

# 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 (pérdida 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***

