

# 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: 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.***

