de Medicina y Cirugía y personal de Enfermería.

Bajo la premisa de buscar un sistema simple y de fácil interpretación tanto para los profesionales de Salud como para los clínicos, para esta guía se ha resuelto usar el siguiente sistema de clasificación de evidencia para todas las guías clínicas. Este sistema es compatible con la mayoría de los existentes en guías anglosajonas.

**Tabla 1.** Clasificación de evidencia para las guías clínicas.

Nivel de evidencia	Descripción
1	Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, otras revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos aleatorizados, informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
2	Estudios de cohorte, estudios de casos y controles, ensayos sin asignación aleatoria.
3	Estudios descriptivos, series de casos, reporte de casos.
4	Opinión de expertos

Grado de recomendación	Descripción
A	<b>Altamente recomendada</b> , basada en estudios de buena calidad. En intervenciones: revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, ensayos clínicos aleatorizados, otras revisiones sistemáticas con o sin metanálisis, informes de evaluación de tecnologías sanitarias; en factores de riesgo o pronóstico: estudios de cohorte con análisis multivariado; en pruebas diagnósticas: estudios con gold estándar, adecuada descripción de la prueba y ciego.
B	<b>Recomendada</b> basada en estudios de calidad moderada. En intervenciones: estudios aleatorizados con limitaciones metodológicas u otras formas de estudio controlado sin asignación aleatoria (ej. estudios cuasi experimentales); en factores de riesgo o pronóstico: estudios de cohorte sin análisis multivariado, estudios de casos y controles; en pruebas diagnósticas: estudios con gold estándar pero con limitaciones metodológicas.
C	<b>Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos</b> o estudios descriptivos, series de casos, reportes de casos, otros estudios no controlados o con alto potencial de sesgo. En pruebas diagnósticas, estudios sin gold estándar.

## Epidemiología

Cada año según la OMS, las quemaduras ocasionan aproximadamente 265.000 muertes a nivel mundial, que en su gran mayoría tienen lugar en los países en vía de desarrollo. Las lesiones por quemadura no fatales son una de las principales causas de morbilidad y estas se producen mayormente en el ámbito doméstico y laboral. Son prevenibles en la mayoría de los casos. Se estima que durante un año calendario el 1% de la población sufre una quemadura que requiere manejo por un agente de salud entrenado. Sin embargo, la edad de los lesionados, así como su extensión y el tipo de quemadura varían de acuerdo con las características de desarrollo en materia de salud, las condiciones laborales y el clima.

En efecto, mientras en los lugares con mayor desarrollo industrial las quemaduras son más frecuentes por llama o accidentes de trabajo; en los sitios con mayor pobreza se producen por líquido caliente como resultado de accidentes domésticos. En Colombia, más de la mitad de las quemaduras se producen en pacientes menores de 13 años por líquido caliente, debido al derrame de la sopa sobre el niño que intenta movilizar el recipiente de la cocina. A este grupo de accidentes prevenibles, se debe agregar el uso indiscriminado de la pólvora. En

Colombia, Egipto, Pakistán y Bangladesh, el 17% de los niños con quemaduras sufre una discapacidad temporaria y el 18%, una discapacidad permanente.

## Diagnóstico

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío), químicos (cáusticos) y biológicos, que provocan alteraciones que van desde un simple eritema transitorio hasta la destrucción total de las estructuras. Los pacientes adultos con quemaduras > 20% SCT se comportan como una lesión sistémica, en ellos la pérdida de la independencia fisiológica provoca un desbalance entre el aporte y el consumo de oxígeno con repercusión en la perfusión tisular y la consecuente insuficiencia circulatoria aguda.

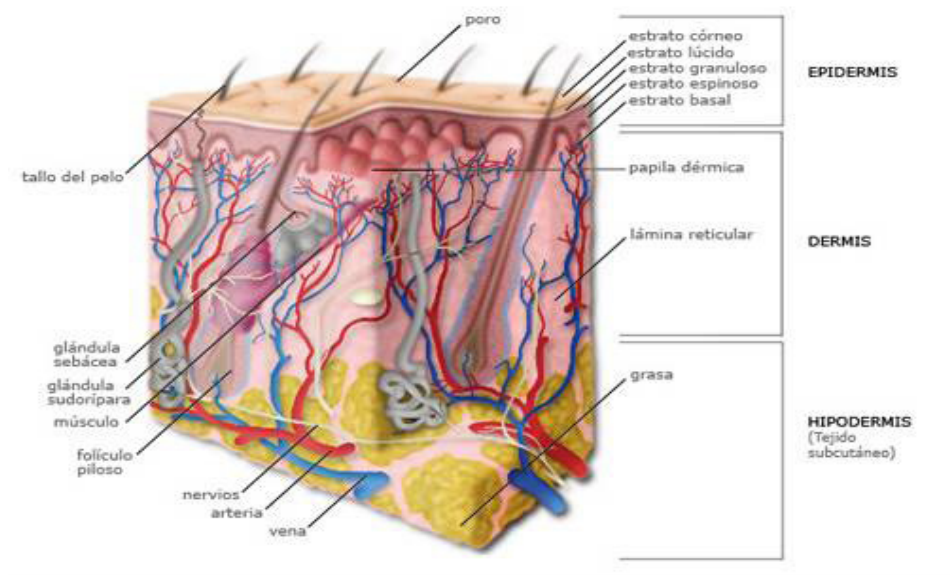
La sobrevida en quemaduras extensas ha mejorado progresivamente en el tiempo, gracias a los avances en la comprensión de la fisiopatología de la quemadura y el tratamiento más agresivo de esta. Para ello se requiere de un tratamiento prehospitalario efectivo, transporte, reanimación, sostén de funciones vitales y reparación de la cubierta cutánea. La complejidad de las lesiones por quemadura y las consecuencias negativas que conlleva un manejo inadecuado de estas, hacen necesario realizar un adecuado manejo inicial teniendo en cuenta las recomendaciones internacionales del tema.

Para comprender el impacto que tienen las quemaduras y las categorías diagnósticas que se aplican a estas, hay que tener en cuenta que la piel está compuesta por 2 capas: La primera es la epidermis, la capa más superficial, sólo compuesta de células, 98% de queratinocitos y el 2% restante de melanocitos, células de Merkel y de Langherans. La segunda capa es la dermis, la capa más profunda; tiene como principal célula representativa al fibroblasto y contiene los anexos (glándula sebácea, folículo piloso, glándula sudorípara) y terminales sensoriales para dolor, tacto, presión y temperatura. Se identifican en estos tejidos 2 plexos arteriovenosos, uno superficial en contacto

con la epidermis y uno profundo en contacto con el tejido celular subcutáneo.

La piel tiene 4 funciones cruciales para la vida: protección de infecciones, prevención de la pérdida de líquidos, regulación de la temperatura corporal, contacto sensorial con el medio.

**Figura 1.** Capas de la piel.



Fuente: Atlas de Anatomía Humana Netter | Gráfico: Gracia Pablos

Nota. Esta figura muestra la distribución de las capas de la piel. Tomado de Atlas de Anatomía Humana Netter.

La profundidad de la quemadura depende de la temperatura y del tiempo de exposición a la fuente de calor. También es importante considerar el grosor de la piel afectada; se debe tener en cuenta que en los niños y las personas de la tercera edad la piel es más delgada. En general a estas edades, las quemaduras resultan ser más profundas de su apariencia inicial.

**Grado I.** Corresponde a las quemaduras producidas por exposición solar, en las cuales se compromete la epidermis únicamente. Son dolorosas, no hay presencia de flictenas, se produce descamación en



los siguientes 7 a 10 días, no queda cicatriz ni cambios de pigmentación a menos que exista una exposición solar continua o la aplicación de algún producto que produzca fototoxicidad.

**Grado II (Espesor parcial).** La lesión alcanza grados variables de la dermis. Dañan el estrato dérmico de forma parcial, afectando sólo dermis papilar. Con frecuencia aparecen flictenas o ampollas intactas como resultado del edema subyacente. Son también dolorosas y de aspecto rosáceo y si se retiran las flictenas la imagen es clásicamente descrita como un “rocío hemorrágico” (exudativas e hiperémicas), se conserva el folículo piloso el retorno venoso es normal.

**Figura 2.** Quemaduras Grado II superficial.



Quemadura de segundo grado superficial con flictenas.



Quemadura de segundo grado superficial con flictenas.

Nota. Esta figura muestra unas quemaduras de Grado II superficiales. Tomado de Herndon D. Total Burn Care. Elsevier Fifth ed, 2018.

Las quemaduras de espesor parcial se dividen en dos: 1. Espesor parcial superficial: Cuando la dermis papilar se ve afectada. Hay flictenas, color rosa, húmedo, hipersensibilidad, blanquean con la presión por vasodilatación en la dermis. Cicatrizan de 1- 2 semanas. 2. Espesor parcial profundo: Cuando la dermis reticular está comprometida. Presencia de flictenas o ampollas rotas, el lecho de la quemadura es de aspecto pálido y moteado. Disminución de la sensibilidad o hipoalgesia en algunos casos e hiperalgesia en otros. A veces conservan el folículo piloso o las glándulas sebáceas. Al día 2 se torna más seca y blanca. Cicatrizan > 3 semanas.

**Figura 3.** Quemadura espesor parcial profundo.



Tomado de Herndon D. Total Burn Care. Elsevier Fifth ed, 2018.

**Grado III (espesor total).** Se llama quemadura grado III la lesión que destruye toda la dermis, Implica la destrucción del espesor total de la piel. El paciente no manifiesta dolor en la lesión debido a la afectación de las terminaciones nerviosas, salvo en los tejidos sanos colindantes. Se distinguen por la formación de una escara de consistencia apergaminada y de color blanquecino. Este tipo de quemadura no deja restos dérmicos o epidérmicos que permitan la epitelización. La cicatrización se produce por segunda intención, es decir por aproximación de los bordes de la superficie cruenta, y la epitelización solo alcanza uno o dos centímetros desde el borde de piel sana. Para obtener una epitelización completa se requiere desbridar hasta obtener tejido de granulación e injertar.

**Figura 4.** Quemadura de Grado III.



Quemadura de tercer grado con escara blanquecina y marrón oscuro.

Tomado de Herndon D.Total Burn Care.Elsevier Fifth ed, 2018.

**Grado IV.** La lesión grado IV implica destrucción de músculo o estructuras óseas. Generalmente son el resultado de quemaduras por electricidad. Se refiere a situaciones donde el daño se extiende a estructuras profundas como músculos, tendones y hueso. Estas quemaduras se denominan también carbonización.

**Figura 5.** Quemadura Grado IV.

Quemadura de cuarto grado o carbonización.

Tomado de Herndon D.Total Burn Care.Elsevier Fifth ed, 2018.

Como la superficie quemada epiteliza en tiempos variables según la profundidad, entonces la gravedad sistémica cambia según el momento de la evolución. Así, por ejemplo, un paciente con quemaduras de 60% de superficie corporal, de las cuales 40% son superficiales; a los 14 días debe haber epitelizado en este 40%, quedando solo un 20% sin epitelizar. El pronóstico en este momento, esto es quemaduras del 20% de superficie corporal, sería muy diferente. Sin embargo, si la porción de quemaduras superficiales se profundiza, el pronóstico del paciente cambia en forma radical, pues las heridas continúan abiertas y además se agregan todos los fenómenos relacionados.

**Tabla 3.** Tiempo de Epitelización y calidad de la cicatriz según el tipo de quemadura.

<b>Tiempo de Epitelización y calidad de la cicatriz según el tipo de quemadura</b>				
<b>Grado</b>	<b>Tipo</b>	<b>Otra clasificación</b>	<b>Tiempo de epitelización</b>	<b>Calidad de la cicatriz</b>
I	Superficial		7 – 10 días	No hay cicatriz
II superficial	Espesor parcial superficial	A	12 -15 días	Cicatriz mínima

<b>Tiempo de Epitelización y calidad de la cicatriz según el tipo de quemadura</b>				
<b>Grado</b>	<b>Tipo</b>	<b>Otra clasificación</b>	<b>Tiempo de epitelización</b>	<b>Calidad de la cicatriz</b>
II Profundo	Espesor parcial profundo	AB	18 -21 días	Cicatriz hipertrófica
III	Espesor total	B	No epiteliza	Cicatriz por segunda intención
IV				

Tomado de Manejo de Quemaduras Básico y Avanzado, 2016.

Las razones para que las heridas no epitelicen en los tiempos esperados son las siguientes:

- Infección; Es la más grave, pues no solamente impide la epitelización, sino que además tiene la capacidad de profundizar las heridas.
- Transporte inadecuado de oxígeno.

La causa más frecuente es hipoperfusión por reanimación inadecuada, pero también puede influir cualquier elemento productor de vasoconstricción.

- Falta de aporte nutricional adecuado.

## **Fisiopatología**

En paciente con quemaduras severas representa un modelo de trauma grave que se caracteriza por una gran variedad de eventos fisiopatológicos, la mayoría muy bien estudiados. Sin embargo, y para efectos prácticos solo se discutirán las características que tienen incidencia en el manejo.

El choque en el paciente quemado es una situación donde hay perfusión insuficiente para la entrega de oxígeno que conlleva a una insuficiencia circulatoria aguda. El trauma del tejido y/o lesión por inhalación genera una respuesta inflamatoria sistémica que causa

vasoconstricción y aumento de la permeabilidad vascular lo que genera el fenómeno de fuga originando el edema intersticial y síndrome compartimental. Esa hiper-permeabilidad vascular disminuye el volumen de líquido intravascular lo que genera caída del gasto cardíaco que junto con la liberación de catecolaminas y el aumento en las resistencias sistémica y pulmonar (por vasoconstricción) generan disfunción cardíaca. Hay además alteración a nivel de la coagulación generando micro trombosis; todo lo anterior altera la perfusión microvascular y a la disfunción orgánica múltiple. Ocurren además alteraciones de la membrana celular, como la disminución del potencial transmembrana en sitios distantes a la lesión en células de músculos esqueléticas, así como disminución del potencial de acción (aumento de la conducción de sodio) y retrasos en la propagación de la señal. Esto genera síntomas de encefalopatía, debilidad muscular, contractilidad cardíaca y disfunción intestinal.

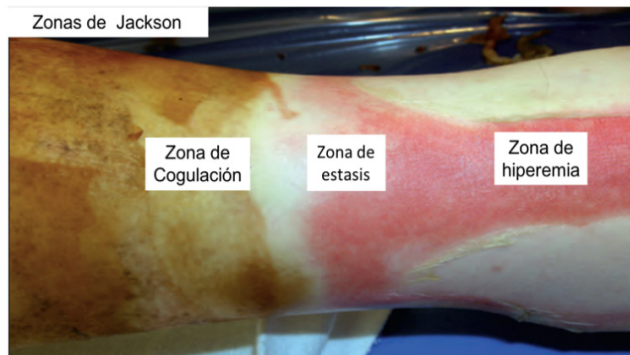
Desde hace más de medio siglo se conoce que en los pacientes con quemaduras mayores al 20% de superficie corporal, se produce edema no solamente en el área afectada, sino además en lugares distantes al sitio de la quemadura. Este edema se debe a un secuestro de líquido en el espacio intersticial, ocurre en los primeros minutos y continúa durante las primeras 24 horas. En el período inmediato post-quemadura se producen cambios en la permeabilidad capilar, a los cuales se suma el incremento en la presión hidrostática por el suministro de líquidos endovenosos y la disminución de la presión oncótica del plasma.

En los pacientes quemados casi siempre existen diferentes grados de profundidad en las áreas lesionadas, los cuales varían de acuerdo con la distancia existente desde el punto de máxima lesión. Estas zonas, conocidas como las zonas de Jackson, son las siguientes:

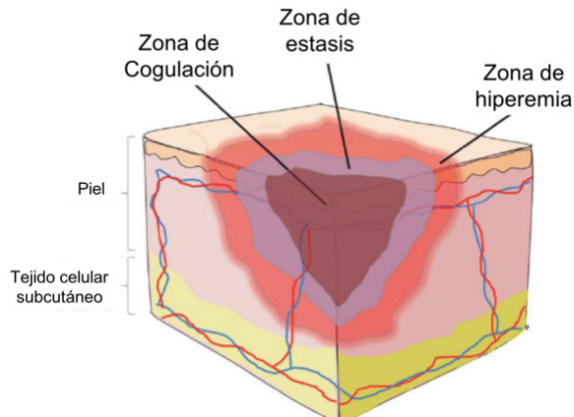
- Zona de necrosis: En el lugar de la quemadura de espesor total, la lesión anatomopatológica es necrosis por coagulación. El examen microscópico en este lugar muestra ausencia de restos dérmicos.
- Zona de estasis: en la cual se observa obliteración de la microvasculatura. Esta zona va a evolucionar hacia la necrosis en las siguientes horas.

- Zona de hiperemia. Se trata de quemaduras de espesor parcial, las cuales pueden evolucionar hacia la mejoría o hacia la necrosis de acuerdo con el tipo de terapia instaurada.

**Figura 6.** Zonas de Jackson.



Herndon D. Total Burn Care. Elsevier Fifth ed. 2018.



Tomado de Herndon D.Total Burn Care.Elsevier Fifth ed, 2018.

## Criterios de Manejo de Quemadura

Los siguientes casos son los que ameritan una intervención de tercer nivel de atención:

- Quemadura de segundo grado > 10% SCT
- Quemaduras de tercer grado

- Quemaduras que afecten el rostro, las manos, pies, genitales, perineo y articulaciones.
- Quemaduras químicas
- Quemaduras eléctricas incluyendo quemaduras por rayos
- Cualquier quemadura con trauma concomitante en el cual la quemadura proporcione el mayor riesgo al paciente.
- Lesión por inhalación
- Pacientes con desordenes preexistente que complican el manejo, prolongan la recuperación y afectan mortalidad (ej. Diabetes).

Con base en los cálculos anteriores de superficie quemada y de Índice de Severidad, se debe identificar los pacientes con quemaduras severas o con riesgo de complicaciones. Este ejercicio de identificación es muy importante porque los pacientes con quemaduras leves se pueden manejar en forma ambulatoria, con lo cual se reducen los costos, y también el riesgo de sufrir una infección. Sin embargo, una mala diferenciación puede resultar en el envío a la casa de un paciente a riesgo de complicaciones. En términos generales se acepta que se debe hospitalizar si el paciente tiene:

- Índice de Gravedad mayor de 100 puntos
- Quemaduras por electricidad o por rayo, cualquier magnitud.
- Quemaduras de cualquier magnitud en pacientes con falla de un órgano
- Quemaduras por inhalación.
- Problemas asociados, ej. Maltrato, intento de suicidio
- Quemaduras oculares.
- Quemaduras profundas (Grado III o II profundo) de cara, cuello, manos, pies, genitales y áreas de flexión.
- Niños o ancianos (< 5 o > 50 años) con quemaduras profundas de más de 5%.
- Niños o ancianos (< 5 o > 50 años) con quemaduras superficiales de más del 10%.



- Adultos con quemaduras profundas de más del 10% o superficiales de más del 20%.

En los cuatro primeros se debe considerar la posibilidad de hospitalizar en Cuidados Intensivos.

## Tratamiento

La valoración inicial del paciente quemado tiene como objetivo evitar que una lesión importante pase desapercibida. Se deberá buscar trauma asociado y manejar las lesiones según protocolos. La quemadura no contraindica los protocolos de manejo de otras enfermedades o lesiones.

La historia clínica y el examen inicial son determinantes para detectar las lesiones ocultas. El médico debe medir todos los signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación arterial de oxígeno con oximetría de pulso.

Como en todo paciente traumatizado, el manejo inicial debe incluir la valoración descrita en el Advanced Trauma Life Support (ATLS) por el American College of Surgeons, y en el Advanced Burn Life Support (ABLS) por la American Burn Association. Los comités de estas organizaciones sugieren manejar todo paciente traumatizado en dos etapas, denominadas Evaluación Primaria y Evaluación Secundaria respectivamente. La Evaluación Primaria comprende una secuencia nemotécnica denominada ABCDE (A= Vía aérea, B= Buena Ventilación, C= Circulación, D= Déficit Neurológico, E= Evitar la Exposición innecesaria para prevenir la hipotermia). La Evaluación Secundaria por su parte comprende una historia clínica y un examen físico completo, así como el manejo básico inicial. Por facilidad didáctica se describe en forma separada y secuencial.

**A: Vía Aérea:** ¿Cómo está la vía aérea del paciente? ¿Está permeable?

El manejo de la vía aérea se realiza inicialmente mediante maniobras básicas no invasivas, las cuales consisten en levantar el mentón y protruir el maxilar inferior o mandíbula, con protección de columna cervical. Cuando esta maniobra no es suficiente o el paciente

presenta signos francos de deterioro respiratorio: gasping, taquipnea, alteración de la consciencia, desaturación de oxígeno, se deben aplicar medidas invasivas. Inicialmente el aseguramiento de la vía aérea se produce a partir de un tubo orotraqueal con estrategias de secuencia rápida. Cuando la resistencia de la vía aérea impide la ventilación, son necesarias medidas quirúrgicas como la circotiroidotomía o traqueotomía de urgencia realizada por personal con experiencia en vía aérea difícil: cirujanos generales/trauma o cirugía de cabeza y cuello.

Buscar signos de quemaduras por inhalación y consignarlo en la historia clínica (tos y esputo carbónico, quemaduras en las coanas, disnea, estridor laríngeo, antecedente de recinto cerrado, cambios en la voz). En el caso de no existir signos en el momento del ingreso, pero haber antecedentes de posibilidad de inhalación, se debe colocar en el encabezamiento con letras visibles la siguiente frase: “SOSPECHA DE INHALACION”.

Si Existen signos claros o sospecha de inhalación de humo u hollín, pérdida de vibrisas nasales, edema y eritema de la región bucofaríngea o esputo carbonizado, pero no hay signos de insuficiencia respiratoria inminente, el paciente debe permanecer bajo monitoria y observación estrecha durante las siguientes 48 horas, ante el alto riesgo de obstrucción aguda e inadvertida de la vía aérea superior.

Los pacientes con sospecha de síndrome de inhalación de humo deben ser monitorizados en una unidad de observación. Durante la observación es necesario el monitoreo continuo de la oxigenación del paciente, así como la medición secuencial de gasometría cada 4 horas o ante signos inminentes de deterioro. Lo ideal es contar con cooximetría para determinar los niveles de carboxihemoglobina y metahemoglobina de los pacientes con intoxicación por CO que suele enmascarse bajo saturaciones normales de oxígeno. Si no hay disponibilidad de este examen, se debe solicitar carboxi-hemoglobina o metahemoglobina cuantitativa en sangre periférica. El edema de la vía aérea alta puede causar obstrucción respiratorio-progresiva, impidiendo la intubación. Asegurar la vía aérea debe ser un procedimiento precoz y preventivo ante el riesgo de colapso ventilatorio,

cuando existe una alta probabilidad de síndrome de inhalación de humo y los signos clínicos son evidentes. Usar un tubo oro-traqueal de buen calibre.

En pacientes sin signos claros de insuficiencia respiratoria y algún grado de sospecha de síndrome de inhalación de humo con hallazgo único de esputo carbonizado o pérdida de vibrisas nasales, se debe llevar a laringoscopia y prevenir la morbilidad de la intubación.

La injuria por inhalación debe sospecharse ante la presencia de uno o más puntos específicos de la historia clínica, como son:

- Exposición a gases calientes, vapores producidos de la combustión en lugar cerrado
- Depósitos carbonáceos y cambios inflamatorios en la orofaringe
- Esputo carbonáceo
- Quemadura facial o cervical
- Quemadura de las cejas o de vibrisas
- Paciente con agitación, taquipnea, estupor, cianosis
- Ronquera o tos
- Edema naso-orofaríngeo
- Roncus o sibilancias a la auscultación
- Broncoscopia con restos Endo bronquiales carbonáceos
- Niveles de carboxi-hemoglobina o cianuro elevados

No todo paciente con sospecha de injuria por inhalación debe ser intubado al ingreso, sin embargo, es indispensable la monitoria estrecha y la vigilancia de la vía aérea, de manera que si presenta signos tempranos de obstrucción o insuficiencia respiratorio el paciente sea intubado inmediatamente.

En caso de sospecha de quemadura por inhalación la fibrobroncoscopia debe ser solicitada con ánimo de determinar la presencia de quemadura de la vía aérea y el grado de severidad de esta. La broncoscopia es el método estándar de diagnóstico definitivo de quemadura por

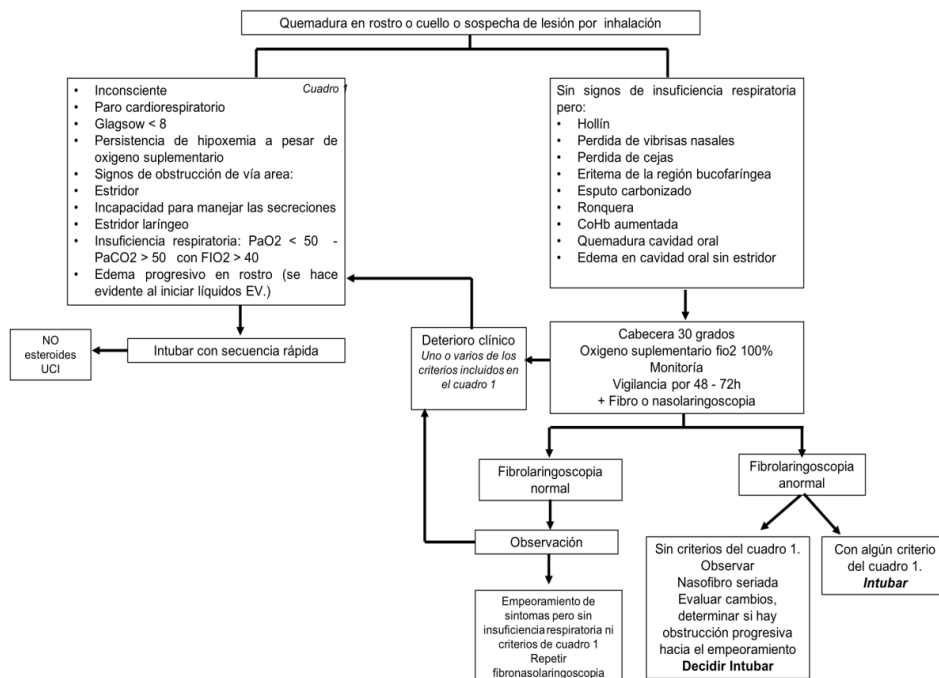
inhalación. Durante la misma, cuando hay evidencia de quemadura infraglótica el manejo deber ser en UCI.

Las indicaciones de intubación inmediata se dan en los siguientes casos:

- Edema progresivo en laringoscopias o fibrolaringoscopia seriada.
- Estridor laríngeo
- Insuficiencia respiratoria
- PaCO<sub>2</sub> > 50
- Falla respiratoria con FIO<sub>2</sub> > 40

A continuación, se presenta el flujograma para el manejo de la vía aérea del adulto en nivel III de atención donde exista la posibilidad de realización de naso-fibrobroncoscopia y especialistas capacitados en manejo de vía aérea difícil.

**Figura 7. Flujograma.**



Tomado de Rev. Colomb Anestesiol, 2018. (46): Supp.

Es necesario valorar la oxigenación y capacidad de ventilación del paciente. Asimismo, valorar la pared torácica buscando presencia de quemaduras circulares que puedan afectar la respiración. El trauma cerrado de tórax es frecuente en los pacientes quemados, en particular cuando se trata de quemaduras eléctricas por alto voltaje. En estos casos la quemadura puede resultar en caídas de altura o en lesión directa de la pared torácica por la energía.

En los pacientes con quemaduras producidas en recintos cerrados existe la posibilidad de intoxicación por monóxido de carbono (CO), el cual tiene una afinidad por la hemoglobina 240 veces superior a la del Oxígeno. Además, la disociación es muy lenta: 250 minutos con una Fracción Inspirada de Oxígeno (FiO<sub>2</sub>) de 21%, es decir aire ambiente, y 40 minutos si la FiO<sub>2</sub> es 100%. Consecuentemente si hay sospecha de intoxicación por CO o inhalación se debe colocar oxígeno, preferiblemente con máscara y reservorio a 12 litros por minuto.

## **B. Circulación**

Garantizar una volemia adecuada es la intervención más importante dado que los quemados siempre se comportan como hipoperfundidos. En este sentido se hace necesario canalizar dos venas con aguja por punción en una extremidad superior no afectada por quemaduras. Se debe tratar de no utilizar una extremidad inferior para acceso venoso, debido al riesgo de tromboflebitis séptica.

En pacientes con quemaduras superficiales de más del 30% o profundas de más del 15%, se recomienda cuantificar diuresis con sonda vesical, la colocación de accesos vasculares centrales queda sujeta a criterio médico en caso de accesos venosos periféricos insuficientes o necesidad de soporte vasoactivo. En estos pacientes se podría colocar sonda nasoyeyunal para nutrición y nasogástrica para descompresión.

Los pacientes adultos con una superficie corporal quemada (SCQ) superior al 20%, y los pacientes pediátricos con una SCQ superior al 10%, deben someterse a una reanimación formal con soluciones que contengan sal; las cantidades deben basarse en el peso corporal y el

porcentaje de superficie corporal quemada. Si han pasado varias horas desde la quemadura se requiere una administración inicial acelerada de fluidos para compensar el volumen que no se administró durante esas horas hasta llegar al hospital.

Deben administrarse entre 2 y 4 mL/kg de peso corporal/%SCT durante las primeras 24 h después de la quemadura, evitando la reanimación excesiva. Charles Baxter y Tom Shires son los autores del estudio 'Physiological response to crystalloid resuscitation of severe burns' publicado en 1968, en él determinan la fórmula de Parkland: 4 cc (3,5-4,5) de Ringer lactato /SCT % de quemadura / kg de peso administrado en 24 horas.

Se recomienda la fórmula de Parkland para iniciar la reanimación; usar Lactato Ringer 2-4 cc x Kg. por peso corporal por porcentaje de superficie quemada. Por encima del 50% se calcula sobre esa cifra (50%). Se ordena la mitad para las primeras 8 horas y la otra mitad para las siguientes 16 horas, contadas a partir de la hora de la quemadura, por bomba de infusión preferiblemente.

Con la medición horaria de diuresis ajustar el goteo de los líquidos endovenosos (LEV) de tal forma que la diuresis sea:

0.3 – 0.5ml/kg/h en Adultos. 30-50, l/h

0.5 -1 ml/kg/h en Niños menores de 30kg

1 ml/kg /h infantes

1 ml/kg/h en Quemadura eléctrica

Durante las primeras 3 horas de reanimación, los valores pueden mantenerse próximos a la anuria, independientemente de la velocidad de administración de fluidos. Si después de este tiempo la diuresis persiste escasa, se ordenan bolos de LEV 250 cc en adultos y 20 cc por kilo en niños. En estos casos se debe reevaluar el paciente para detectar el motivo del requerimiento adicional de líquidos. Las causas más frecuentes son la lesión por inhalación, la infección y un cálculo inicial equivocado de la superficie quemada o de los requerimientos de líquidos.

En los lactantes se deben incluir líquidos dextrosados por su tendencia a hacer hipoglicemia, y en general estos pacientes requieren más líquidos que los adultos con quemaduras de extensión similar. Para los niños se utiliza la fórmula de Galveston o Cincinnati.

**Fórmula de Galveston:**

1er día:

2000 ml/m<sup>2</sup> de SCT + 5000 ml/m<sup>2</sup> SCQ (total ½ en las primeras 8 hs con ringer lactato o SF y ½ en 16 hs restantes + 12.5g/l de albúmina).

Considerar hora 0 la hora en que se produjo la quemadura

2do día:

1500 ml/m<sup>2</sup> de SCT+ 3750 ml/m<sup>2</sup> de SCQ (total en 24 hs) + 12.5 g/dl de albúmina.

El uso de coloides no ha demostrado ventajas sobre los cristaloides. Podría usarse la albumina cuando la reanimación se está volviendo excesiva o en casos de quemaduras muy extensas (>70% SCT). Las soluciones hipertónicas tienen utilidad en los pacientes con reserva cardiovascular limitada y en los casos con quemaduras por inhalación, pero tienen mayor riesgo de hipernatremia con sus complicaciones inherentes. En caso de usarlas se requiere control seriado de sodio; límite de 160 meq. Al alcanzarse este valor se deberá suspender la hipertónica. La reanimación de los pacientes con quemaduras menores al 30% de la SCT puede hacerse con líquidos por vía oral, sin embargo, la utilidad de la reanimación por vía oral está limitada por el íleo y la función gástrica reducida.

**C. El estado neurológico**

Se realiza con la escala Glasgow. Se debe describir si hay focalización y el estado de las pupilas.

**D. Exposición**

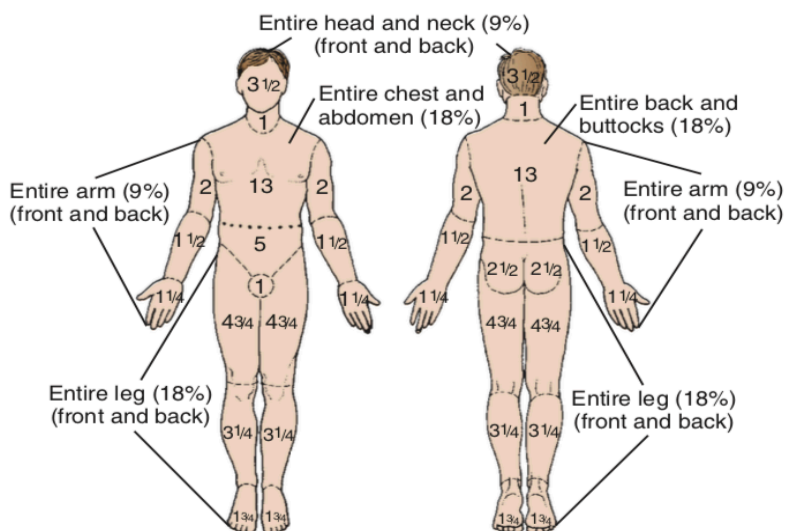
Siempre evitando la hipotermia, ya que estos pacientes han perdido la capacidad de termorregulación. En los casos de quemadura por

agentes químicos, después de evaluar vía aérea se deberá exponer al paciente para realizar las medidas tendientes a disminuir el tiempo de contacto entre el agente químico y la piel.

## E. Evaluación secundaria

Realizar nuevamente un examen físico completo. Una buena parte de las decisiones posteriores se derivan de los hallazgos encontrados durante la evaluación inicial de los pacientes. Además, es el examen punto de referencia de las evaluaciones posteriores. Se recomienda registrar con fotografías los hallazgos para evitar exponer el paciente cada que una nueva especialidad va a valorarlo.

En la evaluación secundaria se realiza la valoración de las quemaduras, que incluye estimar la superficie corporal total comprometida con un método estándar. Calcular la superficie y la profundidad y graficarla. Para el efecto se utiliza el esquema de porcentaje según edad descrito por Lund y Browder. Pueden usarse aplicaciones (app) validadas para este fin como Burn Med de la Universidad Johns Hopkins.





**Tabla 4.** Lund Browder Modificado para calcular el %SCT en niños y adultos.

<b>Lund Browder Modificado para calcular el %SCT en niños y adultos</b>					
Área*	0-1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	+14
Cabeza	9.5	8.5	6.5	5.5	4.5
Cuello	1	1	1	1	1
Tórax	13	13	13	13	13
Brazo	2	2	2	2	2
Antebrazo	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Mano	1.25	1.25	1.25	1.25	1.25
Muslo	2.75	3.25	4	4.25	4.5
Pierna	2.5	2.5	2.5	3	3.25
Pie	1.75	1.75	1.75	1.75	1.75
Glúteo	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Genitales	1	1	1	1	1
*Los valores son para un área de superficie corporal y para cada extremidad (individual). Las superficies anteriores y posteriores son equivalentes para estimar el %SCT.					

Tomado de Herndon et al. Pathophysiology of inhalation Injury. In Total Burn Care. 5 ed Elsevier, 2018.

## Consideraciones Especiales

**Quemaduras Eléctricas.** Estas lesiones son las más devastadoras de todas las lesiones térmicas y son la causa más frecuente de amputaciones en las unidades de quemados. Corresponde al 4% de todas las causas de quemaduras. Los pacientes con quemadura eléctrica aun cuando no se afectaron directamente los ojos, presentan del 5-20% cambios oculares, más frecuentemente cataratas. Hasta un 12% neuropatías periféricas,

también son más propensos a presentar enfermedades neurológicas como Guillain Barre, mielitis transversa, parestias y estrés postraumático. La severidad de las quemaduras depende del voltaje, corriente (amperaje), tipo de corriente (alterna o directa), trayectoria de la corriente, duración del contacto, resistencia en el punto de contacto. Se clasifican en bajo voltaje < 1000 V y alto voltaje > 1000 V.

Las quemaduras de bajo voltaje suelen estar más localizadas en el área del punto de contacto, puede afectar estructuras más profundas pero la zona de tensión es más limitada. Las conexiones en el hogar tienen 120v. Las de alto voltaje se extiende hacia estructuras profundas., proximalmente y distalmente debajo del punto de contacto, la temperatura supera los 80°C.

Las lesiones por quemaduras eléctricas pueden ser:

- **Por contacto o quemadura eléctrica:** Paso de la corriente entre 2 puntos anatómicos. El cuerpo se convierte en parte del circuito eléctrico.
- **Quemadura por arco eléctrico:** se produce cuando los electrones pasan o saltan de un electrodo negativo a un electrodo positivo. La quemadura pasa externamente al cuerpo desde el punto de contacto hacia la tierra. La magnitud de la lesión depende de la proximidad de la piel al arco y al calor generado por la energía radiante. Lesiona más piel que las quemaduras por contacto. La temperatura alcanza hasta 4000 °C, es más frecuente en electricistas que trabajan cerca de metal a una fuente eléctrica. La víctima es expulsada por lo que suelen presentar otros traumas asociados, lesión en oídos.
- **Quemadura por ignición:** El paso de la corriente incendia la ropa u objetos de la víctima. Produce una quemadura convencional por fuego.
- **Quemadura por rayo:** El voltaje es de 10.000.000 (diez millones de voltios), el amperaje 25 000 amperios. La duración es corta de 1/10 a 1/1000 de segundo. Hay poco compromiso cutáneo, puede haber pérdida auditiva, vértigo y lesiones oftalmológicas como uveítis y cataratas.

En estos pacientes existen tres riesgos: las arritmias cardíacas, la mioglobinuria y el síndrome compartimental. A todo paciente con quemadura eléctrica sin importar la extensión o la profundidad aparente, ni si fue de alto o bajo voltaje se le debe realizar un electrocardiograma (EKG). Se pueden encontrar cambios del ST, arritmias (la más frecuente la fibrilación ventricular); generalmente estas se presentan durante las primeras horas de la lesión. La CK MB se eleva y refleja el daño miocárdico, su elevación se asocia con mayor mortalidad. Por lo anterior, se recomienda:

- Indicación de Monitoria Continua de 24 a 48 horas:
- Pérdida de la consciencia
- Anormalidades del Ekg
- Evidencia de isquemia en Ekg
- Arritmia documentada antes o durante el ingreso
- RCCP en el sitio del accidente
- Otras indicaciones estándares.

Los pacientes asintomáticos y estables con Ekg de ingreso normal sin factores de riesgo cardiovasculares no requieren monitoria cardiaca continua.

En cuanto el manejo de arritmias, se requiere Lidocaína al 2% sin epinefrina (cardiológica) 3 cc. EV en dos minutos, cada 15 minutos por tres dosis. Luego Lidocaína al 2% sin epinefrina (cardiológica) 30 cc. disueltos en 100 cc. de Dextrosa en Agua (AD) al 0.5%. El goteo se coloca a 10-40 cc por hora durante 48 a 72 horas mínimo. En niños se aplican bolos de 0.5 a 1 mg x Kg. EV. Si no hay respuesta se debe realizar cardioversión sincronizada a 2 Joules x Kg. peso en niños de hasta 25 Kg. (1 Joules = 1 watt). En adultos se inicia con 50 Joules, y si no hay respuesta se incrementa a 100, 200 y 360 Joules. La respuesta es generalmente buena al tratamiento farmacológico. Rara vez se requiere cardioversión.

En cuanto a la Mioglobinuria, esta ocurre por el daño muscular, la orina se torna pigmentada. Puede ocurrir rabdomiólisis e insuficiencia

renal. Si la orina se torna colúrica se deberá duplicar la meta de diuresis del paciente quemado térmico, con el fin de mantener una meta de diuresis de 0.5-1cc/kg/h o 100 cc/h y 2 cc por kilo en los niños. Esto para aclarar la orina. Se han descrito otras opciones como uso de alcalinización de la orina con bicarbonato. Y manitol en bolos de 12.5 - 25g.

Se recomienda la administración de 25 gramos iniciales de manitol (Osmorin al 20%, 125 cc) y agregar otros 12.5 gramos por cada litro de LEV ordenado. Se debe tener cautela en no ordenar manitol sin LEV, porque se induciría a una deshidratación iatrogénica. Los pacientes con quemadura eléctrica que no tienen orina colúrica se manejan con las metas habituales.

Finalmente, está el síndrome compartimental: Ocurre por compromiso de la irrigación. Tener en cuenta que la pérdida de los pulsos es el último signo en afectarse. Debe sospecharse en casos donde la CPK persista elevándose a las 24- 48h de la quemadura. El manejo es fasciotomía.

Cálculo de índices de riesgo. Los elementos clínicos de mayor incidencia en el riesgo de mortalidad son, en su orden:

- El porcentaje de quemadura.
- La edad del paciente.
- La profundidad de la lesión.
- La inhalación.

Existen varias tablas y ábacos para el cálculo de la mortalidad. En la Unidad de Quemados del Hospital Universitario del Valle se utiliza la fórmula de pronóstico vital descrita por Garcés y colaboradores, la cual se fundamenta en la clasificación de la profundidad descrita por Benaim y colaboradores (1962). Esta fórmula es la siguiente:

1. Para individuos menores de 20 años:

$$(40\text{-edad}) + (Q_A \times 1) + (Q_{AB} \times 2) + (Q_B \times 3)$$

2. Para individuos mayores de 20 años:

$$\text{Edad} + (Q_A \times 1) + (Q_{AB} \times 2) + (Q_B \times 3)$$

Donde Q A = Quemadura Grado II superficial o Tipo A

Q AB= Quemaduras Grado II intermedio o Tipo AB

Q B = Quemadura Grado III o Tipo B

El puntaje resultante determina una mortalidad, la cual es en forma aproximada como sigue:

0 a 40	Puntos	= Sin riesgo vital
41 a 70	Puntos	= Mortalidad mínima
71 a 100	Puntos	= Mortalidad menor a 50 %
101 a 150	Puntos	= Mortalidad mayor de 50 %
151	Puntos o más	= Mortalidad superior al 95%

Fuente: Manejo de Quemaduras Básico y Avanzado. 2016.

La principal utilidad de los índices de gravedad es identificar el pronóstico de los pacientes quemados. Este pronóstico sirve no solamente para el manejo del caso en particular, sino que además permite establecer un Control de Calidad en la Unidad y comparar los resultados con años anteriores y con otras Unidades.

Recientemente el equipo del Hospital Universitario del Valle presentó una validación del índice antes anotado, en un seguimiento prospectivo de 2232 pacientes atendidos en los últimos cuatro años. En este estudio se encontró que la correlación con la mortalidad es muy alta, más del 88%, y que los márgenes para cada intervalo son mucho más estrechos que los descritos originalmente.

**Antimicrobianos:** Los antibióticos profilácticos no están indicados porque se ha demostrado que no mejoran el pronóstico ni reducen la posibilidad de colonización e infección. En cambio, su aplicación produce una variación en el tipo de flora contaminante de la herida, la cual resulta colonizada por bacterias resistentes o multirresistentes. Los antimicrobianos se suministran sólo en las siguientes situaciones:

- Infección preexistente, con riesgo para la quemadura. Ej. Piodermitis, Otitis Media. Se debe tomar cultivo de estos focos e iniciar antimicrobianos según sospecha clínica.

- Pacientes con sospecha de infección: En estos casos se debe tomar una muestra para cultivo e iniciar antibióticos según sospecha clínica. Cuando se trata de una infección nosocomial, los gérmenes más frecuentes son la Pseudomona Aeruginosa y el Acinetobacter Baumanni, seguido por el Estafilococo Aureus. La terapia empírica, es decir mientras se obtienen los resultados del examen bacteriológico debe ofrecer cobertura para los Gram Negativos, cuyo compromiso sistémico es más rápido. Por lo tanto, mientras llegan los cultivos, se inicia un aminoglucósido combinado con piperacilina-tazobactam, un monobactámico o bien con una cefalosporina de tercera o cuarta generación. Siempre que sea posible se deben evitar los antimicrobianos inductores de Betalactamasas de Espectro Extendido.
- Pacientes que cursan con sepsis serán manejados en Unidad de Cuidados Intensivos según Guía Manejo de la Sepsis Severa y Shock Séptico Adultos GPC-UTI-003

**Protección de mucosa gástrica.** La úlcera duodenal y la hemorragia digestiva son complicaciones frecuentes en los pacientes con quemaduras de más del 20% de superficie corporal. El riesgo es mayor en los casos con hipotensión por reanimación inadecuada con trauma cráneo encefálico, así como en los pacientes con coagulopatía o falla renal asociada. El manejo con terapia antiácida reduce la tasa de sangrado por estrés a menos del 5%. La nutrición enteral temprana reduce la probabilidad de estas complicaciones. Por estas razones, el manejo de protección de la mucosa gastrointestinal incluye nutrición enteral temprana y antiácidos.

Puede iniciarse omeprazol 40mg EV día. Una vez se estabiliza el tubo digestivo, es decir no hay distensión y la tolerancia a la dieta es adecuada, se puede pasar a vía oral.

**Analgésicos.** El dolor en pacientes quemados debe tratarse desde el ingreso del paciente para evitar la fase de amplificación de este. El dolor incrementa la tasa metabólica debido al estrés no controlado, aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial, a largo plazo resulta en angustia y depresión. La analgesia en el paciente quemado debe ser generosa, multimodal y con ´reloj en mano` es decir, que

las dosis se deben espaciar de acuerdo con la vida media del fármaco utilizado, de tal forma que no existan espacios sin analgesia.

La analgesia en el paciente con quemaduras recientes se debe ordenar por vía endovenosa (EV). No se debe usar la vía intramuscular (IM), porque en el período inicial postquemadura existe un paso de líquidos del espacio intravascular (LIV) al espacio intersticial (LIS), y por lo tanto no se produce absorción. Además, después de las 72 horas se produce una reabsorción masiva e incontrolada debido al fenómeno de redistribución hidroelectrolítica que en los pacientes quemados es más intensa que en otros pacientes críticos con tercer espacio.

Se aplicará escala para manejo de dolor.

El esquema analgésico utilizado con más frecuencia es:

- Analgésico no opioides. Ejemplos: Anti-Inflamatorios No Esteroides (AINES) tipo COX 2, dipirona o acetaminofén. Se pueden combinar con un analgésico opioide. Las ventajas de usar en primer lugar un analgésico de este tipo incluyen la reducción en la dosis de opioides.
- Analgésicos opioides. Los analgésicos opioides utilizados con más frecuencia son: Morfina. ampollas x 10 mg. Dosis: 0.05-0.1 mg x Kg. IV diluidos. Se repite la dosis cada 4 horas.

Otros: Ketamina. Es un antagonista competitivo de los receptores NMDA a nivel talámico y del sistema límbico. Tiene Efectos antiinflamatorios, al disminuir la producción de TNF $\alpha$ , IL6 y radicales libres y efecto antitrombogénico. Puede usarse para control del dolor a dosis bajas (0.1mg·kg – 0.3) con esto se logra disminuir un 30% los requerimientos de opioides. No causa somnolencia ni depresión respiratoria a estas dosis.

Antagonistas alfa 2:

Los receptores  $\alpha_2$  presinápticos están localizados en centros relacionados con la alerta (locus coeruleus) y el dolor (sustancia gelatinosa de la médula). Su estímulo, además, potencia las vías inhibitorias descendentes. Tiene propiedades sedantes, analgésicas

y simpaticolíticos (antihipertensivos). Producen analgesia por estimulación del sistema inhibitorio descendente central además de inhibición de liberación de sustancia P. Tener en cuenta los efectos secundarios de estos medicamentos. La dexmedetomidina causa bradicardia y la clonidina hipotensión.

Hay que considerar que pueden causar dolor las vendas demasiado ajustadas, o una arruga en el colchón de un paciente con capacidad limitada para moverse por sí mismo.

**Figura 8.** Guía Práctica Clínica para Manejo del Dolor Agudo Postquirúrgico (GPC-AQR-SOP-002).

Paciente	Dolor Constante presente en el reposo y con los movimientos (background pain)	Agravado por episodios de dolor intenso e inesperado (breakthrough pain)	Ansiedad peri procedimiento	Dolor por procedimientos (IV)	Dolor presente en el periodo del postoperatorio
Fase aguda	Morfina, oxicodona de liberación prolongada + Acetaminofen y dipirona	Morfina, oxicodona	Lorazepam	Hidromorfona, morfina, ketamina	Rescates de morfina
Fase crónica	Morfina/oxicodona de liberación prolongada	Morfina vía oral, metadona	Antisicótico por vía oral		Oxicodona vía oral.
Paciente con ventilación mecánica	Infusión de morfina o fentanil	Infusión de morfina o fentanil	Dexmedetomidina Midazolam	Morfina	Morfina o fentanil

Si se utiliza un ansiolítico en combinación con opioide periprocedimiento se considera sedación consciente, por lo que requiere monitoria de signos vitales.

Adyudantes: Anticonvulsivantes, antidepresivos, agonistas alfa 2.

**Dosis: Adultos:**

Morfina (EV): 2.5 – 5 mg cada 4 horas.

Morfina (VO) Solución oral de 10 mg/5 ml: Dosis 10 – 20 mg cada 4 horas VO

\* Si no se dispone de ella, utilizar la morfina inyectable por vía oral: diluir una ampolla de 10 mg/ml (1 ml) en 9 ml de agua para obtener una solución que contenga 1 mg de morfina por ml.

Hidromorfona (EV): 0.2- 1 mg cada 4 horas.

Oxicodona (EV o SC): 5-15 mg cada 4-6 horas.

Oxicodona liberación prolongada: Comprimidos de 5 mg, 10 mg; dosis de 5 -20mg cada 12 horas

Ketamina: amp x 500mg; dosis de 10-20mg cada 6 horas.

De la ampolla de 500mg extraer 1 cc y diluir hasta 10 cc y pasar 4 cc cada 6 horas

Dexmedetomidina: 0.2 a 1.4 microgramos/kg/h

Clonidina 2-5 mcg/kg

Clozapina 12,5 mg cada 12 h; no exceder de 200mg al día.

Lorazepam: 1-2 mg /8-12 h; máximo 10mg día.

Fentanil: infusión continua IV 1-3 mg/kg/hora

Fentanil bolo: 50-100 mg IV lento durante 1-2 minutos.

Acetaminfen: 1g cada 8 horas.VO

Dipirona: 1g cada 8 horas EV.



La escala de seguimiento del dolor se aplica por Enfermería, según guía de Cuidado de Enfermería en el paciente adulto con dolor posquirúrgico GENF-ENF-001.

**Prurito.** Es el deseo de rascarse, se presenta en el 87% de los pacientes quemados. Ocurre más en áreas donde hay inflamación, resequedad y daño. La histamina no sirve en el prurito crónico porque los receptores H1 desarrollan taquifilaxia. El manejo de primera línea incluye Hidroxicina 25mg cada 8 horas por vía oral en pacientes hospitalizados. Para pacientes ambulatorios se prefiere Cetirizina porque no produce somnolencia. Se puede agregar como segunda línea de manejo Gabapentina o Pregabalina. Para pacientes que ya iniciaron el proceso de epitelización se agrega un emoliente (Lubriderm) administrada en forma de masaje con ligera presión; en estos pacientes se administra además tópicamente óxido de zinc con calamina (Procicar) protectores cutáneos que facilitan la evolución y la maduración de la cicatriz además del efecto calmante antipruriginoso.

Puede complementarse el manejo del prurito con terapias no farmacológicas como psicología, presoterapia, terapia conductual.

**Profilaxis del tromboembolismo venoso.** La profilaxis para la Trombosis Venosa Profunda y el Trombo embolismo Pulmonar es controversial. No hay estudios tipo I, como los hay en pacientes quirúrgicos no quemados. La incidencia de TVP en paciente quemado es de 0.25 – 1.77% en paciente sintomático. En adultos jóvenes con quemaduras >40% SCT quemada es 8%. En el 50% de los casos es asintomático.

Factores de riesgo para TVP en pacientes quemados

Edad

IMC

No deambulación.

Duración de la hospitalización > 21 días.

% SCT.

La recomendación es la movilidad temprana de estos pacientes y según el riesgo de estos pacientes usar tromboproflaxis farmacológica. El sangrado como complicación por su uso es menor al 4% y no suelen ser sangrados mayores.

Debido al riesgo de TVP todos los adultos deben ser estratificados para el riesgo para TVP y aquellos con riesgo moderado a alto deben recibir tromboproflaxis. Se puede usar para la estratificación del riesgo la escala de Caprini (2010) o la escala de Pannucci et al (2017) Creada y validada en población quemada.

2 puntos	4 puntos
Lesión por inhalación SCT% 5-9%	SCT 10-19%
5 puntos	6 puntos
SCT% 20- 49% SCT % > 65%	SCT 50-65%

Total: \_\_\_\_

Total	Riesgo de TVP (%)
0-4	< 1
5	2
6	3
7	3,5
8	5

La profilaxis eficaz de la TVP en pacientes con quemaduras se puede hacer utilizando Heparina de bajo peso molecular y /o estrategias físicas como la compresión neumática intermitente en caso de que no haya quemaduras en miembros inferiores que dificulten esta estrategia.

## Órdenes médicas en la fase aguda

Observación

Cabecera 30 grados

Si  $SO_2 < 92\%$  Oxígeno suplementario para  $SO_2 > 92\%$

Si sospecha de lesión por inhalación Máscara de No reinhalación  
FIO<sub>2</sub> 100%

Canalizar dos venas periféricas en área no afectada.

Lactato de Ringer según cálculo de Parkland.

Si aplica: Toxoide Tetánico (Tétano) x 0.5 cc aplicar 1 amp. IM

Si aplica: Antitoxina Tetánica. (Tetuman o Tentanogama). 1  
amp. IM en un glúteo diferente al Toxoide.

Omeprazol 40mg EV día.

Morfina 4mg EV cada 4 horas

Dipirona 1g cada 8 horas

Acetaminofén 1 g cada 8 horas

Acido ascórbico 500mg cada 24horas

Hidroxicina 25mg cada 8 horas

Enoxaparina 40 mg SC día.

Curación por Enfermería.

Valoración por Unidad de Quemados

Laboratorios.

Imágenes diagnósticas según corresponda.

Si quemadura eléctrica y coluria agregar:

Ajustar LEV para meta de diuresis: 0.5-1cc/kg/h o 100 cc/h y 2 cc por  
kilo de peso en los niños.

25 gramos iniciales de manitol (Osmorin al 20%, 125 cc) y agregar  
otros 12.5 gramos por cada litro de LEV ordenado.

Si quemadura eléctrica y arritmias agregar:

Lidocaína al 2% sin epinefrina (cardiológica) 3 cc. EV en dos minutos, cada 15 minutos por tres dosis. Luego Lidocaína al 2% sin epinefrina (cardiológica) 30 cc. disueltos en 100 cc. de Dextrosa en Agua (AD) al 0.5%.

Goteo a 10-40 cc por hora durante 48 a 72 horas mínimo.

Si no hay respuesta se debe realizar cardioversión sincronizada.

Se debe Inter consultar a Psicología y a Trabajo Social.

## **Laboratorios e Imágenes**

En sospecha de quemaduras por inhalación se debe solicitar gases arteriales y carbo-hemoglobina o metahemoglobina cuantitativa en sangre periférica

Rx Tórax. Es necesaria para descartar lesiones asociadas, pero tiene escaso valor predictivo para inhalación. Si es necesaria se toma cuando el paciente se estabiliza, o después de colocar el catéter venoso central, cuando aplica.

Laboratorios de Ingreso:

- Cuadro hemático
- Creatinina, Bun
- Electrolitos
- Glicemia
- Parcial de orina con sedimento Urinario.
- Si es mujer en edad fértil: Prueba de Embarazo
- Si es mayor de 50 años se agrega EKG, Rx de Tórax
- Si es quemadura eléctrica, EKG, CPK y CKmb. A las 24 horas se repite el uroanálisis y la CKmb.
- Si el Índice es mayor de 100 puntos se agrega PT, PTT, Albúmina, Proteínas totales, Calcio y Fósforo.

## Exámenes de Control

Si el Índice es menor de 100 puntos: Cuadro hemático y Creatinina al tercer día y luego cada semana.

Si el Índice es mayor de 100 puntos Cuadro hemático, Electrolitos básicos (Sodio, Potasio, Cloro) y Creatinina al segundo día y luego dos veces por semana.

Si es menor de 5 años, sin importar el índice, se agrega un Sedimento Urinario cada semana.

Si está en Cuidado Intensivo: Glucometría cada 6 horas; Cuadro hemático, Electrolitos básicos y gases arteriales diarios; Creatinina, Calcio, Magnesio y Fósforo dos veces a la semana.

## Metas de reanimación en el paciente quemado

- Garantizar diuresis
- 0.3 – 0.5ml/kg/h en Adultos. 30-50, l/h
- 0.5 -1 ml/kg/h en Niños menores de 30kg
- 1 ml/kg /h infantes
- 1.0 ml/kg/h en Quemadura eléctrica.
- Lactato < 2mOsm/L
- FC 60- 130 lpm
- TAM 60 -70mmhg (pueden tolerar algunos 50-55)
- Sao2 >92%
- T° 36 -38°
- Hb 7 – 9 mg/dl

## Manejo de la herida

Cuando se produce una herida de cualquier naturaleza se desencadena una serie de eventos celulares y bioquímicos cuyo propósito final es el cierre de esta herida. La cicatrización se puede dividir en tres

fases, las cuales se superponen entre sí: Inflamación, Proliferación y Remodelación. El retraso en cualquiera de estas etapas resulta en prolongación del proceso, mayores costos de operación y una cicatriz de menor calidad. La principal causa de profundización de las quemaduras es la infección y el manejo inapropiado de estas. Las infecciones aumentan el tiempo de hospitalización, afectan el resultado funcional y estético, incrementan significativamente los costos e impactan en mortalidad.

Dentro de las estrategias para prevenir las infecciones se encuentran el lavado temprano de la herida que permite la remoción de detritus contaminados en la piel quemada. Se debe cubrir completamente primero con apósitos impregnados con antimicrobianos como la sulfadiazina de plata y posteriormente cuando el tejido de granulación sea óptimo cubrir el defecto con injertos.

La escarectomía o resección de la escara se realiza cuando la quemadura es de espesor total; las escisiones tangenciales cuando son quemaduras de espesor parcial y la dermoabrasión cuando se trata de lesiones muy superficiales.

El tratamiento de la herida varía de acuerdo con la profundidad de la quemadura y con la presencia de contaminación o infección. Los lavados frecuentes son medidas tendientes a disminuir la población bacteriana y a resecar el tejido necrótico que sirve además como caldo de cultivo para el crecimiento de microorganismos e infección. Después de estos procedimientos de resección se procede a cubrir la herida. Las quemaduras superficiales libres de infección o contaminación van a epitelizar en forma espontánea en un plazo inferior a dos semanas, mientras ocurre la epitelización se deben cubrir ya sea con tópicos antimicrobianos, con coberturas cutáneas o una combinación de ambos.

En cuanto a los tópicos antimicrobianos, en nuestro medio se han ensayado una gran variedad de sustancias, debido fundamentalmente a los costos en los pacientes con quemaduras extensas. Todos los tópicos tienen ventajas y limitaciones, por lo que no es posible hablar de un tópico único e ideal que pueda ser aplicado en todos los casos. Por este motivo el médico y la enfermera encargada del

manejo de la herida por quemadura deben tener claridad acerca de las características de cada tóxico, para así aplicar la sustancia que mejor se adapte al tipo de quemadura y la condición de la herida en el momento puntual de su uso. En nuestro medio, se utiliza sulfadiazina de plata inicialmente y una vez colocados los injertos nitrofurazona. También se puede usar nitrato de plata.

En resumen, el propósito debe ser injertar todas las superficies antes de 21 días, si las condiciones lo permiten. La técnica básica de limpieza de la herida adaptada a las condiciones de nuestro medio consiste en lavar la superficie afectada con yodados, limpiar con gasa húmeda, aplicar sulfadiazina de plata, cubrir con gasas vaselinadas estériles, luego colocar encima de estas compresas estériles y vendar.

Agente	Espectro	Penetración	Toxicidad	Dolor	Flora	
Sulfadiazina de plata al 1%	Excelente	Intermedia	Baja	Mínimo	S. aureus, E. coli, Klebsiella, P. aeruginosa, Proteus	
Mafenida al 10%	Excelente	Excelente	Inhibición de anhidrasa carbónica, alcalosis metabólica	Dolorosa	Bacteriostático contra grampositivos y clostridios Si hay resistencia a gram neg	
Nitrofurazona al 0.5%	Buena	Pobre	Trastornos electrolíticos, metaemoglobinemia	Mínimo	Bacteriostáticos contra: S. epidermidis, S. aureus	
Mupirocín al 2%	Limitado	Intermedia	Hipersensibilidad	Moderado	Estafilococos, Streptococcus pyogenes, Stafilo MR.	
Povidona yodada al 8%	Excelente	Limitado	Toxicidad renal y del SNC	Dolorosa	Mayor parte de grampositivos y gramnegativos virus y hongos. Lavados en espuma.	

## Recomendaciones de manejo según tipo de quemadura

### 1. Quemadura Grado II superficial

Por lo general estos pacientes ingresan con vesículas de pequeño tamaño, o sin vesículas inicialmente, pero con formación posterior de vesículas menores a 2 cm de diámetro. El epitelio de la vesícula se debe preservar, pues evita la desecación de la herida y permite una epitelización más rápida con una cicatriz final de mejor calidad. Se debe hacer escarectomía tangencial de la herida y a continuación colocar Sulfadiazina de Plata, gasa vaselinada, compresas y vendaje. La herida se debe revisar cada 48 horas para vigilar que la epitelización es adecuada y que no existen signos de infección.

Una alternativa a la aplicación de cualquier tópico en esta herida es la cobertura cutánea con apósitos de cobertura que reemplazan la piel temporal o permanentemente. Algunos están fabricados con hidrocoloides, poliuretano, hidrogel, silicona, naylon y con o sin antimicrobianos (plata o yodo). Estos productos se aplican sobre el área lesionada, se revisan cada 72 horas para descartar la posibilidad de infección. La utilización de coberturas sintéticas no ha mostrado beneficio en cuanto a disminución de infecciones, ni necesidad de tratamiento quirúrgico ni **curación más rápida**.

### 2. Quemadura Grado II profunda

Se discute aquí las quemaduras recientes sin antecedentes ni signos de contaminación. El tejido necrótico se debe resecar y para el efecto existen las siguientes alternativas:

- a. Resección mecánica, la cual se obtiene mediante escisión tangencial o dermoabrasión.
- b. Desbridamiento químico, para lo cual se utiliza colagenasa o hidrogel-pectina.
- c. Desbridamiento mecánico pasivo o maceración. Este efecto se consigue aplicando un plástico estéril sobre el área quemada, o bien vaselina sólida o ambas.



### 3. Quemaduras de espesor total

Las quemaduras de espesor total se caracterizan, por la existencia de una escara que es el resultado de la necrosis por coagulación producido por la acción térmica, y que es por lo tanto avascular. Entre esta escara, que representa el tejido muerto, y el tejido vivo no quemado, se produce un proceso de licuefacción denominado interfase o subescara, que es un tejido gelatinoso con alto contenido de fibrina y detritus. Esta área de licuefacción representa un excelente medio de cultivo para microorganismos. La contaminación ocurre entre el día 4<sup>o</sup> a 5<sup>o</sup>, y se considera que la infección ocurre entre los días 8<sup>o</sup> a 9<sup>o</sup>. A partir de este momento se empieza a producir un embolismo bacteriano continuo que será proporcional a la presión de la interfase y por lo tanto a la impermeabilidad de la escara. Por lo tanto existe un período de oro de 3 a 4 días para resecar todo o casi todo el tejido necrótico.

#### **Resección mecánica:**

El propósito de la resección mecánica es eliminar el tejido necrótico, para así reducir las probabilidades de infección y por lo tanto de carga bacteriana en la superficie quemada. Las técnicas son las siguientes:

- Escarectomía:

Consiste en la resección del tejido necrótico o escara. Se prefiere utilizar electrobisturí a efecto de minimizar las pérdidas sanguíneas. En nuestro medio se ha establecido el límite de resección en una hora de cirugía y dos unidades de glóbulos rojos, aunque este límite se considera obsoleto en las unidades de países desarrollados, debido a la mejoría en las condiciones de monitoria y apoyo logístico. En ausencia de estas condiciones es preferible detener la intervención cuando se sobrepasen cualquiera de estos dos parámetros, y proceder en etapas hasta completar la resección del tejido necrótico en los días siguientes.

- Escisión tangencial:

Consiste en la resección sucesiva de porciones del área lesionada hasta encontrar tejido vivo sangrante. En grandes extensiones se prefiere utilizar un dermatomo tipo Brown. En extensiones menores

es suficiente con un dermatómano manual o una cuchilla de afeitar montada en un clamp intestinal o en una pinza de Rochester recta.

- Incisiones paralelas cruzadas o cuadrícula:

Cuando no es posible la escarotomía o escisión tangencial por inestabilidad del paciente o por falta de apoyo logístico, una alternativa fácil de realizar consiste en efectuar cortes separados aproximadamente 1 cm para cuadrícula la escara. Este procedimiento impide la acumulación de material purulento por debajo de la escara y además permite una maceración y resección más fácil.

#### **4. Quemaduras circulares**

Las quemaduras circulares localizadas en el tórax limitan el movimiento y por lo tanto resultan en una menor capacidad de excursión, en aumento de la presión en la vía aérea y como consecuencia en una hipoventilación. En los casos más severos pueden llegar a producir hipoxemia, retención de CO<sub>2</sub> y requerir asistencia ventilatoria mecánica. El manejo de estas lesiones incluye la realización de escarotomías, esto es sección de la piel quemada hasta llegar a tejido viable. Los cortes longitudinales se deben realizar sobre la línea axilar anterior en dirección a la espina ilíaca anterosuperior, pero sin llegar hasta ella, para evitar su exposición. El corte transversal se debe realizar por debajo del apéndice xifoides.

Las quemaduras circulares localizadas en las extremidades pueden producir oclusión venosa, y como resultado edema que a su vez produce mayor oclusión vascular hasta llegar a generar isquemia distal y necrosis. El diagnóstico es clínico con base en los signos de isquemia distal a la lesión. Se ha descrito el uso de la oximetría de pulso y el Doppler para establecer el diagnóstico. El manejo consiste en liberar el túnel carpiano si la mano se encuentra comprometida y realizar escarotomías mediante un corte de la piel quemada hasta llegar a tejido viable. Estas escarotomías siguen las superficies laterales de las extremidades. En los dedos se realiza la liberación en los bordes laterales internos, es decir se trata de obviar la superficie radial del primer dedo y la ulnar del quinto para así evitar la cicatriz posterior sobre áreas de apoyo.

## 5. Quemaduras por químicos

Las quemaduras químicas son secundarias al contacto con la superficie cutánea y los ojos, o bien a la inhalación o la ingestión de más de 25.000 agentes químicos o cáusticos utilizados habitualmente en la industria, la agricultura, la investigación científica, la defensa militar e, incluso, en el medio doméstico, que en la mayoría de los casos requieren tratamiento médico y/o quirúrgico.

Desnudar paciente, eliminar ropas.

Irrigar copiosamente con agua 1-2h.

No utilizar sustancias neutralizantes.

Lesiones en ojos requieren irrigación permanente.

En base a una revisión sistemática que evaluó 4 estudios principales en 302 pacientes entre adultos y niños, se evaluaron varias soluciones para irrigación entre ellas solución salina, lactato de ringer y Diphoterine se evidencio mejores resultados de la irrigación de quemaduras por químicos con el diphoterine con mejor evolución de la quemadura y nsiguiendo menor tiempo hospitalario (Greenhalgh DG.. J Burn Care Res. 2007).

### Manejo de la infección local

La infección es la principal complicación de las quemaduras, la colonización ocurre entre el día 2 y 10. Inicialmente se da por microorganismos gram positivos los más frecuentes son el Streptococcus y staphylococcus. Después del 5 día aparece la colonización por gram negativos, generalmente provenientes del tracto respiratorio, gastrointestinal y del ambiente hospitalario. Los más frecuentes son la pseudomona aeruginosa, acinetobacter baumannii, e coli, klebsiella pneumoniae, enterobacter cloacae. Más adelante invaden hongos como los candida y finalmente organismos multiresistentes generalmente por el uso de antibióticos de amplio espectro.

Las características clínicas de la piel adquieren gran relevancia, ya que permiten detectar la infección y sospechar el germen causal. El

examen clínico realizado por una persona entrenada en el aspecto visual de las heridas es determinante para el manejo.

### **Signos Locales de Infección:**

Se consideran signos locales de infección cualquiera de los siguientes:

Eritema alrededor del borde del área quemada (bordes).

Costra difícil de desprender o adherencia, cualquier color.

Mal olor u olor a gérmenes específicos.

Falta de mejoría con el tratamiento usual.

Profundización de la herida.

Coloración oscura o verdosa.

Aparición de vesículas en tejido que está sanando.

Además de estos signos, algunos gérmenes tienen características propias que son importantes de detectar porque permiten una sospecha clínica antes que se obtengan los resultados del laboratorio. Los gérmenes más frecuentes y sus signos clínicos locales son:

a. *Pseudomonas Aeruginosa*: Las enterobacterias y en particular la *Pseudomonas aeruginosa* se caracteriza por la aparición de leucopenia y una progresión hacia el empeoramiento clínico.

- Tejido de color gris o violáceo.

Punteado hemorrágico de aspecto petequial.

Fluorescencia positiva.

Olor característico.

b. *Estafilococo Aureus*: A diferencia de la *Pseudomonas aeruginosa*, el estafilococo aureus tiene una evolución más lenta y se caracteriza por leucocitosis en lugar de leucopenia.

Palidez del tejido de granulación.

Tejido de granulación deprimido.

Aparición de pústulas o comedones.

### **Signos Sistémicos de Infección:**

En estos pacientes los signos clásicos de SIRS son difíciles de interpretar dado que la quemadura como tal es un proceso inflamatorio, por ende, en ellos suele encontrarse taquicardia, leucocitosis, trombocitosis y elevación de la PCR aún en ausencia de infección.

Sospechar infección si hay alteración de la conciencia, caída no justificada de la presión arterial media en 10 mm Hg o más, fiebre > 38.3°C. Si es < 36.5°, buscar un germen Gram Negativo. Taquipnea, taquicardia, disminución del gasto urinario, íleo o intolerancia a la nutrición enteral. Gases con acidosis metabólica. Hemograma con caída del hematocrito en 2 puntos o más en ausencia de hemorragia, Leucocitosis por encima de 15.000.

La leucocitosis en estos pacientes puede significar área de necrosis sin resecar o infección por cocos gram positivos. Leucopenia, hay caída brusca del recuento de blancos. La sulfadiazina de plata produce neutropenia, y por lo tanto puede ser un distractor. Trombocitopenia. Tendencia a la baja o cualquier recuento con menos de 100.000 plaquetas por mm<sup>3</sup>.

### **Cultivo de la superficie quemada:**

El cultivo de superficie quemada es un método utilizado rutinariamente en los servicios quirúrgicos y un número importante de Unidades de Quemados. Sin embargo, debido a su alta frecuencia de falsos positivos y negativos no tiene valor como método diagnóstico de infección en quemaduras. En efecto, en un estudio realizado en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario del Valle, se tomaron muestras pareadas y se demostró que el cultivo de superficie coincide con el cultivo biopsia en un poco más del 20% de los casos. Lo anterior significa que la administración de antibióticos con base en un cultivo de superficie implica un riesgo de error de casi un 80%. El método que se debe utilizar en estos pacientes es el cultivo biopsia, cuyo resultado es confiable en lo que se refiere al germen identificado. La técnica consiste en resecar un trozo de piel de 1 cm. x 0.5 cms. sin tejido celular subcutáneo y determinar, mediante el cultivo de diferentes diluciones, la cantidad de gérmenes por gramo de tejido.

Un cultivo-biopsia con más de 105 gérmenes por gramo, se considera como probable infección invasiva. Sin embargo, este resultado se debe interpretar sumado al examen clínico de una persona con experiencia visual en heridas por quemaduras y con base en el resto de parámetros descritos.

### **Hemocultivo:**

El hemocultivo puede resultar positivo como resultado de una bacteriemia transitoria debido a la manipulación del área cruenta. Debido al grado de inmunosupresión presente, un hemocultivo positivo generalmente es indicación de iniciar tratamiento antimicrobiano específico.

Las recomendaciones generales para la prevención y control de infecciones incluyen: Mantener el sitio donde estará el paciente limpio, adecuado lavado de manos, evitar el uso de antibióticos sistémicos profilácticos para las quemaduras agudas; elaborar, implantar y supervisar un programa local de uso racional de antibióticos.

En resumen, la recomendación es que cuando la quemadura sea sospechosa de infección identificado por un experto en ausencia de signos sistémicos de infección (al menos 3 de los siguientes:  $T > 39^{\circ}\text{C}$  o  $> 36.5$ , taquicardia, taquipnea, hipotensión. Leucos  $> 12.000$  o  $< 4000$ , trombocitopenia, hiperglicemia e intolerancia a la nutrición) se deberá realizar cultivo de piel microbiológico (cualitativo, cuantitativo y antibiograma); si hay alguno de los signos de infección sistémica se deberá realizar lavado y desbridamiento máximo cada 36-48h para disminuir carga bacteriana e identificar el momento en que inicia la invasión y tomar cultivo. Si cultivo positivo  $> 105$  microorganismos/g de tejido y microorganismos adyacentes al tejido no quemado, eritema en piel sana alrededor de la quemadura  $> 3$  cm después de su borde, iniciar manejo antibiótico sistémico. Si a las 48-72 horas no hay fiebre, ni signos locales de infección con procalcitonina negativa se suspenden para evitar resistencia. La escogencia del antibiótico se realiza según el perfil de infecciones y perfil de resistencia del hospital además según características y tiempo de evolución.

## **Terapias de apoyo**

Desde el ingreso se debe tener en cuenta el impacto del traumatismo sufrido por el paciente quemado a largo plazo sobre la autopercepción, su imagen y a nivel social; es por esto que se debe solicitar la intervención de diferentes especialidades desde el ingreso.

## **Nutrición**

La atención fisioterapéutica del paciente quemado se basa en el modelo propuesto por la Asociación Americana de Terapia Física (APTA) que incluye: examinación (revisión de historia clínica, revisión por sistemas y pruebas y medidas), evaluación, diagnóstico fisioterapéutico, pronóstico (que incluyen los objetivos de tratamiento), intervención y reevaluación de resultados.

La examinación, evaluación y diagnóstico fisioterapéutico tienen como finalidad determinar el estado actual de la funcionalidad y determinar el riesgo de deformidad del paciente quemado.

A la fecha, no existen pruebas específicas para la población con quemaduras, sin embargo, se recomienda utilizar:

Goniometría para la medición de los arcos de movilidad articular.

Escala de MRC o Daniels (0 a 5), y la dinamometría de mano para la medición de la fuerza muscular.

Escala de independencia funcional Medida (FIM) para la evaluación de las actividades de la vida diaria.

Las pruebas de esfuerzo y prueba de función pulmonar para la evaluación de la función cardiopulmonar, tales como prueba de caminata de 6 minutos, espirometría o medición de presiones inspiratorias/espíatorias máximas, según el caso necesario.

Evaluación específica de cobertura cutánea y secuelas de cicatrízales tales como la Escala de Vancouver y el POSAS. Si bien no existe consenso en escalas de medición, hay acuerdo en los aspectos a evaluar en cicatrices, injertos o colgajos: evaluación de altura, pigmentación, vascularización, consistencia, sensibilidad, prurito,

dolor, plegabilidad, adherencia, contracción de injertos, retracciones y clasificación morfológica de secuelas cicatriciales.

Con respecto al pronóstico e intervención, en ellos se define y aplica un plan de tratamiento que tenga en cuenta los hallazgos en la evaluación y las expectativas funcionales del paciente, con el fin de lograr el máximo nivel de independencia y funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

Los objetivos propuestos deben mantener y aumentar la fuerza muscular, los rangos de movilidad articular, la capacidad aeróbica, el equilibrio, la coordinación, las transiciones y deambulación. A su vez se deben implementar técnicas o estrategias para minimizar la formación de cicatrices hipertróficas y reducir el edema, el dolor, las úlceras por presión y las contracturas.

Para alcanzar los objetivos de la intervención fisioterapéutica, se utiliza el posicionamiento, la movilización temprana, el ejercicio terapéutico y la educación al paciente o familiar/cuidador.

El posicionamiento busca colocar y mantener la parte afectada en el plano y dirección opuestos, a los que se dirige la retracción, y debe comenzar inmediatamente después de la lesión y mantener durante todo el proceso, con posiciones que eviten las deformidades articulares y contracturas musculares y a su vez faciliten la preservación de la funcionalidad y la reducción del edema. Se utilizan cojines, almohadas, cabecero, almohadillas de espuma, férulas y cinturones de sujeción.

Así mismo, se sugiere que los pacientes deben ser reposicionados frecuentemente (más o menos cada 2 horas) para prevenir zonas de presión.

La recomendación del posicionamiento por estructura anatómica son las siguientes:

**CABEZA:** La cabeza debe mantenerse arriba del nivel del corazón con el propósito de reducir edemas.

**OÍDO:** El cartílago del oído puede evitar la fricción con un protector especial.



**CUELLO:** El cuello deberá mantenerse en la posición media con una ligera extensión de aproximadamente 10°. La posición recomendada se logra con un rollo por debajo del cuello a lo largo de la línea escapular. Deberán evitarse las almohadas en la cabeza ya que puede promover una deformidad en flexión del cuello.

**HOMBRO:** Deberá estar posicionado en 90° de abducción y rotación externa. La posición recomendada ayuda a prevenir excesiva tensión del plexo braquial.

**CODO / ANTEBRAZO:** El codo deberá estar posicionado en extensión total, en el caso de quemaduras que comprometan la cara anterior de esta articulación. El antebrazo deberá estar en posición supina.

**MUÑECA:** La muñeca deberá estar posicionada hasta 30° de extensión, para las quemaduras a nivel palmar. Las articulaciones metacarpo falángicas (MCF) deberán estar posicionadas a la flexión máxima y las articulaciones interfalángicas deberán estar posicionadas en extensión, cuando se compromete la cara dorsal de las mencionadas estructuras. Esta posición mantiene los ligamentos colaterales en la MCF en estiramiento máximo mientras las articulaciones están extendidas. El dedo pulgar deberá estar posicionado en una combinación de abducción y ligera oposición.

**CADERA:** La cadera deberá estar posicionada totalmente en neutro de flexo extensión y rotaciones y abducción de 15°.

**RODILLA:** La rodilla deberá estar posicionada en extensión, cuando la lesión se extiende a nivel de la fosa poplítea.

**PIE:** El pie deberá estar posicionado en la posición neutral (90° en relación con la pierna) en cualquiera de las posiciones de espalda o boca abajo. Se debe prestar atención para evitar las zonas de presión.

En cuanto al ejercicio terapéutico debe comenzar desde las etapas tempranas, iniciando por las articulaciones menos dolorosas de manera pasiva o activa asistida y progresando hasta los ejercicios activos libres y activos resistidos, esta progresión de la intensidad debe ser ajustada a la tolerancia y condición del paciente. Está

contraindicado el ejercicio cuando hay tendones expuestos y se debe proteger la extremidad en una férula.

En pacientes en fase aguda o con grandes extensiones es mejor varias sesiones al día de duración corta. Además, el reposo en cama debe reducirse al mínimo, por lo cual se recomienda cambiara estar sentado al lado de la cama y la deambulacion precoz con acompañamiento del terapeuta o familiar.

En pacientes que hayan recibido injertos de piel, se recomienda comenzar los ejercicios activos en la zona injertada al 6 día después del procedimiento (o después de que el médico cirujano lo defina), teniendo en cuenta la tolerancia del paciente hasta el 9 día. A partir del 10 día que el injerto se ha integrado el ejercicio puede ser activo asistido, pasivo o utilizar técnicas de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. La zona donante se permite proteger del dolor por 2 días y se debe iniciar el ejercicio activo al 3 día buscando recuperar el movimiento y la funcionalidad debido a que es más dolorosa la zona donante que la injertada.

Los ejercicios en otra extremidad y la ambulacion se pueden llevar a cabo antes de tiempo si esto no afectará a la zona injertada.

La deambulacion se debe iniciar lo más pronto posible y se contraindica el apoyo cuando la planta del pie se encuentra quemada o el tendón de Aquiles se encuentra expuesto.

Hasta la fecha, no existe una estrategia terapéutica única que pueda evitar la formación de cicatrices hipertróficas por completo. Pero se sugiere la terapia de presión, el masaje, el posicionamiento, los dispositivos ortésicos, la movilidad articular y el ejercicio terapéutico, que pueden prevenir, inhibir y mejorar la proliferación de cicatrices y contracturas. Se aplica el masaje con crema humectante sin alcohol para liberar adherencias, realineamiento de las fibras de colágeno, aumentar la flexibilidad de la piel, aliviar el dolor y el prurito por el periodo de maduración de la cicatriz o un emoliente en fases iniciales.

El masaje debe realizarse una vez la piel epiteliza y se realiza varias veces al día. Los masajes inician de manera suave con tapping,

continuar con presión, luego petrissage y masajes para liberar adherencias como zigzag con movilidad, zigzag con fricción, pinzamiento y rodamiento, pinzamiento y zigzag, pinzamiento y tracción, movilidad circular, fricción circular, fricción transversal profunda, masaje de estiramiento y de torsión.

### **Terapia Ocupacional**

La intervención del Terapeuta Ocupacional considera tres fases para el abordaje de los pacientes con quemadura:

1. Primeras 72 horas
2. Etapa intrahospitalaria
3. Etapa ambulatoria

El proceso de atención se inicia con la valoración del paciente de acuerdo con lo estipulado en el instructivo de Evaluación en Terapia Ocupacional (2020), éste se encuentra basado en el marco de trabajo de la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional). Se determina el estado de las Áreas Ocupacionales: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego y tiempo libre. Los patrones de desempeño, las habilidades para el desempeño ocupacional y el contexto.

El énfasis de la evaluación se encuentra en las Habilidades Motoras: postura, movilidad, fuerza y esfuerzo, coordinación y energía.

En las primeras 72 horas los objetivos de la intervención son los siguientes:

Favorecer correcto posicionamiento en cama y la movilización (ejecución de transiciones y traslados).

Prevenir y controlar el edema.

Facilitar el óptimo posicionamiento de todas las articulaciones comprometidas.

Mantener participación en actividades de la vida diaria.

Educar al cuidador o familiar.

El posicionamiento se lleva a cabo con el uso de cojines triangulares, almohadas, rollos que prevengan las retracciones y la formación de adherencias.

**Cojín Tipo Cuña**



**Abductor de cadera**



**Cojín tipo cuña triangular**



**Rodillo**

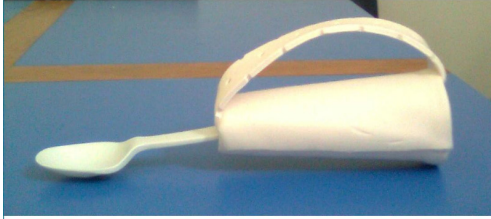


También puede ser requerido el uso de Ortesis estáticas preferiblemente elaboradas en material termoplástico de baja temperatura, el cual permite una mejor adaptación a la antropometría del paciente y el ajuste gradual del dispositivo de acuerdo a las variaciones que se presenten en los rangos de movilidad articular.

Se estimula la realización de las actividades de alimentación por medio del uso de la cuchara, sostener el vaso; actividades de higiene

como cepillarse los dientes, lavarse la cara, de acuerdo con la condición clínica general del paciente.

### Cubiertos adaptados



Superadas las 72 horas, la intervención se orienta a:

Prevenir la formación de retracciones, adherencias y deformidades articulares.

Diseñar, elaborar y adaptar Ortesis y tecnología de asistencia.

Incrementar independencia en actividades de la vida diaria.

Entrenar en estrategias para el manejo del dolor.

Estructurar el ocio y tiempo libre.

Favorecer el proceso de adaptación al contexto por larga estancia hospitalaria.

Educar al cuidador o familiar sobre la importancia de técnicas de presoterapia y uso de ortesis.

### **Sobre la presoterapia:**

Las prendas son diseñadas de acuerdo con la zona corporal afectada y a la antropometría de la persona.

Se deben confeccionar dos prendas para facilitar la continuidad del tratamiento mientras se lava la prenda.

La piel se debe encontrar epitelizada sin laceraciones o infecciones. Si se presentan ampollas de un diámetro superior a 2 cms., se debe

suspender el uso de la prenda hasta que la ampolla esté completamente seca.

La prenda se debe usar 23 horas continuas, exceptuando la hora del baño.

El periodo de adaptación va determinado por la tolerancia progresiva de cada paciente.

Se educa al paciente y familiar en la supervisión de las extremidades que están bajo esta modalidad de tratamiento y el manejo de situaciones que se puedan presentar y requieran la suspensión de la prenda, por ejemplo, edema, disminución del llenado capilar.

Se debe destacar la importancia de la humectación de la piel.

Entrenar en la actividad de vestido de manera conjunta con la prenda de presión.

Se puede emplear de manera adicional el uso de refuerzos en silicona para aquellas zonas donde la prenda no genera total contacto con la piel, como el caso de zona poplítea, pliegue axilar, entre otros.

#### **Prendas con gradiente de presión**



Se tienen en cuenta factores como la edad del paciente, el grado de profundidad de la quemadura y su extensión, compromiso en funciones mentales, calidad de la red de apoyo, adherencia

del paciente al proceso de rehabilitación, para estructurar las modalidades de intervención y la frecuencia de esta.

El uso de las órtesis debe tener las siguientes consideraciones generales:

Permiten ampliar o mantener los rangos máximos de movilidad articular pasiva.

Se pueden utilizar para inmovilizar y proteger zonas injertadas.

Las órtesis de mecanismos dinámicas o mixtas favorecen el movimiento activo, el mantenimiento o incremento de la fuerza muscular de grupos musculares específicos afectados. Se emplean en etapas posteriores a la fase aguda.

Se deben incluir articulaciones comprometidas por la quemadura y solo las que sean requeridas como necesarias para lograr una óptima estabilidad y adaptación del dispositivo ortésico.

Uso continuo de tres horas, con un período de descanso de 1 hora. Sin embargo, se debe respetar la respuesta particular de cada paciente y su tolerancia al uso de acuerdo a su estado emocional y umbral de dolor.

Se deben tener por lo menos dos ciclos de uso durante el día.




La órtesis no debe generar ninguna zona de presión para el paciente. Debe ajustarse correctamente con vendajes o sistemas de fijación específicos. En caso de utilizar compresas para acolchamiento y vendaje elástico para la fijación este debe ser cambiado diariamente, excepto en los casos donde el paciente haya sido injertado o por otra disposición clínica o médica.

Se debe realizar higiene diaria de la misma empleando agua fría y jabón suave.


Solo el Terapeuta Ocupacional se encuentra autorizado para realizar modificaciones a los dispositivos ortésicos.



Las condiciones particulares y específicas de uso deben ser registradas en la historia clínica del paciente por parte del Terapeuta ocupacional.




Las principales órtesis empleadas son las siguientes:


TIPO DE ORTESIS	INDICACIONES	PRECAUCIONE
<p data-bbox="262 353 329 378">Collar</p>  <p data-bbox="181 609 409 669">Fuente:Elaboración propia</p>  <p data-bbox="181 915 409 975">Fuente: Elaboración propia</p>	<p data-bbox="461 516 709 576">Quemadura anterior o lateral del cuello.</p> <p data-bbox="461 602 709 662">Posicionar a máxima extensión pasiva.</p> <p data-bbox="461 687 709 808">Inhibe la flexión, las rotaciones y la inflexión lateral del cuello.</p>	<p data-bbox="738 475 1089 535">Dar adecuado soporte a nivel del mentón.</p> <p data-bbox="738 560 1089 620">Vigilar y controlar posibles zonas de presión.</p> <p data-bbox="738 646 1089 735">Retirar para realizar las actividades de la vida diaria, principalmente la alimentación.</p> <p data-bbox="738 760 1089 849">Revisar que el nivel de saturación de oxígeno del paciente se mantenga en rangos normales.</p>
<p data-bbox="162 1270 428 1295">Ortesis de Avión o Axilar</p> 	<p data-bbox="461 1190 709 1310">Para quemadura de la fosa axilar, quemadura anterior o posterior del tronco.</p> <p data-bbox="461 1335 709 1425">Posicionar el hombro entre 90 y 120 grados de abducción.</p>	<p data-bbox="738 1033 1089 1190">El uso prolongado o en grados superiores a los 120 de abducción del hombro puede generar compromiso a nivel del plexo braquial.</p> <p data-bbox="738 1215 1089 1372">Ortesis que se debe usar inicialmente a tolerancia del paciente siempre y cuando no se encuentre en fase posquirúrgica de injertos.</p> <p data-bbox="738 1397 1089 1486">Supervisar cambios referidos por el paciente en la extremidad (hormigueo, entumecimiento).</p> <p data-bbox="738 1512 1089 1583">Fijar correctamente al brazo y zona torácica anterior y posterior.</p>



TIPO DE ORTESIS	INDICACIONES	PRECAUCIONE
<p style="text-align: center;">Codera</p> <p>Ortesis posicional para muñeca y dedos</p>  <p style="text-align: center;">Fuente: Elaboración propia</p>	<p>Puede tener dos tipos de propósito favorecer la extensión completa de la articulación del codo (para el caso de las quemaduras anteriores del brazo y antebrazo) o facilitar el posicionamiento en flexión para las quemaduras posteriores del brazo y antebrazo.</p>	<p>En la quemadura circular, se debe determinar cuál es el movimiento más comprometido para definir tipo de uso de la ortesis (en flexión o extensión).</p> <p>Fijar con vendaje elástico, preferiblemente en forma de ocho.</p>
	<p>Quemadura palmar de muñeca, palma y dedos: posicionar muñeca entre 30 y 45 grados de extensión, MCF entre 60 y 90 grados, pulgar en posición funcional (oposición) Interfalángicas en extensión completa.</p> <p>Quemadura dorsal de muñeca, MCF e interfalángicas: muñeca entre 30 y 45 grados de flexión, MCF entre 60 grados y 45 grados de flexión, pulgar en posición funcional (oposición) Interfalángicas en extensión completa</p>	<p>Asegurar el adecuado posicionamiento de las articulaciones de acuerdo con el diseño de la ortesis</p> <p>Revisar que el tiempo de llenado capilar se mantenga en los límites normales.</p> <p>Supervisar la aparición de puntos de presión en zonas de prominencia ósea.</p> <p>Posicionar la ortesis correctamente mediante el uso de correas o vendaje.</p>

TIPO DE ORTESIS	INDICACIONES	PRECAUCIONE
<p data-bbox="171 384 422 438">Ortesis posicional para muñeca</p>  <p data-bbox="181 715 413 769">Fuente: Elaboración propia</p>	<p data-bbox="461 293 709 542">Quemadura palmar de muñeca: posicionar muñeca entre 30 y 45 grados de extensión, se puede dejar el pulgar libre o incluido de acuerdo con el compromiso a este nivel.</p> <p data-bbox="461 566 709 684">Quemadura dorsal de muñeca, posicionar entre 30 y 45 grados de flexión de muñeca.</p> <p data-bbox="461 711 709 860">Quemadura circular de la muñeca, posicionar en neutro (cero grados) la articulación de la muñeca.</p>	<p data-bbox="738 502 1089 651">En la quemadura circular su puede identificar el movimiento más comprometido para definir posición más acertada de la muñeca.</p>
<p data-bbox="171 920 422 975">Ortesis Volar / Dinámicas</p>  <p data-bbox="181 1206 413 1261">Fuente: Elaboración propia</p>	<p data-bbox="461 957 709 1075">Se emplean para favorecer los movimientos activos a nivel de los dedos.</p> <p data-bbox="461 1102 709 1221">Pueden realizarse diseños con tracción palmar para favorecer la extensión activa.</p> <p data-bbox="461 1248 709 1348">Diseños con tracción volar o dorsal favorecen la flexión activa.</p> <p data-bbox="461 1375 709 1525">También se puede implementar otro tipo de diseños de acuerdo con las necesidades particulares del usuario.</p>	<p data-bbox="738 1048 1089 1102">Buscar que las tracciones se realicen en los vectores correctos.</p> <p data-bbox="738 1130 1089 1257">La educación en tiempo del uso del dispositivo debe tener en cuenta la condición del paciente y su necesidad particular.</p> <p data-bbox="738 1284 1089 1439">Educar al paciente en la supervisión de la extremidad en cuanto a posibles cambios de color, temperatura o puntos de presión que puedan aparecer.</p>

TIPO DE ORTESIS	INDICACIONES	PRECAUCIONE
<p>Ortesis estática para los dedos tipos: anillo, tres puntos, separadores interdigitales.</p>  <p>Fuente: Elaboración propia</p>  <p>Fuente: Elaboración propia</p>  <p>Fuente: Elaboración propia</p>	<p>Previenen o ayudan a corregir retracciones y deformidades de las articulaciones interfalángicas.</p> <p>Mantienen la apertura de los espacios interdigitales.</p> <p>Previenen la formación de bridas.</p>	<p>Educar en el tiempo de uso y descanso de la ortesis.</p> <p>Diseñar según las medidas antropométricas y las zonas que se requieren inmovilizar.</p>
<p>Rodilleras</p>	<p>Puede tener dos tipos de propósito favorecer la extensión completa de la articulación de la rodilla para el caso de las quemaduras a nivel de la fosa poplítea o facilitar el posicionamiento en flexión para las quemaduras anteriores de la pierna.</p>	<p>En la quemadura circular, se debe determinar cuál es el movimiento más comprometido para definir tipo de uso de la órtesis.</p> <p>Fijar correctamente mediante el uso de vendaje elástico en ocho.</p> <p>Supervisar cambios en la extremidad a nivel distal en cuanto a coloración, temperatura o sensaciones anormales.</p>

<p style="text-align: center;">Piecero</p>  <p style="text-align: center;">Fuente:Elaboración propia</p>	<p>Objetivo mantener la posición plantígrada, tobillo a 90 grados para las quemaduras posteriores de la pierna y que comprometan talón y tendón de Aquiles.</p>	<p>Indicar su uso en tiempos de reposo y no para el desplazamiento.</p> <p>Fijar correctamente con correas o vendaje elástico en ocho y en el sentido correcto.</p> <p>Considerar que el largo de la órtesis en el segmento de la pierna aborde hasta el 1/3 proximal de la pierna.</p>
---	---	---

## Consideraciones finales

### Egreso del paciente:

Al momento del egreso se darán órdenes para continuar el manejo ambulatorio:

Control con Cirugía Plástica al mes, y luego cada 3 meses, por 1 a 2 años de acuerdo con la necesidad. En estos controles se valorará la cicatrización y posible aparición de contracturas que puedan requerir posteriormente de un manejo quirúrgico. La evaluación del proceso de cicatrización debe ser periódica para formulación de presoterapia (lycra).

Cita con enfermería a las 48 horas para curación de heridas, valorar el estado de las mismas y detectar en forma temprana la necesidad de hospitalización o intervención quirúrgica.

Terapia física 30 sesiones, diaria o interdiaria según la necesidad de cada paciente.

Terapia ocupacional 30 sesiones interdiarias

Medicamentos:

- Analgesia: Acetaminofén 1 gr v.o cada 6 horas x 7 días
- Prurito: Antihistamínicos como la Hidroxicina 25 mg v.o cada 8 horas x 15 días.

- Cremas: Oxido de Zn + Calamina 1 vez al día en la cicatriz.
- Cuidado de la piel con cremas humectantes, masajes por presión, protector solar.

### **Adherencia a la guía:**

La medición de la adherencia a esta guía se realizará de acuerdo con la especificación de la Evaluación de adherencia a guías de manejo clínico código ESP-DS-001 o a la especificación de la Evaluación de adherencia a guías de cuidado en enfermería código ESP-ENF-005, al menos una vez cada 6 meses.

### **Referencias Bibliográficas**

- Agency for clinical innovation. Burn Patient Management. 4th Edition. 2019. Disponible en [https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/250020/Burn-patient-management-guidelines.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0009/250020/Burn-patient-management-guidelines.pdf)
- Agency for clinical innovation. Burn Physiotherapy and Occupational Therapy Guidelines. 1st edition. 2017. Disponible en: [https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/236151/Burns-PT-OT-Guidelines.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/236151/Burns-PT-OT-Guidelines.pdf)
- Baxter CR, Shires T. Physiological response to crystalloid resuscitation of severe burns *Ann N Y Acad Sci.* 1968;150:874–894
- Benain F. Tratamiento de urgencia de las quemaduras, Buenos Aires, Argentina: Faretti;1962
- Caprini JA. Risk assessment as a guide to thrombosis prophylaxis. *Curr Opin Pulm Med.* 2010;16(5):448–52.
- Chinese Burn Association; Chinese Association of Burn Surgeons, Cen Y, Chai J, Chen H, Chen J, et al. Guidelines for burn rehabilitation in China. *Burns & Trauma* (2015) 3:20: 1-10. doi: 10.1186/s41038-015-0019-3.
- Ferrada R. Et al. Manejo de Quemaduras Básico y Avanzado. 2016; cap 2:11-36
- Guías de la American Physical Therapy Association (APTA) . Disponibles en <https://www.apta.org/Guide>

- Greenhalgh DG. Burn resuscitation. *J Burn Care Res.* 2007; 28:555-65.
- Gobierno de Chile. Guías Clínicas AUGÉ Gran Quemado. Primera edición. 2016. Disponible en: [http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016\\_DI-AGRAMADA.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DI-AGRAMADA.pdf)
- Jacobs B, Pannucci C. Scoring Systems for Estimating Risk of Venous Thromboembolism in Surgical Patients. *Semin Thromb Hemost.* 2017;43(5):449– 59.
- NHS: Endorsed by the BBA Burn Therapists’ Interest Group, the British Burn Association and the Four Burn Operational Delivery Networks. Standards of Physiotherapy and Occupational Therapy Practice in the Management of Burn Injured Adults and Children. 2017. Disponible en: <http://79.170.40.160/britishburnassociation.org/wp-content/uploads/2017/07/Burn-Therapy-Standards-Final-version-Jan-2017-16.3.17.pdf>
- Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso Cuarta Edición – 2020. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-burgos/la-terapia-ocupacional-en-los-trastornos-cognitivos/aota-2020-cuarta-edicion/17349125>

*La vida no se hace más fácil o indulgente, nosotros nos hacemos más fuertes y resilientes.*

**Steve Maraboli.**





# Manejo fisioterapéutico de la quemadura en el adulto hospitalizado

*Physiotherapeutic management of burns in hospitalized adults*

**Nilia Matilde Perdomo Oliver**

Universidad Del Valle, Cali.

© <https://orcid.org/0000-0003-0247-9687>

## Resumen

Este capítulo analiza el aporte que realizan los fisioterapeutas en los procesos de atención hospitalaria de pacientes quemados adultos que no requieren de soporte respiratorio. En el texto se describe el tratamiento clínico que realiza el fisioterapeuta como parte del equipo de rehabilitación a este grupo poblacional, en las fases temprana, aguda, intermedia o de recuperación del periodo de hospitalización, con el fin de lograr el máximo nivel de independencia y funcionalidad del paciente en las actividades de su vida diaria.

Palabras clave: quemadura, adulto, hospitalizado, intervención fisioterapéutica.

## Summary

This chapter analyzes the contribution made by physiotherapists in the processes of hospital care for adult burn patients who do not re-

*Cita este capítulo / Cite this chapter*

Perdomo Oliver, N. M. (2022). Manejo fisioterapéutico de la quemadura en el adulto hospitalizado. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria.* (pp. 241-282). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

quire respiratory support. The text describes the clinical treatment performed by the physiotherapist as part of the rehabilitation team for this population group, in the early, acute, intermediate or recovery phases of the hospitalization period, in order to achieve the maximum level of independence and functionality of the patient in the activities of their daily life

**Key words:** burn, adult, hospitalized, physiotherapeutic intervention.

## Introducción

La OMS define: “Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos” y le agregaría que producen cambios locales en la piel y tejidos vecinos y trastornos sistémicos de gravedad variable (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 265.000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano. En muchos países de ingreso alto, las tasas de muertes por quemaduras han ido disminuyendo. Las quemaduras se cuentan entre las principales causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad en los países de ingreso bajo y mediano. En 2004, casi 11 millones de personas de todo el mundo sufrieron quemaduras lo suficientemente graves para requerir atención médica. En el mundo, más del 95% de las quemaduras debidas a fuego o llamas ocurren en países de bajos y medianos ingresos (Luque, N. L., & PÉREZ, S. R., 2020).

No obstante, los desarrollos en el manejo de la quemadura por personal entrenado, la terapia con antibióticos y la capacidad de las instituciones para controlar las infecciones, han aumentado las tasas de sobrevida en el paciente quemado.

El manejo de la persona que sufre una quemadura requiere de un equipo interdisciplinario donde el fisioterapeuta como parte del equipo de rehabilitación tiene como fin lograr el máximo nivel de independencia y funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

Este capítulo se centrará en los aspectos relevantes del desempeño del fisioterapeuta en una unidad de quemados con adultos que no requieren de soporte respiratorio. Por lo anterior, se desarrollará el capítulo, empezando con un recuento del sistema tegumentario, evaluación de la quemadura resaltando los aspectos relevantes para el manejo fisioterapéutico y por último el tratamiento fisioterapéutico en las fases temprana o aguda, intermedia o de recuperación, fases manejadas durante la hospitalización. Dichos aspectos sientan las bases para hacer una intervención fisioterapéutica apropiada en el usuario que no es el gran quemado.

## **Sistema Tegumentario**

El sistema tegumentario está formado por la piel y los anexos o faneras.

Para el manejo del paciente quemado es importante tener en cuenta la estructura del órgano comprometido, en este caso la piel. Siendo la quemadura una injuria causada principalmente en la piel y siendo éste un órgano que cubre y protege el cuerpo es importante conocer su morfología y fisiología para realizar un pronóstico y tratamiento adecuado.

La piel es un órgano extenso que cubre la superficie corporal y su espesor varía entre 0.5mm en los párpados a 1.04 mm en el talón, este aspecto es importante tenerlo en cuenta debido a que una quemadura en párpados o es superficial o es profunda, no tiene la posibilidad de ser intermedia. Las personas de la tercera edad tienen una piel más delgada, por lo tanto las quemaduras resultan ser más profundas que su apariencia inicial (Zapata & Bolgini, 2007). Su función principal es actuar como barrera protectora, protegiéndola de los microorganismos patógenos y de otras agresiones del medio externo. Está constituida por tres capas: Las capas ayudan a comprender la profundidad de las quemaduras y la posible epitelización o granulación del tejido.

**La Epidermis:** Es la capa externa expuesta al entorno cumpliendo varias funciones vitales. El estrato córneo confiere a la piel su carácter impermeable y la protege de las infecciones. El estrato granuloso es la

capa responsable de la retención de agua y de la regulación térmica. El estrato espinoso añade una capa de protección a la capa subyacente del estrato basal. Las células del estrato basal permiten a la epidermis regenerarse (O'sullivan & Schmitz, n.d.).

La Epidermis está compuesta por epitelio escamoso queratinizado estratificado derivado del ectodermo y contiene los melanocitos, células que determinan la pigmentación de la piel.

**La Dermis:** Se considera la verdadera piel porque contiene vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervios, colágeno y elastina y engloba los apéndices epidérmicos (glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículo piloso) que proporcionan una fuente profunda de células epidérmicas o derivadas del ectodermo que permiten la regeneración.

La dermis es de 20 a 30 veces más gruesa que la epidermis y está compuesta por tejido conectivo colágeno denso irregular, fibras de elastina que le dan a la piel resistencia a la tracción y elasticidad para soportar la deformación.

Para efecto de las quemaduras es importante conocer que la dermis se divide en dos capas: La dermis papilar superficial y la dermis reticular profunda.

La dermis papilar se proyecta hacia arriba y se une con la epidermis, tiene plexos vasculares que sirven para nutrir la epidermis por osmosis.

La dermis reticular se compone de fibras de colágeno de tejido denso. Se inserta en el tejido subcutáneo mediante una red de tejido conjuntivo fibroso irregular y contiene los apéndices epidérmicos que son importantes en la epitelización del tejido lesionado.

## **Unión Dermoepidérmica**

Para manipular la piel con el masaje una vez el tejido epiteliza, es importante saber que existe la interfase entre epidermis y dermis (Unión dermo epidérmica) formada por rebordes elevados de la dermis, llamadas papilas dérmicas que se interdigitan, anclan, con

las invaginaciones de la epidermis llamada rebordes epidérmicos (O'sullivan & Schmitz, 2013.).

Las crestas actúan de reservorio y sirven para superar las fuerzas de fricción a las que está expuesta la piel en la actividad diaria. La ausencia de estas crestas en quemaduras cicatrizadas genera ampollas por abrasión y es responsable de las escasas adherencias del nuevo tejido epidérmico cuando entran en contacto con la ropa u otras superficies.

**La Hipodermis:** se ubica por debajo de la dermis compuesta por tejido conectivo y tejido adiposo. El tejido adiposo se ubica en la fascia superficial.

### **Funciones de la piel**

La piel tiene varias funciones entre las cuales se puede citar:

**Protección:** Protege de las radiaciones ultravioleta, así como de las agresiones mecánicas y térmicas, previene la deshidratación y actúa como una barrea física contra la invasión de gérmenes o microorganismos (Manzur Ayala & Masako Ferreira, 2016)

**Sensibilidad:** cumple una función sensitiva, es el principal órgano sensitivo del cuerpo, contiene receptores específicos para el tacto, presión, dolor y temperatura.

**Termorregulación:** Mantiene la homeostasis de la temperatura corporal.

**Metabólicas:** El último paso de la síntesis de vitamina D se da en la epidermis la cual es derivada del colesterol bajo la estimulación de la luz ultravioleta por medio de la radiación solar.

**Excreción:** Regula el volumen y el contenido químico del sudor, puede modificar su volumen líquido total y la cantidad de determinados productos de desecho que se excretan como ácido úrico, amoníaco y urea (Manzur Ayala & Masako Ferreira, 2016).

**Inmunológicos:** El queratinocito, las células de Langerhans, los linfocitos T, las células endoteliales, los macrófagos, los mastocitos

y los nódulos linfáticos son un complejo celular que intervienen en la respuesta autoinmune inducida por antígenos procesados y transportados por las células de Langerhans.

**Pigmentaria:** El color de la piel es dado por el melanocito quien produce los gránulos de melanina.

La melanina producida por el melanocito le confiere a la piel una protección natural contra la radiación ultravioleta del sol. Por lo cual en la función pigmentaria también se incluye la protección de la piel contra el cáncer de piel.

**Resistencia al trauma y reparación de la herida:** La piel tiene una función de protección al trauma por ser la primera barrera y por las fibras de colágeno que le confieren resistencia y elasticidad.

Su función reparadora de heridas está dada por la capa basal, la cual es fundamental en los procesos de reepitelización de heridas.

Estas funciones se pierden o se alteran seriamente cuando se produce la destrucción de la piel por una quemadura, y la pérdida de una parte sustancial de la piel es incompatible con la vida.

La piel tolera exposición corta a temperaturas hasta de 40°C, pero de allí en adelante el aumento de temperaturas resulta en un aumento logarítmico de la injuria tisular, y a 70°C una exposición fugaz ya produce necrosis de la epidermis; la exposición a 60 – 65°C resulta en una magnitud de lesión 10 millones de veces mayor que la que produce la exposición a 45°C (Del Sol, 1990; Huallpa, 2014).

### **Evaluación de la quemadura**

La evaluación de la quemadura la realiza el médico determinando la profundidad, la extensión y la localización.

Para el Fisioterapeuta es muy importante conocer la profundidad y la localización de la quemadura debido a que la gravedad en cuanto a la secuela depende de la profundidad y la localización, motivo por el cual el fisioterapeuta debe hacer la planimetría de estos dos datos para anticiparse a la secuela.

## Profundidad de la quemadura

Para el fisioterapeuta conocer la profundidad de la quemadura es básico debido a que localiza el riesgo y anticipa la secuela que se puede producir.

De acuerdo con la institución de salud se adoptan distintas clasificaciones.

La ABA ha clasificado las quemaduras en: Epidérmico, Dérmica superficial, Dérmica profunda, Espesor total (Ferrada, 2016).

Para la Asociación Argentina de Quemaduras (AAQ, s. f.), Las quemaduras se clasifican de acuerdo con la capa de la piel hasta dónde llega la lesión (profundidad). En Argentina la clasificación utilizada es la del Dr. Benaím (2000) que distingue tres tipos de quemaduras:

1. Quemaduras de tipo A: (primer grado, epidérmica) que afecta solamente la epidermis. Se distinguen dos formas:
  - Quemadura de tipo A superficial: que se presenta como un enrojecimiento de la piel (eritema) sin ruptura de la misma; se acompaña de hipersensibilidad. el ejemplo más típico es la quemadura por exposición solar (Benain, 2000).
  - Quemadura de tipo A flictenular: (segundo grado, dermoepidérmica) donde puede estar comprometida la membrana basal, sin llegar a afectar la dermis. Se presenta con las características flictenas, es muy dolorosa, y cura sin secuelas en dos semanas.
2. Quemaduras de tipo AB o quemadura intermedia: (segundo grado, dérmica) compromete la dermis. Las quemaduras intermedias, tienen la característica de evolucionar según el grado de destrucción de la dermis como: “ABA” (quemaduras intermedio-superficiales) en las cuales la piel se regenera a partir de los restos epidérmicos de las faneras; o como “ABB” (quemaduras intermedio-profundas) que por la mayor destrucción de la dermis evolucionan con profundización de las lesiones y requieren autoinjerto de piel para su curación (Benain, 2000).

3. Quemaduras de tipo B (tercer grado, subdérmica), la lesión se extiende hasta la hipodermis, con lesión de todas las capas de la piel. Solamente puede ser reparada con el autoinjerto de piel.

La Escala de Converse-Smith que ha sido la clasificación clásica de: primer, segundo y tercer grado.

**Grado I:** Corresponden a las quemaduras producidas por exposición solar, en las cuales se compromete la epidermis únicamente (Ferrada, 2016). Se produce descamación en los siguientes 7 a 10 días, y no queda cicatriz ni hay cambios de pigmentación, a menos que exista una exposición solar continua o la aplicación de algún producto que produzca fototoxicidad.

**Grado II:** La lesión alcanza grados variables de la dermis. A estas quemaduras, cuando son superficiales, se las denomina tipo A y cicatrizan en un plazo inferior a los 14 días sin dejar secuelas importantes. Sin embargo, cuando destruyen una parte importante de la dermis, la cicatrización se produce después de los 18 días y la cicatriz es de mala calidad, con aparición de hipertrofia, queloides, hiper o hipo pigmentación y retracciones. A esta quemadura también se le llama tipo AB.

**Grado III:** Se llama quemadura grado III a la lesión que destruye toda la dermis y que, por lo tanto, no deja restos dérmicos o epidérmicos suficientes como para permitir la epitelización. La cicatriz se produce por segunda intención, es decir por aproximación de los bordes de la superficie cruenta, y la epitelización solo alcanza uno o dos centímetros desde el borde de piel sana. Para obtener una epitelización completa, se requiere desbridar hasta obtener tejido de granulación e injertar (Celis et al., 2003). Estas quemaduras se denominan también tipo B.

La profundidad de la quemadura puede ser difícil de establecer en un principio. La naturaleza del agente suministra la primera indicación.

Hasta hace pocos años las quemaduras de segundo y tercer grado que cubrían más del 40 % del área corporal tenían una mortalidad de cerca del 100 %. Con el advenimiento de la terapia con antibióticos locales,



la resucitación con líquidos parentales y el cuidado del pulmón, la mortalidad en quemaduras extensas se ha reducido de forma notable (Barbosa-García, 2009).

### **Extensión de la quemadura**

Además de la profundidad de las quemaduras, otro factor importante para determinar la gravedad de las quemaduras es la extensión. La extensión de la quemadura influye notoriamente sobre el pronóstico.

La extensión de la quemadura se expresa en porcentaje de superficie corporal total (SCT) quemada (Jiménez et al., 2001).

La extensión aproximada de la quemadura puede ser determinada aplicando la regla de los nueve (9) y de los múltiplos del nueve (9) donde la palma de la mano del paciente incluyendo desde la punta de los dedos hasta la muñeca corresponde al 1%.

La determinación exacta del área quemada es de la mayor importancia, porque con base en ella se calcula el volumen de líquidos a ser utilizados en la resucitación del paciente. Para mayor seguridad, una vez determinada el área de quemadura, un segundo observador debe determinar, siguiendo el mismo método, el área de piel no quemada.

### **Localización de la quemadura**

Hay áreas del cuerpo en que la gravedad de una quemadura la determina su profundidad y no su extensión; son quemaduras graves, aunque el riesgo de muerte sea mínimo. Estas áreas son: cara, cuello, manos, pies, axilas, genitales y articulaciones. Son áreas que requieren tratamiento prioritario.

La gravedad en cuanto a la vida depende de la profundidad y de la extensión, la mortalidad se relaciona a estos dos factores y cuando hay quemaduras por inhalación incrementa la mortalidad (Thompson et al., 1986).

### **Manejo fisioterapéutico**

El proceso de toma de decisiones para la atención fisioterapéutica se basa en el modelo propuesto por la Asociación Americana de Terapia

Física (APTA) que incluye: **examen** (historia clínica, revisión por sistemas y pruebas y medidas), **evaluación, diagnóstico fisioterapéutico, pronóstico, intervención** (que incluyen los objetivos de tratamiento), y **revaluación de resultados** (Alejo de Paula & Heredia Gordo, 2011).

La examen, evaluación y diagnóstico fisioterapéutico tienen como finalidad determinar el estado actual de la funcionalidad y determinar el riesgo de deformidad.

El presente capítulo desarrollará solamente el manejo fisioterapéutico de las dos primeras fases, que tienen que ver con el periodo de hospitalización, definidas para la rehabilitación de la persona con quemaduras:

- Fase temprana o aguda
- Fase intermedia o de recuperación

Y se desarrollara cada fase con el modelo APTA.

### **Fase temprana o aguda**

La fase temprana o Aguda se presenta alrededor de las primeras 72 horas de la quemadura y la primera acción va orientada a realizar la examen donde se recoge información de la historia clínica, se realiza la revisión por sistemas, las pruebas y medidas de acuerdo a la condición del usuario y se realiza el diagnóstico fisioterapéutico. Lo ideal es realizar la intervención entre las 24 a 48 horas de hospitalización e idealmente después de la administración del analgésico.

**Examen:** Identifica y define los problemas del paciente y los recursos disponibles para determinar la intervención más apropiada.

- **Historia del paciente:** Información sobre los antecedentes y la condición actual del paciente, obtenida a través de la revisión de la historia clínica y la entrevista.

Se debe identificar la información más importante a recolectar y hacer las preguntas relevantes para la entrevista.

- Datos demográficos: Edad, género, raza, lenguaje primario, origen y procedencia, seguridad social y nivel de educación.
- Historia Social: comportamiento y creencias culturales, fuentes familiares y de cuidadores, interacciones sociales, actividades sociales y sistema de apoyo.
- Ocupación: al tratarse de adultos se indaga sobre actividad laboral.
- Crecimiento y Desarrollo: dominancia manual.
- Ambiente de Vida: Características del medio ambiente y comunitario (tipo de vivienda, servicios públicos). Uso de órtesis.
- Estado General de Salud: Percepción del adulto sobre el estado de salud. Función física de acuerdo con el desarrollo (movilidad y patrones de sueño), roles, función social (interacción social). Estado de salud del cuidador.
- Hábitos Sociales y de Salud: De acuerdo con la edad se puede tener riesgos de comportamiento en salud (fumar, consumo de drogas) y nivel de salud física.
- Historia Médico-Quirúrgica: Antecedentes patológicos, quirúrgicos, farmacológicos, traumáticos, alérgicos, familiares. Hospitalizaciones anteriores. Se tienen en cuenta todos los sistemas corporales.
- Condición actual y queja principal: Preocupaciones o necesidades que llevan al paciente a buscar los servicios de un fisioterapeuta.
- Intervenciones terapéuticas actuales. Mecanismos de lesión, incluyendo datos de cuándo se quemó, con qué se quemó, dónde se quemó y curso del evento.
- Estado funcional y nivel de actividad: el estado funcional anterior y actual en el autocuidado en las actividades de la vida diaria (AVD) y actividades básicas cotidianas (ABC).
- Medicamentos: Medicamentos para la condición actual o medicamentos tomados previamente.

- Otras evaluaciones clínicas: Pruebas diagnósticas y de laboratorio.

En la examinación se recoge la información mencionada anteriormente y haciendo énfasis en el sistema tegumentario se tendrá en cuenta la localización y profundidad de la quemadura, fundamentales para establecer la gravedad en cuanto a la secuela que presentará el usuario y se realizará una planimetría en relación a lo anterior.

**Revisión por Sistemas y Test y Medidas:** Se realiza un breve examen que permite comprobar con rapidez los sistemas cardiovasculares/pulmonar, musculo esquelético, neuromuscular, tegumentario y comunicación, afecto, cognición y determinar las áreas funcionales intactas y las disfuncionales. Se hará relación solo al sistema tegumentario: color, textura de la piel, presencia o formación de escara, presencia de cicatrices, hidratación e integridad tegumentaria.

En cuanto a las pruebas y medidas que se usan para obtener datos objetivos para determinar el grado de funcionalidad, a la fecha, no existen pruebas específicas para la población con quemaduras, sin embargo, se recomienda utilizar:

- En general la medición del grado de severidad resulta de una operación matemática que puede utilizarse para reconocer el alto riesgo vital y predecir el resultado de la lesión, además de indicar el escenario donde se debe atender a la persona.
- La Escala Visual Analógica (EVA) se usa en niños mayores de 9 años y permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.
- Edema Signo de Fóvea o de Godet Se examina por la compresión en la zona del edema, usualmente sobre el maléolo o la tibia se genera una huella del dedo que se llama signo de la fóvea. Se califica de + a +++ de acuerdo con la intensidad de la huella formada.

**Tabla 1.** Clasificación Del Edema En Grado Según Su Magnitud.

GRADO	
GRADO 1	Leve depresión sin distorsión visible del contorno y desaparición instantánea.
GRADO 2	Depresión de hasta de 4 mm y desaparición en 15 segundos.
GRADO 3	Depresión de hasta de 6 mm y recuperación de la forma en 1 minuto.
GRADO 4	Depresión profunda hasta de 1 cms con persistencia de 2 a 5 minutos.

Tomado de [https://player.slideplayer.es/85/13921822/slides/slide\\_7.jpg](https://player.slideplayer.es/85/13921822/slides/slide_7.jpg)

- **Evaluación:** Análisis y organización de los datos obtenidos en la valoración. Los factores a tener en cuenta: Expectativas funcionales del paciente, nivel de deficiencias, redes de apoyo y ambiente en el que vive o vivirá.
- **Diagnóstico fisioterapéutico:** Es un rótulo que agrupa un cúmulo de signos y síntomas. Incluye la integración y evaluación de los datos de la examinación e indica la disfunción primaria hacia la cual el terapeuta deberá intervenir directamente.

El diagnóstico fisioterapéutico en pacientes con compromiso del tejido tegumentario el lineamiento está dado por La Guide to Physical Therapist Practice (Association, 2001) de la Asociación Americana de Fisioterapia (APTA) (Association, 2001) que describe alteraciones del tegumento en relación con la profundidad de las lesiones hísticas.

- Las quemaduras superficiales, o de primer grado o epidérmicas en la APTA guardan relación con el **Patrón 7B** alteración de la integridad tegumentaria asociada con afectación superficial de la piel.
- La quemadura de espesor parcial superficial y profundo, segundo grado superficial o profundo en la APTA corresponden con el **Patrón 7C** alteración de la integridad tegumentaria asociada con afectación parcial de la piel y formación de cicatrices (Association, 2001).
- La quemadura que afecta el espesor total de la piel o de tercer grado en la APTA corresponden con el **Patrón 7D** alteración de

la integridad tegumentaria asociada con afectación de toda la dermis y formación de cicatrices.

- Las quemaduras subdérmicas que comprometen fascia, músculo o hueso, generalmente causadas por quemaduras eléctricas, en la APTA corresponden con el **Patrón 7E** alteración de la integridad tegumentaria asociada con afectación de la piel, la fascia, el músculo y el hueso, y formación de cicatrices (Alejo de Paula & Heredia Gordo, 2011; Association, 2001).

## Intervención Fisioterapéutica

Los objetivos y resultados de la fisioterapia se tienen que individualizar y dependerán del pronóstico y estado médico actual del paciente. Los siguientes son los objetivos generales de la guía de práctica de fisioterapia (Association, 2001) que aplican a la fase de hospitalización donde se propone:

1. Reducir el riesgo de infección y complicaciones
2. Reducir el riesgo de alteraciones secundarias
3. Alcanzar el máximo rango de movimiento.
4. Alcanzar un nivel de fuerza bueno a normal.
5. Conseguir una deambulación independiente.
6. Aumentar la independencia funcional en las AVD.
7. Aumentar el conocimiento de pacientes, familiares y cuidadores sobre los objetivos y resultados esperados.
8. Reducir al mínimo la formación de cicatrices.

De los siguientes objetivos se desarrollarán en el presente capítulo los que se logran o se inician durante la hospitalización.

## **Objetivo 1. Reducir el riesgo de infección y complicaciones**

Las infecciones junto con las insuficiencias multiorgánicas son una causa inmediata de mortalidad por quemaduras. El fisioterapeuta debe cumplir con todos los protocolos en la atención para evitar la infección o el cruce de infecciones en el usuario.

La complicación más frecuente que debe ser abordada por el fisioterapeuta es la complicación pulmonar producida por la presencia de lesión de la vía respiratoria y las complicaciones asociadas como el envenenamiento por monóxido de carbono, lesiones traqueales, obstrucción de las vías respiratorias superiores, edema pulmonar y neumonía.

No es objetivo del capítulo el desarrollo de la intervención respiratoria. Sin embargo, es importante identificar la localización de la quemadura, cuando es en tórax y abdomen restringen la movilidad costal, la localización en cara lleva a sospecha de quemadura de vía aérea y se debe conocer los antecedentes cardiopulmonares previos a la quemadura.

## **Objetivo 2. Reducir el riesgo de alteraciones secundarias**

Tienen que ver con:

- Disminuir el edema
- Prevención de deformidades

**Disminuir el edema:** En la evaluación inicial debe observarse si existe edema en manos, pies o cara. El grado del edema depende de la magnitud del traumatismo, del tiempo transcurrido desde que se produjo la quemadura y del volumen de líquidos administrados desde la reanimación. Quemaduras mayores al 20%SCT presentan edema de tejidos no comprometidos (Cope & Moore, 1947).

Este edema se debe a un secuestro de líquido en el espacio intersticial, el cual es muy rápido en los primeros minutos y continúa durante las primeras 24 horas.

El edema alrededor de las articulaciones puede limitar en gran medida la amplitud del movimiento, sobre todo en las extremidades. En algunos casos, el edema puede ser la única razón para que una articulación no pueda desarrollar completamente los movimientos normales.

Se realizan ejercicios de bombeo muscular en posición de elevación de la extremidad por encima de 45 grados de la línea del corazón para disminuir el edema en las primeras 72 horas post quemadura.

**Prevención de deformidades:** Una de las formas de prevenir las deformidades es iniciar con la terapia posicional y las órtesis lo más temprano posible. La terapia posicional es: adoptar una posición anti deformante y las órtesis mantienen la posición.

Estas posiciones ayudan a reducir edema, prevenir contracturas y deformidades y como consecuencia preservan la funcionalidad.

Los pacientes deben ser reposicionados frecuentemente (más o menos cada 2 horas) para prevenir zonas de presión.

El programa de adoptar posiciones funcionales se establece el día de ingreso a la hospitalización. Las necesidades de tratamiento posicional son distintas para cada paciente y las posibilidades terapéuticas en este sentido no están limitadas, más que por la imaginación y la creatividad del fisioterapeuta y del terapeuta ocupacional. La regla básica para el tratamiento posicional de las zonas quemadas es colocar y mantener la parte afectada en el plano y dirección opuestos a aquellos hacia los que podría dirigirse la retracción.

A continuación, se anexa una guía de posiciones para el paciente con quemaduras profundas (Salmerón-gonzález et al., 2017) y son las ampliamente aceptadas para zonas corporales quemadas. La posición inicial es indicada por el equipo de rehabilitación, aunque es complementada mediante la confección de órtesis por el terapeuta ocupacional cuando sea necesario.



**Tabla 2.** Posiciones de manejo para zonas corporales quemadas.

	<b>CABEZA</b>	<b>OÍDO</b>	<b>CUELLO</b>	<b>HOMBRO</b>	
<b>DEFORMIDAD</b>			Deformidad en flexión	Deformidad en aducción y rotación interna.	
<b>POSICIÓN</b>	La cabeza debe mantenerse arriba del nivel del corazón con el propósito de reducir edema.	El cartilago del oído puede evitar la fricción con un protector especial.	<p>El cuello deberá mantenerse en la posición media con una ligera extensión de aproximadamente 10°. Cuando el niño es menor de 2 años no es recomendable la posición anterior.</p> <p>La recomendada posición se logra con un rollo por debajo del cuello a lo largo de la línea escapular.</p> <p>Deberán evitarse las almohadas en la cabeza ya que puede promover una deformidad en flexión del cuello.</p>	<p>Deberá estar posicionado en 90° de abducción y en rotación externa.</p> <p>La posición recomendada ayuda a prevenir excesiva tensión del plexo braquial.</p>	
	<b>CODO / ANTEBRAZO</b>	<b>MUÑECA, MANO Y DEDOS</b>	<b>CADERA</b>	<b>RODILLA</b>	<b>PIE</b>
<b>DEFORMIDAD</b>	Deformidad en flexión y pronación	Deformidad: Muñeca en flexión, metacarpo falángicas en hiperextensión, Inter falángicas en Flexión, Pulgar en aducción y extensión.	Deformidad en flexión y aducción.	Deformidad en flexión	Deformidad en planti flexión

	<b>CODO / ANTEBRAZO</b>	<b>MUÑECA, MANO Y DEDOS</b>	<b>CADERA</b>	<b>RODILLA</b>	<b>PIE</b>
<b>POSICIÓN</b>	<p>El codo deberá estar posicionado en extensión total.</p> <p>El antebrazo deberá estar en posición supina.</p>	<p>La muñeca deberá estar posicionada hasta 30° de extensión.</p> <p>Las articulaciones metacarpo falángicas (MCF) deberán estar posicionadas a la flexión máxima y las articulaciones interfalángicas deberán estar posicionadas en extensión.</p> <p>Esta posición mantiene los ligamentos colaterales en la MCF en estimamiento máximo mientras las articulaciones están extendidas.</p> <p>El dedo pulgar deberá estar posicionado en una combinación de abducción y ligera oposición.</p>	<p>La cadera deberá estar posicionada totalmente en neutro de flexo extensión y de rotaciones y abducción de 15° .</p>	<p>La Rodilla deberá estar posicionada en extensión.</p>	<p>El pie deberá estar posicionado en la posición neutral (90° en relación con la pierna).</p>

Fuente: Piña (n.d.).

La terapia posicional se inicia el día del ingreso. El mejor modo de impedir contracturas consiste en empezar pronto el proceso de estiramiento manteniendo el tejido distendido, de modo que la piel, los músculos, las articulaciones y los demás tejidos blandos no se contraigan. Cuando la posición no basta por sí sola para mantener la amplitud completa de los movimientos de una articulación, se ponen órtesis. En la mayoría de los pacientes con quemaduras, las órtesis son necesarias tarde o temprano por las siguientes razones (Salmerón-González et al., 2017):

1. La falta de cooperación del paciente, cuando no colabora con la posición funcional.
2. La inmovilización requerida por los injertos cutáneos.
3. Letargo del paciente y falta de agudeza mental.
4. La retracción de la cicatriz a pesar del ejercicio enérgico y del cumplimiento estricto de un programa de terapia posicional.
5. Quemaduras de segundo grado profundo o tercer grado.

No es posible excederse en subrayar la importancia de que todos los miembros del equipo de quemados comprendan los programas de tratamiento posicional y de órtesis. Es fundamental que varios miembros del equipo tengan un conocimiento detallado y operativo del programa de un determinado paciente, pero es básicamente responsabilidad del equipo de rehabilitación monitorizar las posiciones y debe dar instrucción a:

### **1. Paciente:**

Se debe explicar con detalle al paciente el fundamento del programa y asegurarse de qué es lo que este ha entendido. Esta comunicación debe ser un proceso progresivo y debe asumirse con una responsabilidad constante por parte del equipo de rehabilitación.

### **2. Enfermeras:**

El equipo de rehabilitación confía en las enfermeras para llevar a cabo el programa de terapia posicional, en especial a las horas del día en que no se dispone de rehabilitación. La explicación oral y por escrito que detallan el programa facilitan la comunicación óptima.

### **3. Equipo Médico:**

La comunicación con el personal médico es de suma importancia para garantizar la eficacia máxima del programa y se coordina con ellos los procedimientos de confección en el quirófano o cuando se debe colocar la órtesis bajo el efecto de sedación.

#### **4. La Familia:**

La familia puede ser una fuente de aliento muy importante para el paciente sometido a un programa de terapia posicional y con órtesis. Sin embargo, también puede entorpecer estos esfuerzos. Para lograr su cooperación, el terapeuta debe explicarles con frecuencia la importancia del programa y cuando se realizan cambios se les debe informar. Los miembros de la familia deben comprender las razones por las que el paciente lleva órtesis y las consecuencias que tendría no llevarlas. Han de entender también que es vital su ayuda para conseguir que el paciente colabore con el equipo.

Cuando se maneja la terapia posicional o las órtesis es muy importante verificar que no existan zonas de presión que lleven a una escara o presión sobre un nervio, motivo por el cual es muy importante verificar la tolerancia con el paciente y revisar la piel.

En ocasiones se coloca órtesis para proteger tendones expuestos y en estos casos la órtesis no se retira para los ejercicios (Salmerón-gonzález et al., 2017).

Con mucha frecuencia se utilizan órtesis estáticas, pero en áreas como la mano de acuerdo con el paciente se recomiendan órtesis dinámicas.

#### **Fase intermedia o de recuperación**

Es la etapa que sigue de las 72 horas hasta el momento en que el paciente es dado de alta de la hospitalización, con cierre de la mayoría de las heridas. Durante dicha fase se encontrarán áreas de quemaduras superficiales que han cicatrizado, áreas post injerto o áreas que se encuentran cruentas y cubiertas por vendajes.

Para la intervención fisioterapéutica es importante saber qué procedimientos médicos y de enfermería se han realizado y no se han explicitado en el capítulo como: escarectomías, escarotomías o injertos, identificar zonas de riesgo como tendones expuestos, masa muscular expuesta o grandes vasos expuestos (Chouza-Insua et al., 2004).

Durante esta fase el Fisioterapeuta termina con procesos de evaluación, (pruebas y medidas), reevalúa los objetivos, plantea el pronóstico, planea nuevos objetivos y la intervención y reevaluación de resultados.

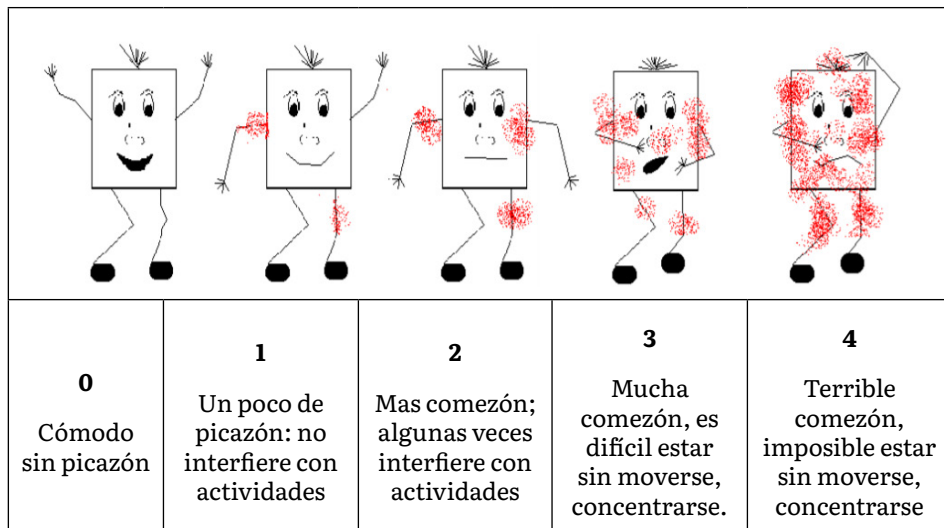
En los **Test y Medidas** se realiza:

- Goniometría para la medición de los arcos de movilidad articular y detectar potenciales zonas de riesgo o disminución de la movilidad articular.
- Escala de MRC o Daniels (0 a 5) dependiendo de la condición del paciente y del agente causal.
- Escala de independencia funcional la FIM (Medida de Independencia Funcional) que permite evaluar las capacidades para realizar las actividades de la vida diaria necesarias para la independencia.

A medida que el paciente es injertado o epiteliza se realiza evaluación específica de cobertura cutánea y secuelas de cicatrízales tales como la Escala de Vancouver y el POSAS y el Test de la Vitropresión.

- Evaluación específica de cobertura cutánea y secuelas de cicatrízales, tales como la Escala de Vancouver y el POSA. Si bien no existe consenso en escalas de medición, hay acuerdo en los aspectos a evaluar en cicatrices, injertos o colgajos: evaluación de altura, pigmentación, vascularización, consistencia, sensibilidad, prurito, dolor, plegabilidad, adherencia, contracción de injertos, retracciones y clasificación morfológica de secuelas cicatriciales.
- Tiempo de llenado capilar Test de la vitropresión que consiste en presionar la cicatriz por dos segundos con el pulpejo del dedo del examinador, soltar y contabilizar cuantos segundos demora en recuperar el eritema (coloración inicial).
- Escala del “Hombre con picazón” (Itch man Scale) se basa en dibujos que muestran la comezón del paciente.

**Figura 1.** Escala del «Hombre con picazón».



Tomado de Seguro Social Costarricense/Hospital Nacional de niños  
«Dr. Carlos Sáenz Herrera», 2012.

**Evaluación:** Con los resultados de los nuevos test y medidas se analizan y se plantan los objetivos de intervención y el pronóstico.

**El plan de atención** debe incluir: Objetivos y resultados esperados, intervenciones específicas, duración y frecuencia de la intervención, criterios de egreso. Los objetivos se refieren a la reducción de las deficiencias.

Los resultados (objetivos funcionales) se refiere a la reducción de limitaciones funcionales del paciente. Corto plazo es de 2 a 3 semanas y largo plazo más de 3 semanas.

En esta etapa se incluyen objetivos relacionados con los resultados de los test y medidas y van relacionados con alcanzar el máximo rango de movimiento, alcanzar un nivel de fuerza bueno a normal, conseguir una deambulación independiente, aumentar la independencia funcional en las AVD, aumentar el conocimiento de pacientes, familiares y cuidadores sobre los objetivos y resultados esperados y reducir al mínimo la formación de cicatrices.

Se desarrolla cada uno de los objetivos a lograr en la fase intermedia o de recuperación:

### **Objetivo 3. Alcanzar el máximo rango de movimiento**

Los ejercicios generalmente comienzan en esta etapa a no ser que el paciente supere la fase aguda de forma más rápida. Las sesiones se continúan dos o tres veces al día; la frecuencia se determina considerando diversos aspectos importantes: edad, estado físico, enfermedades y traumatismos previos, porcentaje y profundidad de la quemadura y estado mental. Por ejemplo, el usuario con quemaduras de segundo y tercer grado no suele poder tolerar una sesión larga de tratamiento. Por tanto, las sesiones deben ser cortas y espaciadas a lo largo del día. Al planear un programa de ejercicios, el fisioterapeuta debe considerar el estado médico y físico global del usuario, las zonas más afectadas por la quemadura y las partes indemnes. Un buen programa enérgico de ejercicios rápidos contra resistencia para las extremidades y articulaciones indemnes deja más tiempo para concentrarse en las zonas que presentan problemas.

Los ejercicios tienen como objetivo mantener y recuperar el rango de movilidad articular (ROM) de las articulaciones comprometidas (incluyendo la articulación temporomandibular y de columna), mantener o mejorar la fuerza muscular que se ve afectada por: intubación prolongada, sedación, los efectos del dolor, reposo prolongado en cama, desacondicionamiento y como respuesta al hipermetabolismo que se da en las quemaduras. El alto metabolismo y pobre ingesta oral exacerba el desgaste muscular si no hay un estímulo físico.

### **Tipos de ejercicios:**

**Ejercicios pasivos:** En la mayoría de los casos, el ejercicio pasivo es el tipo de actividad menos deseable, pero en la mayoría de los casos se inician con él por la poca colaboración del usuario. Su único beneficio es mantener la amplitud de los movimientos. A veces es el único tipo posible de ejercicio si el usuario está comatoso o no colabora. El

ejercicio pasivo brinda la oportunidad de evaluar el movimiento articular (ROM) y determinar la capacidad del usuario de conseguir una amplitud de movimientos articular activo de igual magnitud que el pasivo.

**Ejercicio activo asistido:** Este tipo de ejercicio se emplea cuando el usuario inicia el movimiento, pero no consigue completarlo en toda su amplitud y necesita la ayuda del fisioterapeuta para cubrir los últimos grados del movimiento. Estos ejercicios pueden resultar beneficiosos para los usuarios que experimentan reducción de su fuerza (Castellanos Ruíz & Pinzón Bernal, 2012). Sin embargo, hay que hacer hincapié en que el objetivo es conseguir la amplitud total del movimiento activamente y venciendo resistencias.

**Ejercicio activo:** Los ejercicios activos son realizados por el adulto sin asistencia del terapeuta durante todo el rango de movilidad articular. Debe alentarse a ser capaz de efectuar los movimientos en toda su amplitud por sí solo.

Se realizan con la pelota, con un bastón o palo terapia, con poleas o peloticas cuando se trata de los dedos. El día en que se reinician los ejercicios después de haber practicado injertos se inicia con este tipo de ejercicio.

Cuando las quemaduras son en cara es muy importante este tipo de ejercicios para la mímica facial y para manejar el edema.

**Ejercicio de estiramiento:** Si se observa reducción de la amplitud de movimientos que no se puede corregir con otro tipo de ejercicio, hay que recurrir a los ejercicios de estiramiento combinados con otras técnicas y con terapia posicional y mediante órtesis. La mejor técnica de estiramiento consiste en la aplicación lenta de una fuerza duradera. Es posible que las técnicas de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva- PNF (contracción – relación) aumenten la amplitud de la extensión. Una vez que se haya logrado la máxima extensión activa posible, se realiza una extensión pasiva y se ejerce una presión suave sobre el antebrazo durante 20 segundos. Esto se repite 10 veces. Al final de la sesión se puede colocar una órtesis para mantener la movilidad incrementada. Esta técnica se debe coordinar con el



terapeuta ocupacional para combinar estiramiento y adecuación de la órtesis hasta lograr la amplitud total del movimiento.

El estiramiento debe practicarse con la colaboración del usuario, si este pone resistencia al movimiento, se le indica que relaje la articulación. El terapeuta no debe ejercer presión hasta haber conseguido la relajación, pues podría lesionarse la articulación a causa de la fuerza persistente y aparecer después lesiones de los tejidos blandos. Es difícil determinar la magnitud de la presión que debe ejercerse en el estiramiento de una articulación. El empaldecimiento del tejido cicatrizal y la respuesta del usuario al dolor durante el ejercicio pueden ser los dos parámetros de mayor utilidad.

**Facilitación neuromuscular propioceptiva-PNF:** Las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva son útiles en el tratamiento de las personas que sufren quemaduras. Algunos usuarios las encuentran menos dolorosas y se utilizan de acuerdo con la edad por la comprensión de las órdenes verbales. El patrón “contracción-relajación” es una técnica útil que reduce el dolor al estiramiento y funciona bien en la mayoría de los usuarios.

Cuando la unión dermoepidérmica no está anclada y hay fragilidad en la piel de la cicatriz se debe tener precaución con cualquiera de las técnicas anteriores debido a que la nueva piel no tolera la tensión impuesta por las fuerzas manuales que deben emplearse para sostener y manipular la articulación produciendo rupturas cutáneas y ampollas. Es importante tener todas las precauciones realizando contactos en zonas menos comprometidas y explicarle al usuario los efectos adversos para que no pierda la confianza en el terapeuta (Jiménez et al., 2001).

## **Ejercicios durante el periodo posinjertos**

Después de realizado el injerto se debe interrumpir todo ejercicio o actividad que pueda mover o desplazar el área receptora. La conducta en el medio en relación con los injertos es que se suspenden los ejercicios hasta el quinto día posinjerto (Celis et al., 2003). A partir del 6 día se realizan ejercicios activos hasta el noveno día. A los diez días la movilidad se puede realizar de manera completa.

Las áreas no injertadas se pueden seguir moviendo a no ser que el usuario no colabore con la inmovilización del área injertada durante la terapia.

Cuando el área donante del injerto es el muslo, el patrón de marcha cambia mucho y el programa de ejercicios para esa extremidad se interrumpe durante 24-48 horas. Al tercer día postquirúrgico se inicia el ejercicio y hay que lograr la movilidad y el patrón de marcha. Se debe impedir el desplazamiento del apósito de la zona donante. (Sood et al., 2009).

## **Planificación y terapia posicional después del injerto cutáneo**

La planificación preoperatoria es esencial para conservar durante el postoperatorio la amplitud de movimientos logrado durante el tratamiento de rehabilitación. Estos problemas pueden evitarse mediante la planificación preoperatoria con el personal médico, de modo que se disponga en el postoperatorio de las órtesis y dispositivos necesarios (Sood et al., 2009).

El personal de enfermería es el encargado de llevar al usuario con la órtesis para el procedimiento quirúrgico, y si se requiere de la confección en el quirófano, el terapeuta ocupacional debe saberlo con la anticipación suficiente.

Cuando el usuario vuelve del quirófano a la habitación, el terapeuta comprueba la posición de las articulaciones lesionadas y efectúa los ajustes necesarios. Las extremidades con injertos deben inspeccionarse a diario para garantizar que su posición sea correcta.

## **Cuidados durante la realización de ejercicios**

Durante la realización de los ejercicios se deben tener dos precauciones especiales:

**Tendones expuestos:** Los tendones son poco vascularizados y al estar expuestos tienen mayor predisposición a infectarse y necrosarse.

Un ejercicio pasivo o un estiramiento del tendón fácilmente pueden seccionarlo. Es conveniente cuando hay una quemadura de 2° grado profundo, o 3er grado, estar seguro de que no hay tendones expuestos antes de realizar un ejercicio.

Si estos están expuestos es importante usar una órtesis en posición funcional para evitar deformidades.

**Articulaciones expuestas:** No deben practicarse ejercicios con las articulaciones al descubierto. Hay que mantenerlas en posición funcional con órtesis.

#### **Objetivo 4. Alcanzar un nivel de fuerza bueno a normal**

**Ejercicios contra resistencias:** Varios estudios han establecido que las quemaduras producen un estado de catabolismo que es superior a cualquier otra condición, ya sea de ayuno o de estrés quirúrgico. Los trabajos realizados han demostrado que la tasa metabólica del usuario quemado es dos o más veces mayor que la de una persona normal, lo que explica la pérdida de la masa muscular tan severa en los días después de la quemadura. Adicional, el dolor, la falta de movimiento activo, la posturación en cama, sesiones seriadas de injertos dan lugar a reducción de la fuerza y la masa muscular lo que dificulta mucho los ejercicios contra resistencias (Castellanos Ruíz & Pinzón Bernal, 2012; Ferrada, 2016).

El ejercicio contra resistencia se realiza una vez el ejercicio activo es realizado de manera adecuada y sin dolor con el fin de aumentar la fuerza y de mantener la amplitud de los movimientos. Estos ejercicios son los más convenientes para los usuarios con quemaduras.

Sus objetivos son tres:

- a. Mantener la amplitud de los movimientos.
- b. Aumentar y conservar la fuerza.
- c. Mantener una buena sensibilidad propioceptiva y coordinación.

Estos ejercicios deben recomendarse aun cuando la resistencia sea mínima. Durante toda su hospitalización, la mayoría de los usuarios

son capaces de continuar con los ejercicios contra resistencias con sus extremidades ilesas o donantes de injertos.

Es importante realizar ejercicios resistidos, progresivos, al músculo antagonista al que está causando la retracción.

Cuando el usuario inicie los ejercicios de fortalecimiento o con resistencia, el fisioterapeuta debe monitorizar los signos vitales y examinar la respuesta cardiovascular y respiratoria a través del pulso, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria antes, durante y después del ejercicio.

### **Ejercicios de coordinación**

Entre mayor sea el tiempo de permanencia en cama por estado clínico o poca adherencia al tratamiento o por inmovilización en órtesis de uso permanente, mayor será la pérdida de fuerza muscular y mayor la incoordinación.

A medida que se realizan ejercicios resistidos progresivos e isométricos, la fuerza muscular se va recuperando, pero se necesita incluir ejercicios de coordinación de Frenkel y técnicas de PNF que mejoran la contracción.

### **Objetivo 5. Conseguir una deambulación independiente**

La deambulación se inicia lo antes posible después del ingreso, cuando el usuario esté hemodinámicamente estable tras haberse solucionado la fase de shock por quemadura (72 horas después del accidente). Entre más temprano se levante el usuario se previene la intolerancia ortostática o dolor de las extremidades inferiores. Cuando esto se presenta se debe realizar ejercicios de bombeo muscular e ir incrementando el tiempo de la posición de bipedestación.

Cuando se va a levantar un usuario con quemaduras en miembros inferiores es conveniente colocar un vendaje elástico empezando por los dedos de los pies y siguiendo en dirección ascendente hasta la ingle y favorecer el retorno venoso (Jiménez et al., 2001).

Si el usuario experimenta ansiedad frente a la deambulaci3n por primera vez, puede resultar tranquilizador saber que dispondr3 de la ayuda que necesite como el caminador, el apoyo del fisioterapeuta o del familiar.

Una vez iniciada la deambulaci3n se continúa en cada sesi3n de fisioterapia y se incrementa la duraci3n y distancia. Con el progreso lento pero seguro aumenta la resistencia y la fuerza.

En usuarios con infecci3n extensa de las extremidades, compromiso de la planta del pie o sangrado que tiñe las compresas y vendajes es mejor postergar el apoyo de la extremidad o retardar la marcha.

### **Anormalidades específicas de la marcha**

Cuando un usuario ha permanecido mucho tiempo en cama en una posici3n semisentado, al ponerlo en la posici3n bípida se observa con frecuencia:

#### **1. Retracci3n del Tend3n de Aquiles**

Con este tipo de retracciones el usuario caminar3 sobre los dedos de los pies y a menudo con flexi3n de las rodillas y de caderas. El mejor ejercicio de estiramiento de estas contracturas es la deambulaci3n. No obstante, cuando el usuario no pueda caminar, cabe la posibilidad de recurrir al estiramiento manual pasivo o t3cnicas de facilitaci3n neuromuscular propioceptiva por parte del fisioterapeuta para efectuar la dorsiflexi3n del pie (Zapata-sirvent, 2015).

#### **2. Retracci3n de flexores de cadera y rodilla**

En quemaduras de las extremidades inferiores, la pelvis, las nalgas, la parte baja del abdomen y zonas de la espalda, a menudo caminan con las rodillas y las caderas flexionadas. Esta postura se denomina afectuosamente “posici3n de bailarina”.

#### **3. Anteversi3n de los hombros**

Quemaduras anterosuperiores del t3rax y quemaduras periclaviculares adoptan una postura con anteversi3n de los hombros, un tipo de retracci3n muy dif3cil de prevenir. El tratamiento de

elección con el usuario en decúbito supino o sentado consiste en colocar una toalla enrollada, un rollo o balón pequeño a lo largo de la columna vertebral, con lo que se permite que los hombros se dirijan hacia atrás. Se debe realizar ejercicios de fortalecimiento de músculos de la escápula y estirar los pectorales, el vendaje en ocho ayuda a mantener una posición adecuada de los hombros y tórax.

Todas las posturas anteriores se evitan con la postura adecuada en cama, estiramiento pasivo de los músculos que originan la alteración y el fortalecimiento de los músculos antagonistas (Laguado et al., 2007).

### **Objetivo 6. Aumentar la independencia funcional en las AVD**

Una vez realizada la FIM se le alienta al usuario a que reinicie y continúe las actividades cotidianas poco después del accidente. Tales actividades deben potenciar el respeto de sí mismo, incorporar ejercicios adicionales, hacer que el usuario se sienta independiente y facilitar la rehabilitación. Al comienzo no hay que abrumar al usuario con un gran número de actividades. De acuerdo con los resultados de la FIM el fisioterapeuta en conjunto con terapia ocupacional coordinará actividades para lograr la independencia de acuerdo a la tolerancia del usuario, (Lahoz & Marco, 2019). Beber y comer por sí solo son en general las primeras habilidades que es preciso dominar. Después el usuario asume la responsabilidad de su higiene personal y de vestirse. Con el progreso lento de estas actividades, el usuario no debería sentirse rebasado o frustrado por ellas, y el fisioterapeuta y demás miembros del equipo pueden asistirlo y cuidarlo con discreción.

### **Objetivo 7. Aumentar el conocimiento de usuarios, familiares y cuidadores sobre los objetivos y resultados esperados**

Este objetivo es fundamental debido a que el proceso no termina en el momento que la quemadura cicatriza sino en el que la cicatriz termina el proceso de maduración.

Es muy importante desde el periodo de hospitalización educar al usuario y la familia sobre el proceso que está viviendo y la razón de realizar cada procedimiento, esto ayuda a manejar la conducta de ambos (familia y usuario) y a entender el proceso de recuperación y facilitar el proceso de rehabilitación. Al ser el proceso de rehabilitación largo es importante empoderar a la familia y al usuario con cada una de las metas planteadas.

La información debe presentarse en un lenguaje que sea entendible de acuerdo con el nivel intelectual del usuario y la familia.

### **Objetivo 8. Reducir al mínimo la formación de cicatrices**

De acuerdo con la profundidad de la quemadura en la presente etapa se encuentran áreas epitelizadas donde se realiza los test mencionados anteriormente y se plantea el objetivo mejorar el proceso de maduración de la cicatriz con procedimientos terapéuticos que cumplen con evidencia aceptable para recomendar su uso en la práctica clínica y que tienen relación directa con el profesional de fisioterapia y terapia ocupacional.

Inicialmente se explica lo que es un proceso de cicatrización normal y anormal para tener claridad en lo que se va presentando en el usuario durante el tiempo de maduración de la cicatriz que serán los 18 meses siguientes al cierre de la herida, y posteriormente se mencionan algunas técnicas utilizadas en esta etapa.

#### **Proceso de cicatrización normal**

La cicatrización es un término connotado dentro del proceso de reparación; es la sustitución de células muertas o lesionadas por células sanas, no necesariamente de la misma naturaleza. La cicatrización cuenta con las fases de epitelización, granulación, síntesis, contracción y remodelación. (Herranz & Heredero, n.d.; Trillos & Arria, 1989).

La epitelización se inicia aproximadamente a las 4 - 6 horas después de la lesión (cierre primario) y se completa a las 24 - 48 horas. La reproducción del tejido de granulación se inicia a las 24 - 36

horas, está compuesta fundamentalmente de vasos sanguíneos y fibroblastos. Estos últimos son los responsables de la síntesis del colágeno y la sustancia fundamental. Hacia el 5º día el espacio de la lesión es ocupado por tejido laxo, rico en sustancia fundamental, y hacia la segunda semana hay acumulación continua de fibroblastos y colágeno. La sustancia fundamental sirve para llevar a cabo la polimerización del colágeno, aumentar su fuerza tensil y hacerla más resistente a la acción de la colagenasa.

La contracción es un proceso biológico importante para el cierre de las heridas en las que hay pérdida de tejido. Se lleva a cabo principalmente por debajo de los bordes de la herida, en un área especial llamado “Frame área”, donde se encuentran fibroblastos con características de músculo liso, llamados miofibroblastos. Este proceso es independiente de las síntesis de colágeno y causa como resultado final la deformación del área; se llama a esto contractura. Factores como la pérdida de sustancia, situación y forma de la herida influirán en la contracción de la misma.

En las cicatrices hay síntesis de colágeno, aproximadamente, a una velocidad dos veces mayor que en los tejidos anormales, en donde el proceso de degradación del mismo se conoce como remodelación. Una cicatrización normal implica un equilibrio entre síntesis, depósito y degradación del colágeno, el cual se alcanza entre la 3 – 4 semanas después de la lesión, encontrándose la cicatriz hiperémica y con bordes levantados. Luego de tres a cuatro meses, la hiperémica será plana y poco amplia (Andrades et al., 2006; Trillos & Arria, 1989).

### **Cicatriz anormal**

La cicatriz anormal se divide en hipertrófica y queloide, que son variaciones del proceso de cicatrización normal. En la formación de la cicatriz anormal se produce un desequilibrio entre las fases anabólica y catabólica del colágeno, ocasionando un aumento continuo en la producción del mismo, superior a la cantidad que se degrada, haciendo que la herida se expanda en todas direcciones, se eleve sobre la piel, y se vuelva más ancha y profunda que lo normal. Las cicatrices hipertróficas que se presentan con más frecuencia son anchas, eritematosas y elevadas (Andrades et al., 2006). Los queloides



también son cicatrices anchas, profundas y elevadas, producen elevaciones de colágeno en forma de pseudotumor, en donde la principal característica es la presencia de proyecciones en garra, las cuales no se presentan en la cicatriz hipertrófica. La diferencia entre las dos cicatrices anormales es bioquímica, ya que en la cicatriz hipertrófica la actividad colagenolítica es normal, con aumento de la síntesis del colágeno, mientras que en el queloide ambos procesos están acelerados, con una mayor producción absoluta del colágeno por mayor producción que degradación.

La etiología de la cicatriz queloides es poco conocida, predomina en la raza negra y orientales y tiene áreas de predilección como orejas, cara y tórax. No así la de la hipertrófica, a la cual se le atribuyen diferentes factores etiológicos: Infección, tiempo de cicatrización, localización, tipo de tratamiento y técnica quirúrgica (Andrades et al., 2006; Ferrada, 2016; Trillos & Arria, 1989).

### **Presión**

Uno de los avances más importantes en el tratamiento de las cicatrices hipertróficas y de los queloides es el uso de la presión. Los primeros en utilizarla fueron: Fijimori, Hiramoto y Ofufi en 1967 (Quintero-Larróvere & Soto-Montenegro, 2017; Trillos & Arria, 1989).

Posteriormente en los años 70 el grupo del Dr. Hugo Linares y el Dr. Duane L. Larson del Instituto de Quemados Shriners en Galveston, Texas usan dentro del protocolo terapéutico los procedimientos de posición y prevención desde el momento que el usuario ingresa. Dentro de la prevención está el uso de la colocación de vendas elásticas en los miembros inferiores en los usuarios quemados sobre el tejido de granulación el cual mantiene las fibras de colágeno orientadas en posición paralela a la superficie cutánea que es la meta propuesta para controlar la curación hipertrófica (Bendlin et al., 1993).

Se ha demostrado que la presión aplicada sobre la cicatriz hipertrófica (cuyas fibras de colágeno se encuentran aglutinadas) reorganiza las fibras paralelamente a la superficie de la piel y las transforma en una trama entrenzada de filamentos aislados. Estos cambios se pueden ver al microscopio electrónico hacia los 3 – 4 meses de tratamiento.

Además, se han observado cambios en la concentración de mucopolisacáridos, disminuyendo el condroitín sulfato y aumentando el ácido hialurónico, hasta valores normales en la piel (Quintero-Larróvere & Soto-Montenegro, 2017).

La teoría más aceptada para dar explicación a estos cambios histológicos es que al aplicar presión sobre una zona determinada se produce hipoxia (que se manifiesta inmediatamente como un cambio de coloración o mancha blanca, por disminución de la irrigación), la cual causa deformación de los fibroblastos, y como consecuencia, disminuye la síntesis de colágeno.

La presión ejercida en la zona a tratar debe ser mayor de 24 mmHg para exceder a la presión capilar y así frenar la formación de nuevos capilares, disminuyendo la hiperemia y produciendo hipoxia en la zona (Zapata Sirvent et al., n.d). La presión debe ser usada un número importante de horas al día para ver su efecto beneficioso sobre la herida; algunos se atreven a indicar su uso las 24 horas del día. Uno de los problemas solucionables es que se debe apretar y adaptar nuevamente a la zona cada 15 días para mantener la presión adecuada sobre las heridas injertadas o epitelizadas. Es así como a partir de los años 70 se convierte en un método estándar para el tratamiento de la cicatrización hipertrófica y los queloides en el usuario quemado. De acuerdo al tiempo que dura la fase intermedia o de recuperación hay usuarios que salen usando medios de presión en algunas zonas.

### **Presión con Coban**

La aplicación del vendaje Coban es otra forma de ejercer presión desde la etapa de hospitalización a medida que las áreas comprometidas van epitelizando y el usuario termina su proceso de cicatrización para confeccionar las lycras definitivas. El usuario debe llevar el vendaje compresivo durante las 24 horas del día y la finalidad es realizar una compresión continua sin restringir la movilidad ni afecta la ejecución de los ejercicios (Esteban-Vico et al., 2016).

Es muy importante instruir al usuario en la colocación para cuando requiera el cambio.

El procedimiento puede presentar complicaciones como: La presencia de arrugas pueden producir lesiones dérmicas, excesiva tensión al colocar el vendaje puede comprometer la circulación que se manifestará con aumento del dolor, hormigueo o cambio de coloración de la extremidad, En algunos casos puede presentarse escozor por rechazo al material o aflojamiento del vendaje.

### **Prendas elásticas o de presión o lycras**

En 1960 los ingenieros del instituto Jobs desarrollaron un tejido especial bordando Dacrón Expandex que permitía la aplicación de presión en forma sostenida y uniforme. Este tejido era único porque permitía el paso libre del aire y no era oclusivo. Su textura elástica estaba diseñada especialmente para proporcionar un confort tridimensional. Gracias al empleo de hilos de control unidireccional, envueltos en filamentos pre-trenzados y sujetos a un entrelazamiento sesgado se aseguró la obtención de una presión efectiva máxima uniforme y constante (Quintero-Larróvere & Soto-Montenegro, 2017; Trillos & Arria, 1989).

Las prendas fabricadas con este tejido, cuando son hechas a la medida, bien entalladas y usadas continuamente, proporcionan y mantienen la presión de 24 mmHg para evitar la cicatrización patológica excesiva de las regiones lesionadas. Además, la elasticidad multidireccional de este tejido permite todos los movimientos normales del cuerpo.

Estas prendas están indicadas en todo usuario con quemaduras de II profundo y III grado y son prescritas por el médico tratante. Se debe colocar una vez la piel halla epitelizado antes del periodo de madurez de la cicatriz y en zonas injertadas se debe esperar como mínimo 10 días para colocar la prenda.

Si existen zonas pequeñas (menos de 2cms) aún sin sanar, estas deben cubrirse con apósitos con vaselina para luego colocar la prenda.

Las prendas o lycras son hechas a la medida de cada usuario, diseñadas de acuerdo con el área afectada y proporcionan un gradiente de presión en las áreas de cicatrización que excede apenas la presión intersticial dentro del tejido.

Las lecturas de presión tomadas de usuarios usando prendas de presión, indican que se obtienen presiones altas sin complicaciones: 35 – 55 mm de mercurio en los brazos, 30 – 40 mm de Hg en las piernas y 20- 30 mm de Hg en el tórax.

Los aditamentos para reforzar la presión son hechos en orthoplast, silicona y plastazote, viscolas, láminas de caucho, espuma de bebé aplicando sobre la cicatriz debajo de la prenda.

Todos estos materiales son empleados en los casos en que se necesita incrementar la presión en un área de difícil manejo, como lo son el espacio naso geniano, región labial superior, región naso labial y área esternal. También se utilizan cuando un usuario presenta indicios de cicatrización hipertrófica o queloide, con el fin de aplanar o reducir la cicatriz, obteniéndose mejores resultados, que con el tratamiento de la sola prenda de presión (Herranz & Heredero, n.d.).

El tiempo de uso varía de acuerdo con la bibliografía y depende de la evolución, recomendamos usarla entre 9 meses e ideal los 18 meses. La supresión prematura de la presión suele ir acompañada de recurrencia de la cicatriz, pero si vuelve a ser colocada, esta regresará de nuevo (Herranz & Heredero, n.d.).

La aplicación de la presión no debe suspenderse por más de 30 minutos cada día debiendo dormir con las lycras, se retiran solamente para el baño.

Las prendas por contener elástico deben tener un cuidado especial para mantener el elástico como son:

La prenda de presión debe colocarse con las costuras hacia afuera para no lesionar la nueva piel del usuario.

El lavado se realiza a mano sin restregar contra superficies burdas con agua tibia y un detergente suave.

Se debe secar a la sombra.

El usuario debe tener un par de prendas para poder lavar una y utilizar la otra, evitando así estar mucho tiempo sin tratamiento.

Las complicaciones que se pueden presentar durante el tratamiento son:

**Excesiva presión:** que se manifiesta como parestesias, hiperemia distal, y cianosis local. Se corrige disminuyendo el ajuste.

**Edema distal:** No depende del grado de presión. Para corregirlo se recomienda al usuario colocar la extremidad en alto; si continúa se debe colocar una prenda de presión en la región distal.

**Erosiones y ampollas de la piel:** Cuando se coloca la prenda sobre piel recientemente epitelizada, el roce al poner y quitar la prenda levanta el epitelio. Dejando la piel muy sensible. También ocurre cuando se coloca la prenda sobre una brida de reciente formación, especialmente si se coloca un refuerzo. Para su manejo se debe quitar la prenda por 8 a 10 días, tiempo en el que cicatriza la lesión.

### **Lubricantes para el masaje**

Las técnicas de masaje siempre utilizan un lubricante que en este caso es el emoliente (vaselina o aceite) en fases iniciales o humectante después de 2 semanas de epitelizada la herida. El lubricante se usa para liberar adherencias, retrasa la descamación del tejido cicatrizal que puede ocasionar fisuras y desgarros con el ejercicio, realineamiento de las fibras de colágeno, aumentar la flexibilidad de la piel, aliviar el dolor y el prurito por el periodo de maduración de la cicatriz. El uso de emolientes o humectantes en estos usuarios brinda protección ante la sequedad que se produce en la piel epitelizada. Las capas de células existentes en estas áreas y específicamente en las áreas injertadas hacen que fácilmente se descamen y se seque la superficie, esto puede ocasionar la formación de flictenas.

Si el humectante contiene protector solar se cumplen dos funciones al tiempo debido a que la nueva piel permanece inflamada, el tejido es muy frágil, y no posee muchas capas en su grosor. La exposición prolongada y sin protección solar ocasionará la inflamación crónica en estas áreas epitelizadas o injertadas, así como también puede producir una quemadura de primer grado. La inflamación crónica de estas cicatrices producida por la exposición solar puede

inducir a la cicatrización hipertrófica, así como a la aparición de hiperpigmentación en la zona. El uso de protectores solares de al menos de factor 15 de protección solar es recomendable (Chekaroua & Foyatier, 2005; Middelkoop et al., n.d.).

Cuando el humectante se encuentra frío alivia el prurito que refieren a veces en las áreas cicatrizadas. La aspirina y los antihistamínicos también pueden aportar alguna mejoría a las molestias ocasionadas por el prurito (Vera Navarro, 2012).

Se recomienda hidratar la piel dos o tres veces al día combinándolo con las técnicas de masaje.

### **El Masaje**

A pesar de que el nivel de evidencia del masaje en las cicatrices hipertróficas por quemadura es bajo y se requieren ensayos clínicos controlados para desarrollar pautas basadas en evidencia y herramientas de evaluación de cicatrices válidas y consistentes, se incluye en el presente capítulo debido a que en la práctica se observa que la textura y flexibilidad de la piel parece mejorar con los masajes (Ault et al., 2018).

El Masaje debe realizarse una vez la piel epiteliza y se recomienda 3 veces al día. Los masajes inician de manera suave con emoliente realizando con Tapping y, cuando la unión dermoepidérmica está anclada, se continúa con humectante realizando las técnicas de presión y luego petrissage.

Una vez la cicatriz va madurando y no se presentan flictenas se realizan los masajes, para liberar adherencias, propuestos por Aproquen Nicaragua como son: zigzag con movilidad, zigzag con fricción, pinzamiento y rodamiento, pinzamiento y zigzag, pinzamiento y tracción, movilidad circular, fricción circular, fricción transversal profunda, masaje de estiramiento y de torsión que se encuentran en el enlace: [https://academic.oup.com/jbcr/pages/video\\_gallery](https://academic.oup.com/jbcr/pages/video_gallery) (Oxford Academic, n.d.).

**Re-Evaluación de Resultados:** debe realizarse con los mismos test y medidas utilizados en la valoración inicial. La evaluación de los

rangos de movilidad (ROM) se realiza semanalmente y los otros test dependen de los objetivos y se realizan cada 3 o 4 semanas (Amado & Chouza, 2018). Ningún tratamiento está completo si no existe reevaluación. Al menos cada 2 semanas se debe hacer reevaluación para objetivos a corto plazo y cada 4 semanas para objetivos a largo plazo, deben relacionarse con la función del usuario (Alejo de Paula & Heredia Gordo, 2011).

**El Pronóstico:** el fisioterapeuta establece un nivel de mejoramiento semanal en cuanto a función y la cantidad de tiempo necesario para alcanzar las metas próximas y tardías, pero hay factores como las infecciones, los injertos y los estados emocionales del usuario que alteran el pronóstico.

La APTA (2003) establece que de 4 a 12 semanas hay integridad tegumentaria de la herida y alto nivel de funcionalidad en hospital y casa.

De 6 a 18 meses hay maduración de la cicatriz y alto nivel de funcionalidad en casa, trabajo/ estudio, ocio. El número de visitas que se les realiza a los usuarios es de 12 a 50 visitas.

Durante la fase intermedia o de recuperación se ha ido empoderando al adulto sobre los cuidados de la cicatriz, los riesgos y los ejercicios que se deben realizar por un periodo mínimo de 18 meses, tiempo de maduración de la cicatriz.

Una vez se está planeando dar de alta de la Unidad se deben realizar los Test y Medidas para tener una evaluación final y saber en qué condiciones es egresado el usuario.

Antes de darlos de alta se les debe reforzar el sentimiento de responsabilidad a los usuarios con el proceso de rehabilitación y la importancia de la realización de los ejercicios en casa o en institución de salud según sea el caso durante un periodo de 18 meses mientras madura la cicatriz.

## Referencias bibliográficas

- Alejo de Paula, L., & Heredia Gordo, J. (2011). La guía de atención fisioterapéutica usuario/cliente descrita por la apta en la formación de los fisioterapeutas iberoamericanos. *Movimiento Científico*, 5(1), 90–93.
- Amado, M., & Chouza, M. (2018). Fisioterapia y Terapia Ocupacional en la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Europea de Quemados. *Revista Multidisciplinaria de Insuficiencia Cutánea Aguda*, 17, 49–55.
- Andrades, P., Benítez, S., & Prado, A. (2006). Recomendaciones para el manejo de cicatrices hipertróficas y queloides. *Revista Chilena de Cirugía*, 58(2), 78–88.
- Asociación Argentina de Quemaduras. (n.d.). *Clasificación de las Quemaduras*.
- Association, A. P. T. (2001). Guide to Physical Therapist Practice. American Physical Therapy Association. *Physical Therapy*, 81(1), 9.
- Ault, P., Plaza, A., & Paratz, J. (2018). Scar massage for hypertrophic burns scarring—A systematic review. *Burns*, 44(1), 24–38.
- Barbosa-García, C. Y. (2009). Evaluación, abordaje y manejo inicial del paciente con quemaduras graves. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 32(S1), 108–112.
- Benain, F. (2000). Notas del ayer: Opinión personal sobre una clasificación uniforme para la profundidad de las quemaduras. *Rev. Argentina de Quemadura*, 15, 15–16.
- Bendlin, A., Benaim, F., & Linares, H. A. (1993). *Tratado de quemaduras*. Interamericana-McGraw-Hill.
- Castellanos Ruíz, J., & Pinzón Bernal, M. (2012). El ejercicio terapéutico en paciente pediátrico quemado. *Movimiento Científico*, 6(1), 92–100.
- Celis, M. M., Suman, O. E., Huang, T. T., Yen, P., & Herndon, D. N. (2003). Effect of a supervised exercise and physiotherapy program on surgical interventions in children with thermal injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24(1), 57–61. -
- Chekaroua, K., & Foyatier, J. (2005). Tratamiento de las secuelas de las quemaduras: aspectos generales. *EMC - Cirugía Plástica Reparadora y Estética*, 13(2), 1–7.



- Chouza-Insua, M., Viñas-Diz, S., Patiño Núñez, S., Martínez Bustelo, S., Molina, M. C., & Amuchástegui, O. (2004). *Fisioterapia en los pacientes quemados: quemaduras, tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados*.
- Cope, O., & Moore, F. D. (1947). The redistribution of body water and the fluid therapy of the burned patient. *Annals of Surgery*, 126(6), 1010.
- Del Sol, A. (1990). Las quemaduras y sus diferentes aspectos. *Científico Técnica*, 18, 31–46.
- Esteban-Vico, J. R., Villaverde-Doménech, E., Pérez del Caz, D., Klenner-Muñoz, C., & Simón-Sanz, E. (2016). Vendaje autoadherente en el tratamiento integral y rehabilitador de la mano quemada. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 347–353.
- Ferrada, R. (2016). Manejo de quemaduras - Básico y avanzado. In *Ediciones Journal*.
- Guide to Physical Therapist Practice, 2 edición American Physical Therapy Association.
- Junio 2003
- Herranz, P., & Heredero, X. S. (n.d.). *Cicatrices, guía de valoración y tratamiento*.
- Jiménez, I. F., García, E. M. D. D., & González, F. S. (2001). Quemaduras en la infancia. Valoración y tratamiento. *Bol Pediatr*, 41, 99–105.
- Laguado, N. F., Ricardo, D., & Soto, F. (2007). *Quemaduras en pediatría*.
- Lahoz, P., & Marco, C. (2019). The role of the occupational therapist in burn treatment : A bibliographic review. 16(May), 60–78.
- Luque, N. L., & Pérez, S. R. (2020) *Epidemiología y descripción de costo de pacientes quemados admitidos a una clínica de referencia de la región caribe colombiana en el periodo 2009 a 2018*.
- Manzur Ayala, R., & Masako Ferreira, L. (2016). Manejo integral de las quemaduras, protocolo de atención al paciente quemado (Impresión Médica (ed.); p. 37).
- O'sullivan, S. B., & Schmitz, T. J. (n.d.). *Rehabilitación Física*.

- Organización Mundial de la Salud. (2018.). Quemaduras. Retrieved July 3, 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Oxford Academic. (n.d.). Video Gallery | Journal of Burn Care & Research. [https://academic.oup.com/jbcr/pages/video\\_gallery](https://academic.oup.com/jbcr/pages/video_gallery)
- Piña, K. H. (n.d.). Tratamiento fisioterapéutico en pacientes quemados.
- Quintero-larróvere, M., & Soto-montenegro, A. E. (2017). Uso de imanes en el tratamiento de queloides auriculares Magnets use in the treatment of ear keloids. 43.
- Salmerón-gonzález, E., García-vilariño, E., Ruiz-cases, A., García-sánchez, J. M., Llinás-porte, A., Esteban-vico, J. R., Maldonado-garrido, D., & Pérez-del-caz, M. D. (2017). Recomendaciones de rehabilitación en el paciente quemado : revisión de literatura. 16(2), 117–129.
- Sood, R., Balledux, J., Koumanis, D. J., Mir, H. S., Chaudhari, S., Roggy, D., Zieger, M., Cohen, A., & Coleman, J. J. (2009). Coverage of large pediatric wounds with cultured epithelial autografts in congenital nevi and burns: Results and technique. *Journal of Burn Care and Research*, 30(4), 576–586.
- Thompson, P. B., Herndon, D. N., Traber, D. L., & Abston, S. (1986). Effect on mortality of inhalation injury. *The Journal of Trauma*, 26(2), 163–165.
- Trillos, J., & Arria, M. (1989). Las prendas de presión: una alternativa en el manejo de la cicatriz normal. *Med. UIS*, 77–82.
- Vera Navarro, L. (2012). Prurito como manifestación de múltiples procesos, su enfoque y terapéutica. *Revista Médica La Paz*, 18(2), 59–64.
- Zapata-sirvent, R. L. (2015). Reconstrucción del paciente quemado. Clasificación y manejo de áreas específicas. August.
- Zapata, S., & Bolgini, A. (2007). Atención básica inicial del quemado. Curso ABIQ. (A. 2011. E. A. 2011 (ed.)).
- Zapata Sirvent, R. L., Jiménez Castillo, C. J., & Besso, J. (n.d.). Métodos para tratar la cicatrización hipertrófica y los queloides en el paciente quemado.

# Casos clínicos de pacientes pediátricos quemados

Una ilustración del trabajo clínico del servicio de psicología en la Unidad de quemados

*Clinical cases of pediatric burns patients  
An illustration of the clinical work of the psychology service in the burn unit*

**Lucely Obando Cabezas**

Universidad Libre, Seccional Cali.

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

## Presentación y análisis de casos clínicos pediátricos

### Caso número 1.

#### Descripción

El primer caso es el de un niño de 11 años, de estrato socio económico vulnerable, procedente de la ciudad de Cali (Valle) y residente del barrio el Vergel, ubicado en el poblado de Aguablanca, quemado por gasolina y con grado de quemadura GII B 25 %. El momento del accidente ocurrió una tarde del mes de abril, cuando se encontraba jugando con dos de sus amigos del barrio en un parque en el cual estaban

*Cita este capítulo / Cite this chapter*

Obando Cabezas, L. (2022). Casos clínicos de pacientes pediátricos quemados. Una ilustración del trabajo clínico del servicio de psicología en la Unidad de quemados. En: Obando Cabezas, L. (ed. científica). *Abordaje psicosocial y biomédico al paciente quemado. Una perspectiva interdisciplinaria*. (pp. 283-312). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

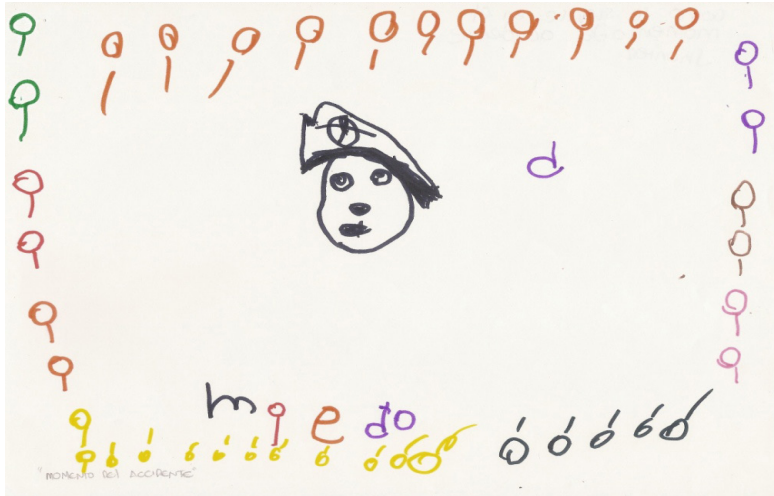
abandonados algunos objetos que sirvieron como parte de su juego. En dicho parque había unos tubos y tarros con líquidos en su interior, uno de ellos contenía gasolina, este empezó a patear los tarros devolviéndoselo entre sus dos compañeros, cuando pateó por última vez, el tarro explotó afectando sus piernas, estómago y mano derecha. Inmediatamente los vecinos del barrio avisaron a su familia y su madre lo llevó al Hospital Universitario del Valle, en donde atendieron sus heridas en Urgencias y después de estabilizarlo lo ingresaron a la Unidad de Quemados del mismo hospital para hacerle seguimiento, pues sus heridas resultaron profundas y necesitaban rehabilitación tanto física como emocional.

### **Situación Emocional del Niño**

El acompañamiento psicológico con este paciente inició con la primera actividad que se había programado “expresando mis sentimientos”, se le pidió al paciente que realizara un dibujo en el cual plasmara el sentimiento que había surgido en el día en que ocurrió el accidente, en este caso el niño respondió que había sentido mucho miedo porque vio cómo su cuerpo se encendía en llamas. Manifestó también que temía mucho la reacción de su madre, pues se encontraba jugando con algo que él sabía que era peligroso. Después de indagar sobre esto el niño plasma este sentimiento en una hoja por medio de un dibujo; posteriormente se procedió a que el paciente reconociera un sentimiento que había surgido en el momento en que fue ingresado al hospital debido al accidente, a lo que el infante contestó que su reacción fue llorar sin poder controlarlo, pues manifestó que el temor que siente por las agujas y los hospitales es bastante fuerte.

## Actividad: “Expresando Mis Sentimientos”

### Caso Número 1



“Momento del Accidente”



“Momento de la Hospitalización”

Después de haber llevado a cabo este ejercicio con el primer paciente, se dio inicio a una entrevista semi-estructurada que tenía como fin indagar acerca de los sentimientos y emociones presentes en el momento previo a entrar al quirófano, la primera pregunta que contenía esta entrevista fue: ¿Cómo se sentía el paciente antes de ingresar al quirófano?, el paciente manifestó sentir mucho miedo, debido a que el primer procedimiento que se le practica es la canalización de la vena y las agujas resultan ser un objeto de temor y miedo para el niño, por lo tanto en el momento de realizar la segunda pregunta de la entrevista semi-estructurada fue reiterativa su respuesta de sentir miedo antes de entrar a cirugía. Con el planteamiento de la tercera pregunta el paciente rectifica su respuesta acerca de lo que verdaderamente temía de los procedimientos que se le practicaban afirmando así, que las agujas son el objeto que lo estremece, afectando su estabilidad emocional. Sin embargo, a esta respuesta le agrega otro agente que le causa miedo, el cual hace parte de un procedimiento quirúrgico como lo son los injertos, en donde afirmó que le asusta bastante el hecho de que le tengan que quitar parte de su piel, pues esta idea no le gustaba para nada y sentía cierto rechazo en la práctica de esta.

En la cuarta y última pregunta de la entrevista se indagó acerca del dolor que llegaba a sentir el niño después de la cirugía, a lo que él manifestó que no es tan fuerte, ya que recién salido del quirófano su cuerpo aún tiene los efectos de anestesia lo que impide que el dolor sea intenso, sin embargo, cuando el procedimiento que se le practicó fue un injerto, el infante manifestó que su dolor se incrementaba un poco más en la parte donadora que en la misma parte afectada de su cuerpo.

A continuación, la entrevista realizada **Pre-Test**

- ¿Cómo te sientes antes de entrar al quirófano?

R/ La primera vez me dio miedo, la segunda me sentí mejor pero tampoco porque me metían esa aguja como no es.

- ¿Te da miedo las agujas?

R/ No es que me dé miedo, sino que cuando me la metían en la cosita de la este eso me comenzaba a pringar.

- ¿Y cuándo te van a llevar a la cirugía ya no te da miedo?  
R/ No.
- ¿Pero cuando te van a canalizar te molesta?  
R/ Sí, eso es lo que más me da rabia, yo con las enfermeras de aquí he peleado por esas chuzadas.
- ¿Y qué le dices a las enfermeras?  
R/ Que no me metan eso tan duro, pero más me dolía y un día me les canse y no me deje meter más esa aguja, les escondí la mano, pero luego llego una enfermera y ella era la que me la canalizaba.
- ¿Ahora que te van a empezar a hacer los injertos de qué te da miedo?  
R/ Hay no que miedo
- ¿Por qué? ¿Qué es lo que te asusta?  
R/ Que me saquen mi piel del pernil, eso es lo que más me asusta
- ¿Eso es lo que te da más miedo?  
R/ Sí que me saquen la piel de ahí.
- ¿Cuándo sales de la cirugía te duele mucho?  
R/ Me duele, comienza a picarme.
- ¿Qué te duele?  
R/ La de acá, la de la barriga

Continuando con el diseño de intervención propuesto, se inició la realización del Test de dibujo de las dos figuras humanas, en el cual se le pidió que realizara inicialmente un dibujo del cuerpo humano del género de su preferencia y después otro dibujo con el género opuesto al anterior. En primer lugar, dibujó la figura femenina, nombrándola Laura con trece (13) años y después realizó la figura masculina la cual llamo Germán de catorce (14) años.

## Aplicación del Dibujo de dos Figuras Humanas

### Caso Número 1



Figura Humana Femenina



Figura Humana Masculina

En la valoración emocional (T2F-E) la cual fue suministrada por el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, se pudo observar que en los



dibujos del infante estuvieron presentes nueve (9) indicadores emocionales, tres (3) en la figura masculina y seis (6) en la femenina. Este número de indicadores según la interpretación cuantitativa basada en los puntos de corte propuestos en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, equivalen a un percentil de noventa y cinco (95), lo que supone la existencia de problemas emocionales en él, pero antes de iniciar con la significación clínica de estos indicadores la cual es obtenida por las Pautas de Interpretación de los Indicadores emocionales propuestas en el Test, es importante resaltar que de los 6 indicadores de la figura femenina, dos (2) son característicos de sujetos con dificultades en el funcionamiento intelectual, por lo tanto, parece que en este niño están relacionados tanto los problemas emocionales como los problemas intelectuales, de forma que las dificultades intelectuales comportan problemas emocionales y los problemas emocionales interfieren en el desarrollo normal de su inteligencia.

Dando continuidad a la anterior idea y a la interpretación cualitativa que se expone en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas se puede decir que:

El indicador «Extremidades asimétricas en la forma» que está presente en ambos dibujos, alude a rasgos de impulsividad, de poca coordinación y limitación intelectual o inmadurez, sin embargo, la realización incorrecta de la simetría en los dibujos no es cuestión de madurez o inmadurez en el desarrollo, pues es común encontrar presente este indicador en distintos rangos de edad.

Al estar presente este indicador en el dibujo del niño se demuestra que en este momento de su vida este puede tener una inestabilidad emocional y una dificultad de adaptación, lo cual es entendible por la situación actual del paciente, pues su común y diario vivir se ha visto detenido por el accidente que ha padecido. Igualmente, la frecuencia de los procedimientos quirúrgicos a los que el paciente se ve obligado y sometido, dificultan su comprensión y adaptación al medio.

De acuerdo con el manual, realizar un dibujo de «Figura grande» alude aún más a problemas de funcionamiento intelectual presentes en él, sugiriendo así posibles problemas emocionales por inadecuado desarrollo intelectual. Además, al realizar un dibujo con «Brazos

Largos» sugiere una irrupción agresiva en el ambiente, falta de recursos para contactar con sus pares, conllevándolo a utilizar la agresión para establecer relaciones, también los brazos largos manifiestan la dificultad que hay en el control de los impulsos y la necesidad de contacto.

Aunque el indicador «Manos o dedos grandes» no se presenta muy comúnmente en niños con edades iguales o superiores a los ocho (8) años, en el dibujo del infante es clara su presentación, lo que insinúa la existencia de algunos sentimientos de culpa o inadecuación, al igual que expresiones de agresión indirecta con formas aparentemente socializadas.

El indicador «Sombreado de la Cara» que está presente en ambos dibujos representa para los autores de este Test: ansiedad, angustia, autoestima y autoconcepto bajos. En el dibujo se puede observar que la parte sombreada son los ojos, esto lo realizan niños que prefieren no ver, no conocer, ni enterarse de lo que está ocurriendo y aconteciendo en su ambiente tanto familiar, como social y escolar. Esta interpretación es evidente en este paciente pues la situación por la que está atravesando puede conllevar a que este haga caso omiso de su realidad, ya que una quemadura implica una distorsión de la imagen corporal y su rehabilitación implica un proceso que resulta difícil y lento, no solo porque debe hacer un reconocimiento propio de su apariencia sino también porque debe asumir la angustia de su reinserción en la sociedad.

Otro indicador que estuvo presente en los dibujos del participante 0001 y que se asocia a problemas intelectuales es «Cabeza muy grande», ya que la desproporción de la cabeza del dibujo con respecto a su tronco evidencia las preocupaciones que puede tener el paciente en cuanto a la situación por la que está atravesando. Teniendo en cuenta que el infante se encuentra en un ámbito hospitalario donde su salud y su bienestar se encuentran en juego, es claro el motivo por el que se presenta este indicador en su dibujo, pues él aún no ha logrado concluir ni exteriorizar las expectativas que tiene frente a su futuro.

«Omisión de la nariz» es considerado un indicador emocional cuando se encuentra presente en el dibujo de un niño mayor a nueve (9) años,

este indicador insinúa presencia de indefensión, de no saber cómo resolver los conflictos, al igual que correlaciona con sujetos que tienen problemas de ansiedad, la cual ha sido una de las emociones que han estado presentes en la mayoría de los indicadores arrojados en los dibujos realizados por el niño.

## **Caso Número 2**

### **Descripción**

El segundo caso es una niña de 6 años, cuyo agente causal de la quemadura fue líquido y con un grado de quemadura GII B 8%. Es de estrato socio económico bastante vulnerable, pues ella y su familia son desplazados por la violencia de un municipio del Valle del Cauca, y desde entonces se han visto afectados por esta situación, ya que perdieron todo lo que habían logrado construir durante el transcurso de sus vidas y actualmente sus recursos económicos son bastante escasos.

El momento del accidente ocurrió una tarde del mes de Mayo, cuando se encontraba en su casa con su madre y algunos de sus hermanos, la mamá se encontraba en la cocina preparando el almuerzo, en un descuido de esta, la infante se acercó a la estufa en donde se encontraba calentando una olla con agua hirviendo y sin querer la niña ocasiono un grave accidente, arrojándose sobre sus piernas toda el agua caliente que se encontraba dentro de aquella olla, causando quemaduras de segundo grado de profundidad, las cuales produjeron un dolor insoportable en la niña, que las obligó a partir nuevamente de su casa a rumbos desconocidos en búsqueda de una cura para tan grave lesión.

Es por esta razón que se encontraban en Cali, recibiendo ayuda en el Hospital Universitario del Valle, sin embargo, la estadía fue bastante difícil tanto para la paciente como para su madre, pues esta no tenía ningún familiar o conocido que le brindara alojamiento, lo que la obligó a pasar los días de hospitalización de su hija en un refugio contactado por el HUV.

## Situación Emocional

El acompañamiento psicológico con esta paciente inició con la primera actividad que se había programado “expresando mis sentimientos”, se le pidió a la niña que realizara un dibujo en el cual plasmara el sentimiento que había surgido en ella el día en que ocurrió el accidente, en este caso, la infanta manifestó que había sentido mucho dolor, por este motivo la infanta plasma en su dibujo un rostro con llanto, ya que en el momento del accidente esa fue su reacción.

Posteriormente se procedió a que el paciente reconociera esa reacción emocional que surgió en el momento en que ingreso a la Unidad de Quemados del Hospital Universitario del Valle debido al accidente, a lo que la niña dibuja que su reacción fue de felicidad porque la iban a curar. A continuación, los dibujos realizados:

### Actividad: “Expresando Mis Sentimientos”

#### Caso Número 2



“Momento del Accidente”



“Momento de la Hospitalización”

Al terminar esta primera actividad se inició una entrevista semi-estructurada que tenía como fin indagar acerca de los sentimientos y emociones presentes en el momento previo a la cirugía; por lo que se le preguntó a la paciente cómo se sentía antes de ingresar al quirófano, manifestando que se sentía bien al respecto.

Al momento de realizar la segunda pregunta de la entrevista semiestructurada la cual indagaba acerca del miedo que le podría producir los procedimientos quirúrgicos, la niña respondió que no sentía miedo porque ella sabía que lo que le hacían los doctores era para aliviarla. Sin embargo, se considera que las condiciones difíciles por las que ha tenido que vivir la infanta han hecho que una situación como la que se encuentra ahora sea menos significativa ante lo que ha tenido que experimentar ella y su familia.

La entrevista se vio interrumpida por la madre de la niña para manifestar que su familia ha tenido que atravesar por situaciones difíciles, pues fueron víctimas de la violencia que se vive actualmente en nuestro país.

Los padres de la paciente construyeron su hogar en un municipio ubicado al sur del del Cauca. Este lugar es dominado por la guerrilla

quienes se apropiaron de muchas viviendas del municipio, incluida la casa en la que vivía la niña con sus padres y hermanos. Debido al desplazamiento forzado que tuvo que afrontar la familia de la paciente, se vieron obligados a desmovilizarse al corregimiento de Almaguer. Es evidente como esta experiencia marca la vida de la paciente, pues después de ser expuesta a tanto peligro es difícil que otro episodio como su estadía por el hospital, supere aquel temor que sintió en el momento en que se vio forzada abandonar su casa, su colegio y sus recuerdos.

Por lo tanto, ante la tercera pregunta la paciente rectifica su respuesta a cerca de no sentir temor alguno a las agujas y por lo observado, a nada relacionado con su estancia en el hospital y los procedimientos que se deben llevar a cabo para su recuperación.

A continuación, la entrevista realizada:

- ¿Qué sientes antes de entrar al quirófano?

R/. Me siento bien.

- ¿No te da miedo?

R/. No porque yo sé que lo que me hacen los doctores es ponerme aliviada

- ¿Le tienes miedo a las inyecciones?

R/. No, a mí no me duele

En este momento de la entrevista, la madre de la infanta nos interrumpe para manifestar que su familia ha tenido que atravesar por situaciones difíciles, pues son víctimas de la violencia que se vive actualmente en nuestro país. Debido al desplazamiento forzado que tuvo que afrontar la familia de la paciente se desplazan a la ciudad de Cali.

Después de terminar la entrevista con la paciente, se inició la realización del Test de dibujo de las dos figuras humanas en el cual se le pidió que realizara inicialmente un dibujo del cuerpo humano del género de su preferencia y después otro dibujo con el género opuesto al anterior. En primer lugar, dibujó la figura femenina, nombrándola Juliana con cinco (5) años de edad y después realizó la

figura masculina la cual llamó Daniel de tres (3) años de edad, como se observa en las siguientes figuras:

## Aplicación Test del dibujo de dos figuras humanas

### Caso Número 2



Figura Humana Masculina.



Figura Humana Femenina.

En la valoración emocional (T2F-E) la cual fue suministrada por el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, se puede observar que en los dibujos del infante están presentes ocho (8) indicadores emocionales, tres (3) en la figura masculina y cinco (5) en la femenina. Este número de indicadores según la interpretación cuantitativa basada en los puntos de corte propuestos en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, equivalen a un percentil de noventa y nueve (99), lo que supone la existencia de problemas emocionales en ella.

De acuerdo con la interpretación cualitativa que se expone en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas se puede decir que:

El indicador «Extremidades asimétricas en la forma» que está presente en ambos dibujos, tiene que ver con rasgos de impulsividad, de poca coordinación y limitación intelectual o inmadurez. De inadaptabilidad y de desequilibrio emocional. Lo cual es entendible debido a las situaciones difíciles que ha tenido que pasar la paciente, comenzando desde el desplazamiento del que fue víctima con toda su familia, pues al llegar a una nueva ciudad desconocida, al niño le resulta complejo adaptarse a nuevas formas de socialización y más si viene de zonas rurales, además el hecho de estar internada en el hospital siendo sometida a procedimientos quirúrgicos conllevan a que la paciente no logre adaptarse adecuadamente a su medio, lo cual se ve reflejado en el resultado de la prueba, específicamente en este indicador.

En cuanto al “sombreado del cuerpo”, presente en las dos figuras humanas realizadas por la paciente, Refleja ansiedad relacionada con los aspectos corporales bien por problemas de salud o por características específicas del cuerpo que producen insatisfacción. Por ende, se relaciona con el grado de quemaduras que tiene la niña y como esta imagen sobre si misma comienza a afectar su autoestima y autoconcepto.

Además, al realizar un dibujo “omitiendo el cuello” en ambas figuras marca aún más el hecho que la paciente se muestre como una persona tímida y retraída, generando en ella problemas en las relaciones sociales debido a la timidez e inhibición que se podría afirmar está relacionada con su situación actual y su condición de desplazamiento.



El indicador “Brazos cortos” en la figura femenina es uno de los que aparecen con mayor frecuencia en todas las edades, dentro de la aplicación de la prueba, interpretándose como una tendencia al retraimiento y a la inhibición de los impulsos, siendo un indicador propio de personas con dificultades en las relaciones sociales, esto confirma nuevamente los problemas que tiene la infante para adaptarse a su entorno, ya que le resulta difícil establecer vínculos de confianza con personas desconocidas.

En el indicador “Ojos Vacíos”, la paciente representó los ojos con círculos vacíos como si los ojos no vieran, lo cual indica negación de la realidad, temor a situaciones presentes y no querer ver lo que ocurre, siendo un mecanismo comúnmente infantil, ya que, en las condiciones actuales de la niña, el hecho de negarse a sí misma lo que está viviendo funciona como un mecanismo de defensa que le permite sobrellevar la situación para no enfrentar su dura realidad

### **Caso Número 3**

#### **Descripción**

El tercer caso es un niño de 12 años de edad, de estrato socio económico vulnerable, procedente de la ciudad de Buenaventura (Valle). Su quemadura fue de Grado GII DB I7%, causada por alcohol. El momento del accidente ocurrió una mañana del mes de junio, cuando se encontraba en su casa con su padre y sus hermanos, el niño estaba en su habitación jugando a ser químico, estaba preparando un experimento que mezclaba alcohol con otras sustancias inflamables, pensando que no sucedería nada malo este decide prender un fosforo arrojándolo a estas sustancias ocasionando así quemaduras de alto grado de profundidad en sus piernas; el padre al escuchar la explosión salió corriendo a la habitación encontrándose con su hijo encendido en llamas, inmediatamente lo llevó a un hospital del sector y de este fue trasladado a la ciudad de Cali al Hospital Universitario del Valle por la gravedad y profundidad de la quemadura.

Para este padre la estadía en la ciudad fue un poco más amena pues tenía familiares que le brindaron alojamiento, produciendo así un

poco más de tranquilidad para el acompañamiento adecuado a su hijo que se encontraba en esta desagradable situación.

### Situación Emocional

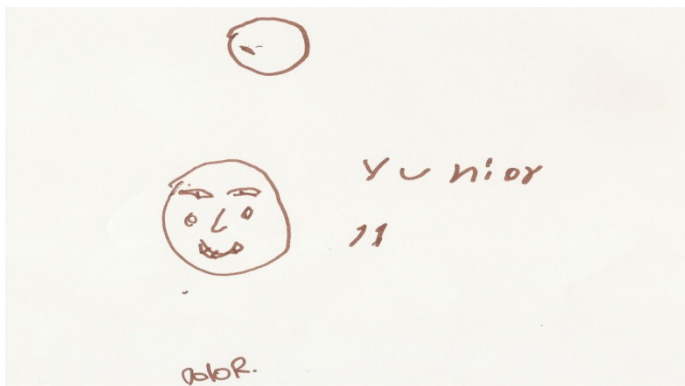
El acompañamiento psicológico con este paciente inició con la primera actividad programada “expresando mis sentimientos, igualmente que con los anteriores casos se le pidió al paciente que realizara un dibujo en el cual expresara el sentimiento que en él había surgido el día en que ocurrió el accidente, en este caso, el niño manifestó que había sentido mucho dolor debido a que sus piernas se encontraban en llamas. Después de indagar sobre esto el paciente plasmó este sentimiento en una hoja por medio de un dibujo.

Posteriormente se procedió a que el paciente reconociera la reacción emocional que surgió en él al momento de ingresar a la unidad de quemados del HUV debido al accidente, a lo que el niño contestó que su reacción fue de tristeza, ya que se encontraba en una ciudad desconocida alejado de su familia y amigos, lo cual le causaba sentimientos de angustia y soledad.

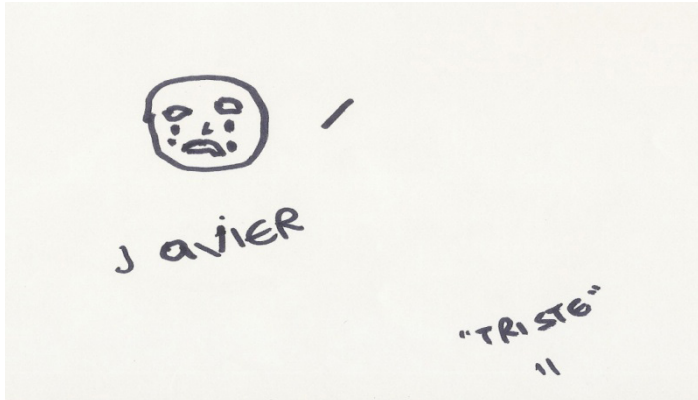
A continuación, el dibujo realizado:

### Actividad: “Expresando Mis Sentimientos”

#### Caso Número 3



“Momento del Accidente”.



“Momento de la Hospitalización”.

Con lo anterior se dio inicio a una entrevista semi-estructurada, que tenía como fin indagar acerca de los sentimientos y emociones presentes en el niño en el momento previo a entrar al quirófano; por lo que se le preguntó al paciente cómo se sentía antes de iniciar con las cirugías, el cual manifestó que estos procedimientos le causaban mucho miedo, porque cada vez que ingresaba al quirófano era consciente que cuando saliera de este sentiría muchos más dolor, lo que le perjudicaba su movilidad, pues a causa de este tenía que mantenerse quieto todo el tiempo.

Al momento de realizar la segunda pregunta de la entrevista semiestructurada el niño respondió que su miedo era constante ya que no sabía nada de los procedimientos que se le practicaban, lo que le causaba incertidumbre y temor. Por lo tanto, ante la tercera pregunta el paciente manifiesta que cuando sale de cirugía siente muchísimo dolor en la zona afectada de su cuerpo, lo que lleva a pensar, que el desconocimiento de los procedimientos que se llevan a cabo en el quirófano y el dolor que experimenta después de cada operación provoquen que el infante experimente ese temor y esa ansiedad que se perciben durante la entrevista.

- ¿Tú, cómo te sentiste antes de entrar al quirófano?  
R/. Miedo
- ¿Por qué te da miedo?  
R/. Porque me duele
- ¿Qué te duele?  
R/. Es que no puedo moverme
- ¿Qué es lo que más te asusta de entrar al quirófano?  
R/. Que yo no sé qué es lo que me hacen allí adentro
- ¿y cuando sales de la cirugía?  
R/. A mí me duele bastantísimo

Después de formulada la serie de preguntas al paciente, se inició la realización del Test de dibujo de las dos figuras humanas, en el cual se le pidió que realizara, inicialmente, un dibujo del cuerpo humano del género de su preferencia y después otro dibujo con el género opuesto al anterior. En primer lugar, dibujó la figura masculina, nombrándola Yunion con once (11) años de edad y después realizó la figura femenina la cual llamo Jhoana de once (11) años de edad.

Dibujos realizados:

### Aplicación Test del dibujo de dos figuras humanas



Figura Humana Masculina.

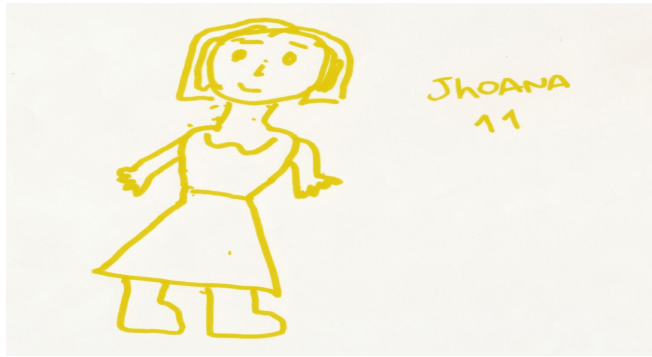


Figura Humana Femenina.

En la valoración emocional (T2F-E) la cual fue suministrada por el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, se pudo observar que en los dibujos del infante están presentes cuatro (4) indicadores emocionales, dos (2) en la figura masculina y dos (2) en la femenina. Este número de indicadores según la interpretación cuantitativa basada en los puntos de corte propuestos en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, equivalen a un percentil de setenta y cinco (75), lo que alertan sobre la posible existencia de problemas emocionales en él.

De acuerdo con la interpretación cualitativa que se expone en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas podemos manifestar que:

El indicador “ojos bizcos u ojos desviados” se presenta en personas que tienen problemas emocionales. Aunque este indicador se ha interpretado comúnmente como una expresión de ira y rebeldía, lo que se manifiesta en el caso de este paciente es una forma diferente de ver y mirar la vida que no es la habitual, sugiriendo así, que este no enfrenta los conflictos cara a cara, lo cual fue significativo en el acompañamiento psicológico, pues en el momento de preguntarle sobre la forma en cómo se produjo el accidente, este trataba de ignorar la pregunta, demostrando que le costaba trabajo hablar sobre el tema y expresar el grado de responsabilidad que le correspondía a él en el acontecimiento de este accidente.

El indicador “uñas marcadas, sombreadas o puntiagudas” es poco frecuente encontrarlo en la aplicación de esta prueba, apareciendo

con más frecuencia en sujetos con problemas emocionales. Demostrando que en la persona se encuentra presente un comportamiento agresivo que no se manifiesta de forma directa, lo que corrobora la interpretación del anterior indicador, ya que la manifestación de este ítem en la prueba se presenta principalmente en sujetos que no afrontan directamente los conflictos.

El indicador “Brazos cortos” en la figura femenina es uno de los que aparecen con mayor frecuencia en todas las edades, dentro de la aplicación de la prueba, interpretándose como una tendencia al retraimiento y a la inhibición de los impulsos, siendo un indicador propio de personas con dificultades en las relaciones sociales, debido a su hostilidad hacia los demás.

## **Caso Número 4**

### **Descripción**

El cuarto caso es un niño de 12 años, de estrato socio económico vulnerable, procedente de la ciudad de Guapi (Cauca), con quemaduras de grado GII DB 19%, causada por fuego. El momento del accidente ocurrió una tarde del mes de junio, cuando se encontraba en el antejardín de su casa jugando a ser bombero; en este se hallaban unas hojas amontonadas a las cuales decidió arrojarles varios fósforos pretendiendo que estas se encendieran, como esta idea no le estaba funcionando decidió coger hoja por hoja y las fue encendiendo arrojándolas continuamente al montón, cuando de pronto, una gran llamarada se encendió produciéndole quemaduras de gran profundidad en diferentes partes de su cuerpo. La madre al escuchar los gritos de su hijo salió corriendo a auxiliarlo logrando así apagar el fuego, inmediatamente lo llevo al centro de salud más cercano, de donde fue trasladado para la ciudad de Cali al Hospital Universitario del Valle.

### **Situación Emocional**

El acompañamiento psicológico con este paciente inicio con la primera actividad programada “expresando mis sentimientos”, igualmente que con los anteriores casos se le pidió al paciente que realiza-

ra un dibujo en el cual expresara el sentimiento que había surgido en el día en que ocurrió el accidente, en este caso, el niño manifestó que había sentido mucho dolor plasmando esta reacción emocional sobre una hoja por medio de un dibujo.

Posteriormente, se procedió a que el paciente manifestara la reacción emocional que estuvo presente en el momento de ingresar a la unidad de quemados del Hospital Universitario del Valle, ante esta pregunta el niño respondió que sentía temor a que le sucediera algo malo, pues le tiene mucho miedo a los hospitales y sobre todo al estar varios días en uno, por esta razón realizó un dibujo afirmando que este tenía una expresión de temor.

A continuación, dibujo realizado:

### Actividad: “Expresando Mis Sentimientos”



“Momento del Accidente”.



“Momento de la Hospitalización”.

Al terminar con la primera actividad se da inicio a la entrevista semiestructurada pre – test que tenía como fin indagar acerca de los sentimientos y emociones presentes en el momento previo a los procedimientos quirúrgicos practicados en el niño; por lo anterior se le pregunto al paciente como se sentía antes de ingresar al quirófano, manifestando que no sentía nada, ya que simplemente se quedaba dormido y luego despertaba.

Al momento de realizar la segunda pregunta de la entrevista semiestructurada el niño respondió que sentía miedo, pero de las agujas; sin embargo, manifiesta: “en otros hospitales me ha puesto inyecciones con unas agujotas y yo no lloraba” (participante No 4).

Se le preguntó por qué les tenía miedo a las agujas, a lo que respondió que desconocía la razón, que no le gustaban y que no las quería cerca; ante esto se indagó sobre el miedo que este podría llegar a sentir por la anestesia; manifestando que no porque sencillamente se quedaba dormido y nada más.

Por lo tanto, ante una última pregunta el paciente manifestó que cuando sale de cirugía siente muchísimo dolor en la zona lesionada y cuando despierta se siente mareado y todo a su alrededor empieza a girar, al igual que le causa una gran comezón la zona intervenida quirúrgicamente.

A continuación, entrevista realizada:

- ¿Cómo te sientes antes de entrar al quirófano?  
R/ Nada, yo solo me quedo dormido y luego despierto.
- ¿Y no te asusta nada, ni las agujas?  
R/ Si, me da miedo las agujas, pero en otros hospitales a mí me aplicaban inyecciones con unas agujotas y yo no lloraba.
- ¿Y por qué te da miedo?  
R/ No sé, porque no me gusta, no quiero.
- ¿Te da miedo la anestesia?  
R/ No, no me da miedo porque yo me quedo dormido y no más.



- ¿Te duele mucho después de la cirugía?

R/ Si, cuando me despierto me da mucho mareo y empieza todo a girar. Y luego me empieza a picar.

- ¿Y cuándo te despiertas?

R/ Un poquito, me pica y me da mucho calor.

Después de realizadas las preguntas al paciente, se inició la realización del Test de dibujo de las dos figuras humanas, en el cual se le pidió que realizara inicialmente un dibujo del cuerpo humano del género de su preferencia y después otro dibujo con el género opuesto al anterior. En primer lugar, dibujó la figura masculina, al cual denominó Jonatán de once (11) años de edad, realizando a continuación la figura femenina, la cual nombro Diana de nueve (9) años de edad.

Figuras realizadas:

### Aplicación Test del dibujo de dos figuras humanas

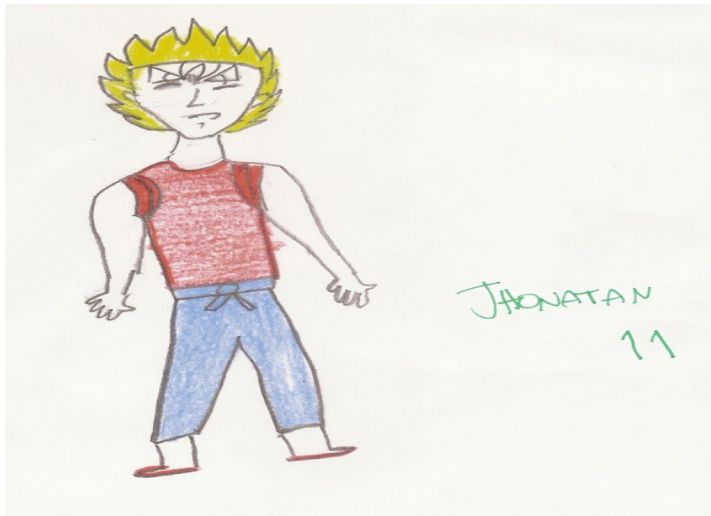


Figura Humana Masculina.



Figura Humana Femenina.

En la valoración emocional (T2F-E) la cual fue suministrada por el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, se puede observar que en los dibujos del infante están presentes cuatro (4) indicadores emocionales, uno (1) en la figura masculina y tres (3) en la femenina. Este número de indicadores según la interpretación cuantitativa basada en los puntos de corte propuestos en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, equivalen a un percentil de setenta y cinco (75), lo que alerta sobre la posible existencia de problemas emocionales en él.

De acuerdo con la interpretación cualitativa que se expone en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas se puede decir que: El indicador “ojos bizcos u ojos desviados” se presenta en personas que tengan problemas emocionales. Aunque este indicador se ha interpretado comúnmente como una expresión de ira y rebeldía. Lo que se expresó en el caso de este paciente es una forma diferente de observar las situaciones que se le presentan en la vida, sugiriendo que en ocasiones le es difícil enfrentar las problemáticas y los diferentes conflictos que se interponen en el diario vivir. En cuanto al “sombreado del cuerpo”, presente en las dos figuras humanas realizadas por el paciente, refleja ansiedad relacionada con los aspectos corporales bien por problemas de salud o por características específicas del cuerpo que producen insatisfacción. Por ende, se relacionó con el grado de profundidad de las quemaduras

que tiene el niño. Y con los niveles de ansiedad que maneja cuando es intervenido quirúrgicamente debido a que asimila que esta cirugía le va a causar un gran dolor en sus heridas, al igual que mareo y comezón, tal como lo expresa en la entrevista relacionada anteriormente.

En el indicador de “omisión de la Nariz” se puede interpretar como sentimientos de timidez, retraimiento y ausencia de agresividad manifiesta, debido a un sentimiento de indefensión, de no saber cómo resolver las cosas, lo cual se ajusta al caso de este infante pues este ítem también está relacionado con problemas de ansiedad e impulsividad, rasgos que están muy presentes en el comportamiento y discurso del niño.

## **Caso Número 5**

### **Descripción**

El quinto caso es una niña de siete años de edad, de estrato socio económico vulnerable, procedente de la ciudad de Cali (Valle), y residente del barrio Charco Azul ubicado en el poblado de Agua Blanca. El grado de quemadura es GII DB 2½ %, causada por Fuego.

La quemadura de esta infante fue ocasionada por su madre intencionalmente, pues se encontraban en su casa y la niña realizó una acción que causó disgusto a la madre y, esta para castigarla por tal comportamiento, le puso las manos encima de la estufa encendida y la obligó a ingerir agua caliente, produciéndole quemaduras de alto grado de profundidad. La niña fue ingresada al Hospital Universitario del Valle por parte de su abuela y fue remitida al ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) por considerarse maltrato infantil, además la madre no se hizo cargo de la infante.

### **Situación Emocional**

El acompañamiento psicológico con esta paciente inició con la primera actividad programada “expresando mis sentimientos”, se le pidió a la paciente que realizara un dibujo en el cual plasmara el sentimiento que había surgido en ella el día en que ocurrió el accidente, en este caso la niña manifestó que se sintió muy asustada.

Después de indagar sobre esto la paciente plasmó este sentimiento en una hoja por medio de un dibujo.

Posteriormente se le pidió a la paciente que reconociera el sentimiento que había surgido al momento en que ingreso al hospital debido al accidente, a lo que la niña contestó que su reacción fue de felicidad porque iba a estar lejos de su madre, ya que fue esta la que le ocasiono las lesiones.

Figuras realizadas:

### Actividad: “Expresando Mis Sentimientos”

#### Caso Número 5



“Momento del Accidente”.



“Momento de la Hospitalización”.

A continuación, se inició la Entrevista semiestructurada que tenía como fin indagar acerca de los sentimientos y emociones presentes en la niña al momento previo de entrar al quirófano; por lo anterior se le preguntó a la paciente cómo se sentía antes de ingresar al quirófano, manifestando que sentía mucho miedo.

Debido a su respuesta se indagó acerca de lo que le asustaba, respondiendo que su temor radicaba en no saber que le iban a hacer mientras dormía.

Luego se le preguntó si sentía dolor antes de entrar a la cirugía, manifestando que no siente dolor, pero sí mucho miedo. A partir de esta respuesta se le preguntó a la niña si este miedo disminuiría con el hecho de que su mamá se encontrara presente acompañándola en el momento previo a la cirugía, a lo que ella respondió que no, ya que fue su propia madre la que la había quemado como forma de castigo por el hecho de haber tomado unos dulces de la cocina sin su permiso, reaccionando de forma agresiva hasta el punto de ponerle las manos sobre la estufa y obligándola a tomar agua muy caliente. Esta es la entrevista realizada:

- ¿Cómo te sientes cuando vas a entrar a cirugía?  
R/. Me da mucho susto
- ¿Y qué es lo que te asusta?  
R/. Que yo me quedo dormida y no sé qué es lo que me van a hacer y me da miedo.
- ¿Y sientes dolor antes de entrar a la cirugía?  
R/. No casi no me duele, pero si me da miedo.
- ¿Sentirías menos susto si tu mamá te acompañara antes de entrar al quirófano?  
R/. No, porque yo no la quiero porque ella me quemó.
- ¿Y tú mamá porque hizo eso?  
R/. Por qué le cogí unos dulces de la cocina y ella se puso brava y me puso las manitas en la estufa y me hizo tomar agua muy caliente.

Después de realizadas las preguntas a la paciente se inició la realización del Test de dibujo de las dos figuras humana, en el cual se le pidió que realizara inicialmente un dibujo del cuerpo humano del género de su preferencia y después otro dibujo con el género opuesto al anterior. En primer lugar, dibujó la figura femenina, nombrándola Daniela con seis (6) años de edad y después realizó la figura masculina la cual llamo Juan David de dos (2) años de edad.

### Aplicación Test del dibujo de dos figuras humanas



Figura Humana Femenina.

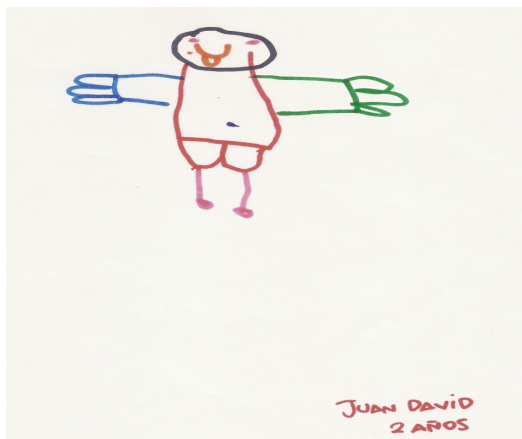


Figura Humana Masculina.

En la valoración emocional (T2F-E) la cual fue suministrada por el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, se pudo observar que en los dibujos de la infanta están presentes cinco (5) indicadores emocionales, dos (2) en la figura masculina y tres (3) en la femenina. Este número de indicadores según la interpretación cuantitativa basada en los puntos de corte propuestos en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas, equivalen a un percentil de ochenta y cinco (85), lo que supone la existencia de problemas emocionales presentes en ella.

De acuerdo con la interpretación cualitativa que se expone en el Test Del Dibujo de Dos Figuras Humanas se puede decir que:

El indicador “genitales o características sexuales enfatizadas” expresa en la niña angustia por su cuerpo, además indica un mínimo control sobre los impulsos, manifestando una perturbación emocional, lo cual es entendible, puesto que su madre, quien debía cuidarla y protegerla de todo daño es quien le ocasionó las lesiones. Lo anterior genera en la paciente una confusión en cuanto a los roles establecidos, pues la imagen que tenía de su madre como una figura protectora se distorsionó completamente a causa del maltrato.

El indicador “Brazos cortos” en la figura femenina es uno de los que aparecen con mayor frecuencia en todas las edades dentro de la aplicación de la prueba, interpretándose como una tendencia al retraimiento y a la inhibición de los impulsos, siendo un indicador propio de personas con dificultades en las relaciones sociales como lo evidencia la paciente.

En el indicador “omisión de la Nariz” se evidencian timidez, retraimiento y ausencia de agresividad manifiesta, debido a un sentimiento de indefensión, causado por el hecho de no saber cómo resolver las cosas, lo cual se ajusta al caso de la niña, ya que este ítem también se encuentra relacionado con problemas de ansiedad e impulsividad, rasgos que resultaron significativos en la paciente debido al maltrato sufrido por parte de su madre.

Además, al realizar un dibujo “omitiendo el cuello” en ambas figuras demuestra de una forma relevante que la paciente manifiesta rasgos de timidez y retraimiento.

## **Referencias bibliográficas**

C. Maganto y M. Garaigordobil. (2009). T2F. Test del dibujo de dos Figuras Humanas. Ediciones TEA S.A Madrid España



# Acerca de los autores

*About the authors*

## **Lucely Obando Cabezas**

Psicóloga egresada de la Universidad del Valle, colombiana, magíster en Salud Pública de la Universidad del Valle, Miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC. Con amplia experiencia en Psicología clínica en el ámbito hospitalario y en la docencia, realizando supervisión de práctica profesional en el área Clínica, directora de varios proyectos de investigación en Psicología Clínica y de la salud. Actualmente docente de la Universidad Libre seccional Cali, en el programa de Psicología. Categorizada como Investigador Junior por Colciencias (Colombia). Investigadora integrante del grupo “Investigación y acción psicosocial en violencia, desastres y construcción de paz”: PSIDEPAZ de la Universidad Libre, autora en los últimos años de varios artículos publicados en revistas indexadas A y B.

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

✉ [lucely.obando@unilibre.edu.co](mailto:lucely.obando@unilibre.edu.co) / [lucelyo@gmail.com](mailto:lucelyo@gmail.com)

## **Edward Javier Ordóñez**

Magíster en Filosofía. Filósofo y Psicólogo. Docente dedicación exclusiva de la Universidad Santiago de Cali. Categorizado como Investigador Asociado por Colciencias (Colombia). Líder del grupo de investigación Humanidades y Universidad.

© <https://orcid.org/0000-0003-4803-0340>

✉ [javier.ordonez00@usc.edu.co](mailto:javier.ordonez00@usc.edu.co) / [edward.javier11@gmail.com](mailto:edward.javier11@gmail.com)

### **Juan Pablo Tróchez**

Médico Cirujano egresado de la Universidad del Cauca, colombiano, magíster en Epidemiología de la Universidad del Valle, Con amplia experiencia como médico cirujano y asistencial en el ámbito hospitalario y en la docencia, Actualmente trabaja como médico asistencial y jefe de la Unidad de Quemados del Hospital Universitario del Valle y como docente de la Universidad del Valle, forma parte de la FELAQ (Federación Latinoamericana de Quemaduras), miembro investigador del grupo de investigación UROGIV de la Universidad del Valle, autor en los últimos años de varios artículos publicados en revistas indexadas A y B.

© <https://orcid.org/0000-0002-8748-2967>

✉ [juanpablotrochez23@gmail.com](mailto:juanpablotrochez23@gmail.com)

### **Nilia Matilde Perdomo Oliver**

Fisioterapeuta egresada de la Universidad del Valle, nacionalidad Colombo/chilena. Realizó especialización en Administración en Salud en la Pontificia Universidad Javeriana en 1999 y Especialización en Docencia Universitaria en la Universidad del Valle en el 2000. Su trayectoria laboral inicia en consultorio particular en 1981 hasta 2012 en el área osteomuscular e inicia el desempeño docente en la Universidad del Valle en 1982 hasta la fecha con nombramiento de tiempo completo y categoría docente Asociado. Se desempeñó como docente hora cátedra en la Universidad María Cano entre los años 1999 – 2003 y en la Escuela Nacional del Deporte entre los años 2002 – 2005. Fue directora del Programa Académico de Fisioterapia de la Universidad del Valle en los años 2005 a 2009 y en los años 2015 a 2017.

Pertenece al grupo de investigación Sinergia de la Escuela de Rehabilitación Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle donde tiene publicaciones.

© <https://orcid.org/0000-0003-0247-9687>

✉ [nilia.perdomo@correounivalle.edu.co](mailto:nilia.perdomo@correounivalle.edu.co)

### **Karen Parra Favarony**

Psicóloga egresada de la Universidad San Buenaventura Cali, colombiana, con experiencia en Psicología clínica en el ámbito hospitalario.

© <https://orcid.org/0000-0002-2290-5076>

✉ [karenfavarony@hotmail.com](mailto:karenfavarony@hotmail.com)

### **Sulma Lorena Escobar Castillo**

Psicóloga, egresada de la Universidad San Buenaventura Cali, colombiana, Magister en Familia de la Universidad Javeriana Cali, con amplia experiencia en psicología clínica y psicosocial. Enfocada en fortalecer la salud mental con acciones de promoción y prevención con el objetivo de mitigar riesgos. Actualmente funcionaria de la Alcaldía de Cali, brindando atención psicosocial a población en situación de vulnerabilidad víctimas de conflicto armado, los denominados desplazados. Así mismo con amplia experiencia en instituciones educativas de Cali, de la zona urbana en identificación de consumo de sustancias psicoactivas, violencia sexual y trastornos mentales.

© <https://orcid.org/0000-0002-7267-7681>

✉ [sulmaloreניתа8565@hotmail.com](mailto:sulmaloreнита8565@hotmail.com)

### **Gabriela Gamboa Vallejo**

Psicóloga egresada de la Universidad de San Buenaventura Cali, cursando actualmente último semestre de Especialización en Gerencia de Proyectos, con amplia experiencia en el área social – comunitario, educativo y organizacional, en los últimos años se ha desempeñado como funcionaria pública de la Alcaldía de Santiago de Cali, en la Secretaría de Educación Municipal y en la Secretaría de Vivienda Social y Hábitat.

© <https://orcid.org/0000-0001-9842-4992>

✉ [gabrielagu24@hotmail.com](mailto:gabrielagu24@hotmail.com)

### **Ana María Insuasti Obando**

Psicóloga egresada de la Universidad San Buenaventura de Cali, con especialización en desarrollo organizacional de la Pontificia Universidad Javeriana, con amplia experiencia liderando procesos en la gestión del talento humano en el área organizacional y experiencia de práctica en el área clínica y hospitalaria. Actualmente, profesional de recursos humanos en Comfenalco Valle De la Gente.

© <https://orcid.org/0000-0001-8533-9537>

✉ [ana90\\_18@hotmail.com](mailto:ana90_18@hotmail.com)

### **Isabella Merchán Dellscherff**

Psicóloga egresada de la Universidad San Buenaventura de Cali, con interés en los campos clínicos, educativos y de las organizaciones, desde un enfoque cognitivo conductual. Conocimientos en terapia clínica grupal e individual, procesos de humanización y enseñanza emocional a través de la lúdica.

© <https://orcid.org/0000-0002-4471-9610>

✉ [cisamerchand\\_27@hotmail.com](mailto:cisamerchand_27@hotmail.com)

# Pares Evaluadores

*Peer Reviewers*

**Gabriel Alberto Ortiz Rincón**

Coordinador académico en Red Universitaria de Alta Velocidad del Valle del Cauca

© <https://orcid.org/0000-0001-7176-1024>

**Diego Alejandro Calle Sandoval**

Universidad Libre, Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-4917-5819>

**Jean Jader Orejarena Torres**

Universidad Autónoma de Occidente

© <https://orcid.org/0000-0003-0401-3143>

**Alexander Luna Nieto**

Fundación Universitaria de Popayán

© <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

**Willian Fredy Palta Velasco**

Universidad de San Buenaventura

© <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

**Pedro Antonio Calero**

Investigador Asociado (IA)

Docente Universitario en Fundación Universitaria María Cano

© <https://orcid.org/0000-0002-9978-7944>

**Esperanza Gómez Ramírez**

Investigador Sénior (IS)

Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte

© <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>

**María Alejandra Ceballos**

Fundación Universitaria de Popayán

© <https://orcid.org/0000-0003-0640-4287>

**María Ceila Galeano Bautista**

Universidad Libre

© <https://orcid.org/0000-0002-6679-4259>

**Carol Andrea Bernal-Castro**

Universidad Del Rosario

© <https://orcid.org/0000-0001-8284-0633>

**Mauricio Jiménez**

Universidad Autónoma Latinoamericana

© <https://orcid.org/0000-0003-4811-2514>



## **Distribución y comercialización**

*Distribution and Marketing*

Universidad Santiago de Cali  
Publicaciones / Editorial USC

Bloque 7 - Piso 5  
Calle 5 No. 62 - 00

Tel: (57+) (2+) 518 3000

Ext. 323 - 324 - 414

✉ editor@usc.edu.co

✉ publica@usc.edu.co

Cali, Valle del Cauca  
Colombia

## **Diseño y diagramación**

*Design and layout by*

Juan Diego Tovar Cardenas  
Universidad Santiago de Cali

✉ librosusc@usc.edu.co

Tel. 5183000 - Ext. 322

Cel. 301 439 7925

Este libro fue diagramado utilizando  
fuentes tipográficas Literata en el contenido  
del texto y Open Sans para los títulos.

Impreso en el mes de marzo de 2023.

Se imprimieron 100 ejemplares en los  
Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.

Popayán-Colombia

Tel: (57+) 3136619756

**Fue publicado por la Facultad de Salud de la  
Universidad Santiago de Cali.**