

2

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE QUEMADO Y SU FAMILIA

CITA ESTE CAPÍTULO

Obando Cabezas, L. & Ordóñez, E. (2020). Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. En Obando Cabezas, L. & Ordóñez, 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.

CAPÍTULO II

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE QUEMADO Y SU FAMILIA

Lucely Obando Cabezas

Universidad Libre, Seccional Cali

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

Edward Javier Ordóñez

Universidad Santiago de Cali

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

"Quien tiene una razón para vivir, acabará encontrando el cómo"

Viktor Frankl

Introducción

En este texto se presenta el protocolo de atención psicológica que ha guiado el proceso de intervención psicológica a pacientes quemados que han sido ingresados a la Unidad de Quemados del Hospital universitario del Valle (HUV), un hospital público de tercer y cuarto nivel de atención en salud de la ciudad de Cali. La propuesta se realizó desde la convicción teórica y empírica de que las víctimas de quemaduras sufren uno de los más severos traumas al que un ser humano pueda sobrevivir (García 2010).

La experiencia clínica con estos pacientes ha enseñado que una quemadura es un trauma severo físico y emocional que sucede por múltiples causas, en múltiples escenarios, en todos los grupos etarios, y de amplia afectación en la vida de las personas,

por lo que el proceso de atención demanda no sólo intervenir a la persona perjudicada sino a su entorno familiar más inmediato (Bronfenbrenner,1986, Rodrigo y Palacios, 1998, Gimeno, 1999), que se ve directamente afectado por los riesgos de muerte a los que se enfrenta su familiar, o por las consecuencias psicológicas y sociales que este evento ocasiona (Díaz y otros, 2013).

Gracias a que la Unidad de Quemados mencionada ha dispuesto de un servicio psicológico permanente, se ha podido ofrecer a sus pacientes herramientas e intervenciones de orden psicológico que han ayudado a disminuir las reacciones emocionales negativas que les ha generado el evento sufrido y que se han traducido en mayores habilidades de los pacientes para afrontar la adaptación a un medio hospitalario en el que pueden estar recluidos entre un mes y seis meses, dependiendo de la gravedad de las quemaduras que han tenido.

Este protocolo se presenta como modelo de intervención psicológica que tiene el potencial de ser implementado en otros contextos clínicos y hospitalarios del país que trabajen con una población equivalente. Lo respalda y lo valida, además de su implementación continua durante más de quince años, las actividades de práctica profesional de 17 estudiantes de pregrado de psicología en la Unidad de Quemados y diferentes proyectos de investigación desarrollados por algunos de esos mismos estudiantes pertenecientes a dos universidades de Cali (Universidad del Valle y Universidad San Buenaventura) y en los que han abordado temáticas como: La atención psicológica que se le brinda a los pacientes hospitalizados y familiares, factores psicosociales que influyen en la adaptación de los pacientes hospitalizados,, prácticas del personal de salud que facilitan la adaptación del niño hospitalizado, la intervención psicoterapéutica sobre las representaciones asociadas a la corporalidad y a la enfermedad, "protocolo de intervención en crisis psicológica para usuario del Hospital Universitario del Valle, interacción familiar y el proceso de recuperación del niño hospitalizado en el Hospital Universitario del Valle, entre otros.

Este conjunto de aspectos mencionados, la experiencia clínica acumulada de años de intervención psicológica en la Unidad de Quemados, junto a los resultados obtenidos en las prácticas

profesionales y proyectos de investigación realizados por estudiantes de psicología, han permitido ir perfeccionando esta propuesta de protocolo y ha mostrado que las personas tienen la capacidad psicológica para enfrentar toda clase de adversidades que enfrentan en su vida, pudiendo -no sólo sobrellevarlas y superarlas- sino salir fortalecidas de esas situaciones (Vanistendael, citado por Saavedra & Villalta, 2008, p. 13).

Algunas Consideraciones Generales Sobre La Temática.

Lo primero que cabe mencionar es que el presente protocolo se ha aplicado en el HUV, una institución perteneciente a la Red de Salud Pública de Cali, de niveles III y IV, con un modelo de atención de doble carácter, docente y asistencial. En este, la Psicología de la Salud se ha posicionado en todas las unidades de atención que lo componen: Unidad de Cáncer, Medicina interna, Quirúrgicas, Neurología, Urgencias, Ginecología, Rehabilitación física, Hospitalización, etc.

En lo que respecta a la Unidad de Quemados, atiende a personas que han resultado quemadas en un accidente con fuego, productos químicos o la electricidad, todas ellas con graves secuelas y cicatrices irreversibles. De acuerdo con las estadísticas presentadas por la Unidad de Quemados, se estima que durante un año calendario el 1% de la población que ha sufrido una quemadura requiere manejo por un agente de salud entrenado en medio hospitalario.

La edad de los lesionados, así como su extensión y el tipo de quemadura, varían de acuerdo con las características del contexto donde se dio el accidente. En efecto, mientras en los lugares con mayor desarrollo industrial las quemaduras son más frecuentes por llama o accidentes de trabajo; en los sitios con mayor pobreza se producen por líquido caliente como resultado de accidentes domésticos. En Colombia más de la mitad de las quemaduras se producen en pacientes menores de 13 años por líquido caliente, debido al derrame de la sopa sobre el niño que intenta movilizar el recipiente de la cocina. A este grupo de accidentes prevenibles, se debe agregar el uso indiscriminado de la pólvora, situación que se ha empezado a reglamentar en los últimos años en algunas ciudades.

De acuerdo con Berrocal, M. y otros. (2011) y el Curso ABIQ (Atención Básica Inicial del Quemado), la quemadura es la lesión resultante de la explosión a llamas, líquidos calientes, contacto con objetos calientes, explosión a cáusticos, químicos o radiación; o descarga de corriente eléctrica, la cual afecta gravemente el envoltorio de piel en que está recubierto el cuerpo. Es importante resaltar que la piel está compuesta por dos capas: la Epidermis y la Dermis, siendo la primera la capa más superficial y la segunda, la más profunda. La Epidermis sólo está compuesta de células, 98% de queratinocitos y el 2% de melanocitos. La Dermis tiene como principal célula representativa al fibroblasto y contiene los anexos como la glándula sebácea, folículo piloso y glándula sudorípara, además de terminales sensoriales para el dolor, tacto, presión y temperatura. La piel 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, esa es la llamada zona de coagulación. La profundidad de la quemadura depende de la temperatura y del tiempo de exposición a la fuente de calor. Para la valoración clínica de la quemadura, también es importante considerar el grosor de la piel afectada; se debe tener en cuenta que en los niños y las personas de la tercera edad la piel es más delgada y en general a estas edades, las quemaduras resultan ser más profundas de su apariencia inicial (ABIQ 2010).

De acuerdo con ABIQ (2010), y Berrocal, M. et al. (2011) las quemaduras se comprenden como una enfermedad crónica no transmisible y se clasifican en grados según la profundidad de la zona afectada:

Tabla 1. Grados de quemaduras.

Grado I.	Corresponden a las quemaduras producidas por exposición solar, en las cuales se compromete la Epidermis únicamente. Se produce descamación en los siguientes 7 a 10 días, y no queda cicatriz ni cambios de pigmentación a menos que exista una exposición solar continua o la aplicación de algún producto que produzca foto toxicidad.
Grado II.	La lesión alcanza grados variables de la Dermis. Estas quemaduras cuando son superficiales se les denomina Tipo A y cicatrizan en un plazo inferior a 14 días sin dejar secuelas importantes. Sin embargo, cuando destruyen una parte importante de la Dermis, la cicatrización se produce después de los 18 días y la cicatriz es de mala calidad, con aparición de Queloides, hiper o hipo pigmentación y retracciones. Esta quemadura también se llama tipo AB.
Grado III.	Se llama quemadura grado III la lesión que destruye toda la Dermis, y que por lo tanto no deja restos dérmicos o epidérmicos que permitan la epitelización. La cicatrización se produce por segunda intención, es decir, por aproximación de los bordes de la superficie cruenta, y la epitelización solo alcanza uno o dos centímetros desde el borde de piel sana. Para obtener una epitelización completa se requiere desbridar hasta obtener tejido de granulación e injertar. Estas quemaduras se denominan también tipo B.
Grado IV.	La lesión grado IV implica destrucción de músculo o estructuras óseas. Generalmente son el resultado de la energía por electricidad.

Fuente: ABIQ (2010).

Aspectos Psicológicos Del Paciente Quemado.

Se puede afirmar que la Unidad de Quemados es una de las áreas del HUV que más demanda la atención psicológica para sus pacientes. Estos requieren intervenciones efectivas, tanto del orden médico como del psicológico, dado el efecto fisiológico y el altísimo impacto emocional que les causan el trauma térmico. La magnitud del cuadro sintomático del estrés protraumático depende de diversos factores relacionados con la gravedad de la quemadura y el estado premórbido del paciente (Grau, j. y otros. 2005). También, la afectación emocional se encuentra asociada a la alteración de la imagen corporal que puede producir el evento (Grau, j. y otros. 2005) y el drama socioeconómico que puede propiciar en las personas quemadas (Cardona B.2007). Este conjunto de aspectos propicia estados de ansiedad, depresión, aislamiento, hostilidad al medio,

pérdida de autoestima, alucinaciones y las demás señales de la reacción de adaptación que exacerban el cuadro doloroso. Aunque cabe precisar que estas, más que relacionadas con la quemadura se conectan con la capacidad de respuesta emocional de cada paciente (Celko, 2009).

Durante el periodo de hospitalización el paciente quemado presenta diversos síntomas emocionales, entre los más comunes se encuentran la ansiedad, el miedo, la tendencia al llanto, la disminución del apetito y el insomnio, estos últimos propios de un cuadro de depresión (De los Santos, 1999, Corry, J.2010, Moreno, I y Delgado. G 2010, Gallach, E. y otros 2015). Entre los motivos para que tengan los pacientes niveles altos de depresión se destacan el impacto emocional que les deja el trauma térmico, y la experiencia de hospitalización, que tiende a suscitar sentimientos de incapacidad y dependencia. Aunado a lo anterior, es frecuente observar que el proceso de recuperación no es constante; se dan en él altibajos que propician depresiones mayores, que los pueden afectar a tal grado que se vuelven vulnerables a cuadros de sepsis e infección generalizada (Allué, M. 2013) y así retrasar la cicatrización o la integración de los injertos recibidos. El dolor causado por las curaciones, las cirugías y hasta los ejercicios que realizan con los fisiatras, fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales son otros de los agravantes de la depresión de los pacientes.

El paciente quemado atraviesa por una dolorosa experiencia de vida con cambios drásticos de la cotidianidad que llevaba antes de su accidente; en la Unidad de quemados enfrenta el dolor físico de sus heridas, el dolor psicológico de las pérdidas que le van dejar las quemaduras, el proceso de hospitalización y la incapacidad física transitoria o permanente con que van a quedar (Palmu, R 2011). Por esto, en el protocolo se integraron las actividades de intervención psicológica que se disponían en nuestro medio para optimizar la calidad de vida del paciente durante su tiempo de hospitalización. Estas actividades ofrecen herramientas psicológicas para que pueda asimilar la situación que vive, controlar el dolor físico, minimizar los efectos negativos que produce la hospitalización y finalmente afrontar las amputaciones y cicatrices que modificaran su auto concepto (Escobar, 2006). En otras palabras, para buscar un buen resultado en el proceso de recuperación del paciente es determinante

realizar desde el inicio un manejo psicológico integral ajustado a un protocolo que sortee con complicaciones emocionales en el paciente que pueden evitarse (Oramas, 2006; Zapata, 2010; Díaz, 2013).

Achuer (1993) afirma que el tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente con el fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo y que por lo tanto el equipo multidisciplinario de profesionales y especialista en quemados lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura de este paciente. Según el autor, las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente. El tipo de lesiones que sufren los pacientes quemados hace que su recuperación requiera de un personal profesional debidamente entrenado.

En cuanto a técnicas de intervención, el autor hace referencia a la intervención en crisis, la cual debe ofrecerles a los pacientes oportunidad de expresar sus emociones desde el primer día, por lo que es necesario contar con los servicios de psicólogos, capacitados para esa labor. Igualmente, Achuer (1993) y Cardona (2007), manifiestan que el psicólogo deberá concienciar al paciente de que su actitud será fundamental para la efectividad del tratamiento, por lo que conductas no proactivas a su proceso de recuperación van a dificultar el progreso de la cicatrización y a disminuir la adaptación al medio hospitalario. También subrayan los autores que es importante identificar y consolidar la red de apoyo social con que cuenta el paciente, de ser posible desde el primer día de ingreso. Según Achuer (1993), el mejor predictor del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuentan los pacientes, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. Son ellos los que están en mejor capacidad de brindarles acompañamiento emocional al paciente quemado y ayudarle así manejar asertivamente la amplia gama de sentimientos y emociones que pueden experimentar (culpa, incredulidad, duelo)

Así mismo, Achuer (1993) recomienda la técnica de relajación simple, las técnicas de autocontrol, la respiración primaria y las técnicas de disociación, como formas de manejo de las reacciones emocionales negativas generadas ante el evento, y de las cuales podría disponer cuando así lo requiera (Del Sol, citado por Achuer, 1993). Un aspecto al que contribuyen las técnicas de relajación es el control del dolor (Alencar 2013). Los grados elevados de ansiedad y la atención en el estímulo generador provocan mayor percepción del dolor. Las técnicas de relajación pueden contribuir no sólo a disminuir la ansiedad, sino también disminuir la percepción del dolor; y potencializar los analgésicos (Alencar 2013).

Con estos pacientes debe considerarse, además, que el dolor lo ocasiona la lesión y los tratamientos médicos. Por ejemplo, para que la cicatrización tenga lugar, las heridas deben ser lavadas con técnicas de enfermería que producen mucho 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 injerto. Siguiendo este orden de ideas, Bluinfield y Schoeps (1993) han destacado el papel del control del dolor. Sin embargo, enfocan el dolor proveniente de las pérdidas. Opinan que todo paciente que ha sufrido una quemadura o una lesión grave ha sufrido una pérdida. Puede haber perdido una función, un rol, independencia o la sensación de seguridad en el mundo, tal vez su hogar, sus posesiones o a sus seres queridos. En algunos casos, la pérdida es evidente, pero no siempre, pues el dolor es un fenómeno complejo, causalmente multideterminado Donker (1991), Alencar (2013). Cualquier experiencia dolorosa tiene componentes sensoriales, afectivos, motivacionales, cognitivos y sociales (Alencar 2013; Gallach, 2015), lo que implica que lo psicológico debe de ser tenido en cuenta para un tratamiento óptimo (Alencar 2013). En este marco, la psicología proporciona las estrategias y técnicas adecuadas que sirven como coadyuvantes al tratamiento global del paciente. Tratamiento que requiere la inclusión de profesionales de la psicología, con la formación adecuada.

Otra emoción común en pacientes quemados es la ansiedad (Corry 2010; Moreno y Delgado 2010; Gallach 2015). Esta emerge porque la persona experimenta el trauma como una situación peligrosa, que hace surgir miedos básicos experimentados en la infancia.

Blumenfeld y Schoeps (1993) han observado siete tipos de ansiedad, en estos pacientes: la amenaza básica a la integridad narcisista, miedo a los extraños, miedo a la separación, miedo a perder el amor y la aprobación, miedo a lesionar, miedo a perder partes del cuerpo y miedo a perder el control de las funciones del cuerpo.

En conclusión, el apoyo psicológico al paciente quemado y su familia es fundamental por varias razones. En primer lugar, para contener y darle un mejor trámite a las intensas reacciones emocionales negativas que propicia en pacientes y sus familiares quemaduras extensas en el cuerpo. En segundo lugar, para favorecer la adaptación del paciente al medio hospitalario considerándose que pueden pasar por largos periodos de estadía en el hospital. En tercer lugar, para facilitar la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos, los cuales demandan su activa y permanente colaboración para que se concrete su recuperación en salud. En cuarto lugar, para ayudar al paciente a manejar física y emocionalmente el dolor, experiencia muy presente en los pacientes quemados hospitalizados. Y finalmente, para posibilitar la aceptación de las consecuencias físicas, psicológicas, sociales, familiares, laborales que pueden dejar el trauma térmico, una vez superada la hospitalización.

Protocolo de Intervención Psicológica.

Como cualquier otro protocolo, este responde a la necesidad de sistematización de la labor profesional que se ha venido desarrollando en la Unidad de Quemados del HUV, en mira de procesos de certificación a los que deben responder todas las instituciones de salud pública del país. Y se organizó con el propósito de no sólo informar a directivas y autoridades pertinentes de las actividades que realizan los psicólogos a los pacientes quemados, sino también para definir un derrotero de acción profesional que sirva de guía a todo el personal de salud de la Unidad.

Hay que señalar que dicho personal tiene un alto nivel de rotación en la unidad, especialmente por las prácticas profesionales que adelantan estudiantes de diversas carreras (psicología, medicina, fisioterapia salud ocupacional, entre otros) los cuales cumplen

rotaciones en la Unidad en periodos que van desde 3 meses hasta un año. De este modo, el protocolo ha permitido que el proceso de intervención psicológica no se vea interrumpido o alterado en su aplicación por el inicio de la rotación de un nuevo profesional de la salud en la Unidad.

El protocolo se definió a partir de estas consideraciones operativas y clínicas:

1. La intervención psicológica no empieza con la remisión que hace un médico a psicología. Inicia desde el momento en que ingresa el paciente a la Unidad de Quemados. La intervención de psicología no requiere de la autorización previa del médico, porque todo el personal de salud comprende la importancia que tiene esta durante todo el periodo de hospitalización del paciente (Corry, 2010). El profesional en psicología interviene desde el inicio realizando la valoración psicológica tanto al paciente como a su familia. Es importante anotar que la ausencia de este profesional no excluye que el resto del equipo realice las acciones básicas tendientes a evitar o minimizar las complicaciones inherentes.

2. La atención psicológica está concebida básicamente como un apoyo al ejercicio clínico del cuerpo médico interdisciplinario de la sala, comprendido por las enfermeras, la fisioterapeuta, la terapeuta ocupacional y los médicos especialistas (Corry, 2010). Esto ha implicado que la intervención psicológica sólo puede realizarse en coordinación con la atención que efectúan otros profesionales de salud. De este modo, los psicólogos son profesionales que han encontrado su lugar en la Unidad de Quemados al adoptar un propósito de ayuda para la concreción de las metas de intervención que el personal de salud médico y no médico tiene con el paciente.

En tal sentido, los psicólogos ayudan a médicos para que el paciente colabore con cirugías o dolorosos procedimientos de curación diaria; contribuye en la labor de enfermeras y fisioterapeutas para que tenga adherencia a medicamentos y a los múltiples tratamientos de rehabilitación que recibe. También ayudan a psiquiatría depurando

los casos en los que se requiere urgentemente la intervención psicofarmacológica de aquellos casos que se pueden darle un manejo con técnicas de apoyo psicológico. Igualmente, contribuye en la labor que realiza el trabajador social identificando casos en los que están presentes graves problemáticas familiares o sociales y trabaja en coordinación con profesionales en terapia ocupacional en la búsqueda de un plan de ocupación pertinente, que traiga como resultado la facilitación de los diversos programas de intervención y el paciente pueda sobrellevar la estadía prolongada en el hospital.

3. El protocolo parte del supuesto que existen ciertos aspectos que son comunes a todos los pacientes quemados hospitalizados (Zapata M. 2010), y que son fundamentales para su recuperación integral, en el que se le apuesta al mejoramiento físico y a atender componentes emocionales y mentales propios de la experiencia hospitalaria. Este supuesto ha determinado que se definan actividades de intervención diaria para cada uno de los pacientes, aún a pesar de que no se hayan realizado reportes del personal de salud que indique que cierto paciente en particular requiere de atención psicológica. Se da por sobrentendido que el paciente enfrenta una situación emocionalmente exigente y que por ello requiere de acompañamiento profesional psicológico, aunque el paciente no lo verbalice, no esté generando situaciones de conflicto en la Unidad o esté colaborando activamente con todos los procedimientos médicos. En consonancia con lo anterior, el Protocolo fue diseñado conforme a las diferentes etapas psicológicas de reacción al trauma por las que atraviesa el paciente quemado, las cuales, según Welch (1991), se puede agrupar en las siguientes tres fases Fase aguda: Es la fase de urgencia médica y estabilización del paciente; Fase reconstructiva: Es la fase de lento y progresiva recuperación de la salud del paciente; Fase de ajuste a largo plazo o de readaptación social: es la fase de preparación de la salida del paciente.

4. El Protocolo intenta responder a necesidades psicológicas diferenciales de los pacientes, especialmente en lo que se relaciona con la edad del paciente. Este es quizás el aspecto diferencial en el que la experiencia clínica ha mostrado tener mayor relevancia para la intervención psicológica, en comparación con otros aspectos de poco impacto como el sexo, etnia, condición económica o creencias culturales. Es de aclarar que las actividades de intervención que se consignan en el Protocolo no tienen objetivos de transformaciones estructurales de la personalidad premórbida del paciente quemado.

En otros términos, en ninguno de sus propuestas de intervención se promueve la resolución de problemáticas psicológicas previas al evento de la quemadura. Lo que pretenden estas intervenciones es que el sujeto hospitalizado pueda afrontar con la extrema situación de salud en la que se encuentra, en la cual el dolor, el riesgo de muerte y posibles deformaciones físicas son realidades omnipresentes y que lo pueden conducir a una situación de exclusión social, por la transformación de su estética corporal, o de limitación para la integración laboral, por las pérdidas de funcionalidad corporal que le pueden dejar las quemaduras.

Caracterización de la intervención psicológica por fases.

Se exponen a continuación las características de cada una de las fases y los propósitos generales que se adoptan durante el periodo de hospitalización del paciente quemado.

Tabla 2. Fases del proceso de intervención psicológica, paciente adulto.

FASE AGUDA	
CARACTERIZACIÓN DE LA FASE	Corresponde al periodo que va desde el ingreso a Urgencias y estabilización física, y de las primeras 24 a 72 horas. En esta etapa, el paciente quemado está luchando por su vida, enfrenta el cambio de estar saludable a la situación de crisis y de peligro de muerte. Durante esta etapa es común que el paciente utilice defensas como la negación y represión los delirios, episodios agudos de ansiedad e insomnio, son frecuentes
PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	En esta parte, mientras el paciente quemado es estabilizado físicamente, se trabaja, principalmente, con su familia.

FASE RECONSTRUCTIVA	
CARACTERIZACIÓN DE LA FASE	Según la evolución de cada paciente, esta fase corresponde al periodo de hospitalización, programación para cirugías, curaciones, fisioterapia y demás intervenciones. En esta etapa el paciente ya no se encuentra en peligro inminente de muerte, aunque aún hay riesgos por complicaciones. La lucha es contra el dolor constante, por las heridas, y por los procedimientos como escarectomías, cirugías y demás procedimientos pertinentes para la recuperación del paciente. Las reacciones psicológicas observadas en la interacción diaria que se tiene con los pacientes son: Miedo a los tratamientos, ansiedad por el futuro que le depara, depresión por la pérdida de seres queridos, de funciones, el desfiguramiento, y las amputaciones. El mayor problema que se presenta en esta fase es la depresión que puede interferir en el proceso recuperación física
PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	En esta fase los objetivos terapéuticos son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Concientizar a los familiares y pacientes de su papel en el proceso de recuperación. 2. Ayudar al paciente quemado y a sus familiares a afrontar y aceptar los cambios físicos y psicológicos producidos por la enfermedad. 3. Disminuir niveles de ansiedad y angustia en pacientes y familiares.
FASE DE AJUSTE A LARGO PLAZO	
CARACTERIZACIÓN DE LA FASE	Es la fase que vive el paciente cuando se encuentra próximo al retorno a su hogar o ya se ha integrado a su sistema de cotidianidad. Es de vital importancia realizar seguimiento sobre el comportamiento del paciente en el hogar, porque puede presentar tendencias al aislamiento por las secuelas físicas, es muy importante mantener los logros que se adquirieron durante la hospitalización.
PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	La intervención psicológica en esta fase está dirigida a afianzar la readaptación social y emocional del paciente y su familia. Se basa en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo a partir del planteamiento y/o modificación de un nuevo proyecto de vida. 2. Intervención psicológica al paciente que presente dificultades en el proceso de readaptación al medio social y familiar. 3. Facilitar la adherencia del paciente a los programas de rehabilitación en los cuales se encuentra incluido por consulta externa:

Fuente: elaboración propia (2017).

Atención Psicológica en Paciente Pediátrico.

En lo referente a la atención pediátrica, estas son sus características y los propósitos que persigue:

Tabla 3. Atención psicológica en paciente pediátrico.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO	
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN</i>	Las propuestas de intervención no están sujetas a las fases de hospitalización en que se encuentra el niño. La mayor vulnerabilidad emocional del niño y su dependencia con un adulto obliga a que las actividades de intervención se realicen durante todo el tiempo en que se encuentra hospitalizado el niño. La intervención requiere incluir a los padres del menor como red de apoyo omnipresente durante la hospitalización del niño.
<i>PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA</i>	Concederles una atención preferente y permanente a los menores que ingresan a la Unidad de Quemados, dada la mayor vulnerabilidad emocional de un niño y en cumplimiento de las normas legales que rigen al respecto en salud pública.

Fuente: elaboración propia (2017).

Actividades de Intervención Psicológica por Fases.

En cuanto a las actividades a realizar en cada una de las fases, estas se describen en los siguientes cuadros.

Tabla 4. Actividades de intervención psicológica en la fase aguda.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE AGUDA		
PSICOEDUCACIÓN: TALLERES CON FAMILIARES	DESCRIPCIÓN	En estos talleres se le brinda a los familiares toda la información correspondiente a la naturaleza, grado y extensión de la lesión y su tratamiento, también se le brinda la información pertinente a las condiciones del servicio en cuanto a las normas con respecto a las visitas, los horarios, los elementos que deben traerle al paciente y también lo que no pueden traerle, también se les explica las condiciones de higiene de la Unidad para no infectar a los pacientes que se encuentren en hospitalización.
	OBJETIVOS	Disminuir los niveles de ansiedad en familiares del paciente quemado.
		Brindar información sobre lo concerniente a la quemadura del paciente y preparar a la familia para lo que pueda llegar a ocurrir en corto y mediano plazo con su familiar.
		Brindar información sobre las reglas de permanencia en la Unidad de Quemados.
	POBLACIÓN	Familiares de pacientes ingresados a la Unidad
	INDICADORES DE LOGRO	El cumplimiento de las normas establecidas en la Unidad.
		El grado de conocimiento y aceptación de la enfermedad y tratamiento de los familiares del paciente quemado.
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología	
	Físicos: Consultorio de psicología.	

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE AGUDA		
VALORACIÓN PSICOLÓGICA	DESCRIPCIÓN	Valoración del estado emocional del paciente en los primeros días de ingreso al servicio hospitalario a través de un formato institucional de evaluación psicológica.
	OBJETIVOS	Establecer un perfil básico de la personalidad premórbida del paciente.
		Identificar las principales herramientas psicológicas que dispone el paciente para enfrentar su condición de salud
		Analizar el modo en que enfrenta su condición y las implicaciones que ello puede traer a su proceso de adaptación hospitalaria
	POBLACIÓN	Pacientes ingresados a la unidad de quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Pacientes con evaluación clínica consignada en la historia clínica
		Aplicación y seguimiento del personal de salud de recomendaciones en la atención que se le debe brindar algunos pacientes.
	RECURSOS	Humanos: Personal de psicología
Físicos: formato institucional de evaluación psicológica		

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 5. Actividades de intervención psicológica en la fase reconstructiva.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
TALLERES PSICOEDUCATIVOS Y PSICOTERAPÉUTICOS CON PACIENTES Y FAMILIARES	DESCRIPCIÓN	<p>Esta actividad se realiza con otros profesionales que intervienen en el proceso de recuperación del paciente quemado, en las áreas de terapia ocupacional, fisioterapia, nutrición y psicología. Se trabajan los siguientes temas:</p> <p><i>Nutrición del paciente quemado.</i></p> <p><i>Prevención de las quemaduras.</i></p> <p><i>Cuidados de la piel en el paciente quemado.</i></p> <p><i>Importancia del ejercicio en el paciente quemado.</i></p> <p><i>Juego como medio terapéutico.</i></p> <p><i>Férulas.</i></p> <p><i>Presoterapia.</i></p> <p><i>Expresión de sentimientos.</i></p> <p><i>Normas de la unidad de quemados.</i></p> <p><i>La importancia del cuidado al otro y de la afectividad en la recuperación del paciente.</i></p>
	OBJETIVOS	Brindar información de manera clara y sencilla al paciente y a la familia acerca de diferentes temas relacionados con su proceso.
	POBLACIÓN	Familiares y pacientes quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Familiares y pacientes con conocimientos adecuados.
		Disminución de síntomas ansiosos.
	RECURSOS	Humanos: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicóloga
Físicos: Consultorio Psicológico. Ayudas didácticas		

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
EVALUACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE	DESCRIPCIÓN	Valoración más completa y permanente del estado emocional del paciente que se realiza mediante observación y análisis del modo de afrontamiento de la enfermedad, reportes del personal de salud sobre su proceso de adaptación al medio hospitalario y la manera de relacionarse con el personal de salud, y finalmente, entrevista clínica directa con el paciente.
	OBJETIVOS	Establecer un perfil completo de la personalidad premórbida del paciente como: fortalezas y debilidades, modos de relación adoptados en su vida, estrategias de afrontamiento, ambiente familiar y social para predecir y direccionar los procesos de adaptación, recuperación y rehabilitación del paciente.
		Analizar el modo en que sobrelleva su condición de salud y su proceso de adaptación hospitalaria.
	POBLACIÓN	Pacientes ingresados a la Unidad de Quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Pacientes con tratamientos psicológicos establecidos de acuerdo a lo encontrado en la evaluación.
	RECURSOS	Humanos: Personal de psicología
Físicos: formato institucional de evaluación psicológica		

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
PREPARACIÓN PARA CIRUGÍA	DESCRIPCIÓN	En esta actividad se le brinda al paciente y a sus familiares toda la información pertinente y necesaria sobre la cirugía a realizar, además del procedimiento, su evolución y recuperación.
	OBJETIVOS	Posibilitar que el paciente asimile procesos quirúrgicos severos, en los cuales suele presentarse modificaciones notables de su esquema corporal.
		Disminuir la ansiedad pre y post operatoria a través del entrenamiento en técnicas de relajación y respiración.
	POBLACIÓN	Familiares y pacientes quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Disminución de reacciones emocionales negativas ante el proceso quirúrgico.
	RECURSOS	Aceptación del esquema corporal en caso de modificación.
Humanos: Psicología, médico cirujano.		
Físicos: Consultorio de psicología, habitación del paciente		

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL AL PACIENTE	DESCRIPCIÓN	<p>Terapia de apoyo psicológico, enfocada a intervenir la manera como el sujeto enfrenta emocionalmente su proceso de hospitalización con las siguientes técnicas:</p> <p><i>Escuchar y entender</i> <i>Facilitación y evocación</i> <i>Expresión de sentimientos</i> <i>Apoyo</i> <i>Dirección y educación</i> <i>Estructuración o manipulación ambiental</i> <i>Clarificación</i> <i>Sugestión</i> <i>Reestructuración cognitiva</i> <i>Interpretación</i></p>
	OBJETIVOS	Facilitar proceso de adaptación y aceptación del evento ocurrido y a la hospitalización.
		Disminuir reacciones emocionales negativas y reactivas al proceso de quemadura
	POBLACIÓN	Pacientes ingresados a la Unidad de Quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Pacientes con procesos de adaptación al medio hospitalario adecuado
Aceptación del evento ocurrido.		
Disminución de reacciones emocionales negativas.		
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología	
	Físicos: consultorio de psicología, habitación del paciente.	

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
INTERCONSULTA CON PSIQUIATRÍA	DESCRIPCIÓN	<p>Se hará remisión a psiquiatría cuando el paciente presente síntomas emocionales severos y persistentes que no son posibles de controlar mediante la intervención psicológica indicada. Tales síntomas son:</p> <p><i>Depresión severa:</i> <i>Llanto frecuente.</i> <i>Ideas de muerte.</i> <i>Disminución del apetito.</i> <i>Aislamiento permanente.</i> <i>Delirios, Alucinaciones y/o delirium.</i> <i>Trastorno en estado de conciencia.</i> <i>Desorientación temporo- espacial.</i> <i>Trastornos en la memoria.</i> <i>Reacciones maniacas o agitación motora.</i></p>
	OBJETIVOS	<p>Valorar al paciente por psiquiatría y que reciba tratamiento si así lo requiere, para facilitar su adaptación al medio hospitalario y aceptación de lo ocurrido.</p>
	POBLACIÓN	<p>Pacientes ingresados a la Unidad de Quemados</p>
	INDICADORES	<p>Pacientes con disminución de síntomas Psicológicos presentados</p>
	RECURSOS	<p>Humanos: Personal de psicología y psiquiatría</p> <p>Físicos: formato institucional de interconsulta</p>

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE RECONSTRUCTIVA		
INTERCONSULTA CON TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL	DESCRIPCIÓN	Se pasará interconsulta a terapia ocupacional USM a pacientes con estadía prolongada o que muestren síntomas de depresión reactiva a la hospitalización.
	OBJETIVOS	Diseñar un plan ocupacional para el paciente que traiga como resultado la facilitación de los diversos programas de intervención que le son realizados.
	POBLACIÓN	Pacientes ingresados a la Unidad de Quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Pacientes con menos síntomas depresivos
		Pacientes con facilidad para adaptarse al medio hospitalario.
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología y terapia ocupacional.	
	Físicos: formato institucional de interconsulta.	

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 6. Actividades de intervención psicológica en la fase de readaptación social.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA FASE DE READAPTACIÓN SOCIAL		
APOYO PSICOLÓGICO	DESCRIPCIÓN	En esta actividad se realiza un seguimiento de cada paciente para apoyarlo en su retorno a la vida social y familiar, por medio de citas periódicas semanales, Su duración dependerá del estado del paciente, esta intervención se realiza por consulta externa. En la intervención se evalúa con el paciente los cambios que debe hacer en su vida en diferentes niveles en lo que concierne a temas laborales, económicos, profesionales, sociales y familiares, en consideración con las secuelas físicas que le pueden haber ocasionado las quemaduras.
	OBJETIVOS	Apoyar al paciente quemado en la reintegración a su entorno social y familiar
		Facilitar al paciente la aceptación de las secuelas físicas que ha dejado su accidente con quemaduras relacionadas con cambios en su imagen corporal por pérdida de miembros o por deformaciones y cicatrices.
	POBLACIÓN	Familiares y paciente quemado
	INDICADORES DE LOGRO	Readaptación al medio social y familiar.
		Adhesión del paciente a los programas de rehabilitación correspondientes. Rehabilitación del paciente quemado.
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología.	
	Físicos: Consultorio de psicología.	

Fuente: Elaboración Propia (2017).

Tabla 7. Actividades de atención psicológica en el paciente pediátrico.

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO		
TERAPIA LÚDICA CON EL MENOR	DESCRIPCIÓN	<p>La intervención psicológica a utilizar con los niños es la terapia lúdica, la cual puede ser de dos tipos: Directiva o no directiva. Se trabajará con juegos o con dibujos.</p> <p>Gracias a que el juego es una actividad que proporciona muchos elementos saludables para los niños y posibilita el desarrollo físico, mental y social del menor, mediante esta técnica se les da la oportunidad de expresar sus sentimientos y emociones generadas después de la quemadura y la hospitalización.</p>
	OBJETIVOS	<p>Proporcionar herramientas de ayuda que favorezca la adaptación del niño al medio hospitalario, así como la aceptación de sus lesiones y los cambios corporales que pueden producirse a futuro.</p>
		<p>Facilitar la elaboración de la experiencia traumática vivida por el menor.</p>
	POBLACIÓN	Menor hospitalizado en la Unidad de Quemados
	INDICADORES DE LOGRO	Adaptación del paciente (adulto-niño) quemado al medio hospitalario.
		Aceptación de procedimientos quirúrgicos por el paciente quemado
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología	
	Físicos: Sala de Juegos con sillas y mesas. Juegos de mesa muñecos, elementos para hacer dibujos: Lápices de colores, sacapuntas, hojas, libros para colorear.	

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO		
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PADRES DEL NIÑO	DESCRIPCIÓN	<p>En pacientes pediátricos la intervención abordará de manera especial a los padres (en algunos casos, a otros miembros de la familia), pues dada la mayor condición de dependencia que presenta el paciente infantil con ella, lleva a que sentimientos típicos de los padres como la culpa y la ansiedad afecten fácilmente la adaptación del niño al medio hospitalario y por ende su recuperación.</p> <p>Se utilizan las intervenciones en crisis en los momentos que se les informa a los padres noticias sobre un evento inesperado, el resultado de un examen poco favorable, un mal pronóstico de la enfermedad del niño o su fallecimiento. Otra intervención psicológica utilizada es la psicoterapia de apoyo, allí se les escucha y orienta para que desarrollen estrategias de afrontamiento ante el accidente y el proceso de hospitalización de sus hijos.</p>
	OBJETIVOS	<p>Contener emocionalmente a los padres para prevenir actos que atenten contra la integridad física y psicológica de las personas que se encontraran a su alrededor.</p>
		<p>Reducir niveles de ansiedad, incertidumbre, angustia, impotencia, confusión y tensión, sentimientos que pueden estar generando la emergencia médica del niño. .</p>
	POBLACIÓN	Padres del menor hospitalizado en la Unidad de Quemados.
	INDICADORES DE LOGRO	<p>Colaboración del paciente (adulto-niño) y familiares con los diferentes profesionales que interfieren en su proceso de recuperación.</p>
		<p>Aceptación de procedimientos quirúrgicos por el paciente quemado y sus familiares.</p>
RECURSOS	Humanos: Personal de psicología	

Fuente: elaboración propia (2017).

Últimas aclaraciones sobre el protocolo.

Las actividades que han sido consignadas en este protocolo se han definido a partir de los requerimientos psicológicos que la experiencia clínica, la literatura académica sobre el tema y los datos que se han logrado obtener con varios proyectos de investigación realizados por estudiantes de pregrado de psicología han mostrado son fundamentales en la intervención psicológica a pacientes quemados. Como se indica en los cuadros anteriores, son varios los modelos de intervención psicológicos que se emplean para la intervención del paciente quemado. A continuación, se presentan los más destacados:

Psicoterapia de apoyo.

Psicoeducación.

Terapia cognitiva.

Intervención familiar

Intervención en crisis.

Terapia lúdica para los niños.

Estos tipos de intervención psicológica fueron definidos, no como consecuencia de la apropiación previa de un modelo teórico que recomendara su uso, o por la formación profesional adquirida por la psicóloga a cargo de la coordinación de las actividades de intervención psicológica en la Unidad. La clave de las actividades que se establecieron para el protocolo fue la labor terapéutica que la experiencia clínica produce en cuanto a efectos terapéuticos en los pacientes hospitalizados conforme a las problemáticas psicológicas que padecen. En ese orden de ideas, los modelos de intervención incluidos y descritos lo han sido gracias a que actúan en la dirección de la labor terapéutica que se debe realizar con el paciente.

Entre tales labores terapéuticas se encuentran:

1. Brindar información que ayude al paciente y a la familia a entender lo que le está ocurriendo física y mentalmente, así como ayudar a anticipar el camino por el que va a transitar durante el tiempo de hospitalización. Esta labor es necesaria para transformar ideas, conceptos y creencias generalmente erróneas sobre aspectos de la enfermedad, hospitalización y tratamiento. Ahí se busca esclarecer ideas asociadas a la quemadura como sus causas y creencias, teniendo en cuenta el conocimiento previo que el paciente y su grupo familiar tenían sobre las quemaduras, al igual que abordar inquietudes relacionadas con el tratamiento, medicación, cuidados, riesgos, recuperación, normas de prevención, procedimientos durante la hospitalización, entre otros. Esta labor da como resultado la adaptación de los pacientes al medio hospitalario, ya que facilita en los pacientes la construcción de herramientas adaptativas en situaciones de temor, generadas –principalmente– por el desconocimiento y la falta de información; entre los ejemplos más frecuentes aparecen la representación del paciente frente a la gravedad de su enfermedad y cómo se llevan a cabo los procedimientos.

2. Cultivar una esperanza razonada de lo que puede acontecer o lo que se pueda lograr en el futuro con respecto al proceso que vive el paciente quemado. Como lo plantea Ellis, (Citado por Lega, 1991), “las emociones no están determinadas por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. Por lo tanto, la interpretación de estas situaciones expresada en forma de pensamientos, influyen sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente”. (pág. 220). Y la esperanza es un factor emocional con gran poder para modificar una visión negativa acerca de la enfermedad y el proceso de hospitalización por otra visión más realista que lo motive a soportar la crisis vital que se encuentra atravesando.

3. Empoderar al paciente, reconocerle su derecho a tener un control mínimo sobre su prolongado proceso de hospitalización. Empoderar al paciente lo lleva a identificar su

rol activo y el compromiso requerido con su propio bienestar emocional, lo que le permite entender que todo el personal de salud espera su colaboración y la toma de decisiones que vaya en pro de su bienestar. Por ejemplo, que tenga claras las nefastas consecuencias que puede traer para su salud que decida interrumpir su tratamiento en la Unidad al estar dominado por la ansiedad de salir del hospital después de muchas semanas interno. Empoderar al paciente lleva -casi siempre- a que incremente su motivación para estar más informado sobre temas relacionados con la quemadura, el tratamiento y la hospitalización, y de esa manera pueda ser protagonista de su proceso de recuperación y esté más capacitado para enfrentar sus consecuencias.

4. Promover la adopción de una actitud de aprendizaje hacia la vida que le permita extraer lo positivo que puede haber en esta experiencia tan traumática que es tener quemaduras extensas en el cuerpo. Esta actitud los motiva para participar en las actividades que se programan en la Unidad, les ayuda a aprovechar el tiempo de hospitalización, aceptar las posibilidades y limitaciones que le impone su condición y mejorar así sus sentimientos frente a la hospitalización. .

5. Aprender a olvidar, aunque sea temporalmente, la situación de malestar física en la que se encuentra el sujeto para mantenerse alegre y optimista con su recuperación. Esta labor se realiza comúnmente en colaboración con salud ocupacional a través de diversas actividades que se programan con los pacientes y sus familiares.

6. Permitir la expresión de emociones y sentimientos del paciente y su familia para facilitar la comprensión de la situación y las construcciones de sentido que se asocian a todo este proceso. Aunque en muchas ocasiones no le resulta fácil al paciente compartir su mundo interior cargado de miedos y angustias, estos rápidamente se dan cuenta que es una estrategia efectiva para posibilitar apoyos de otros que son necesarios para sobrellevar las cargas emocionales que les implica sus circunstancias de salud.

7. Ayudar a vislumbrar soluciones a algunas de sus preocupaciones. A través de esta labor se le asiste al paciente para que pueda dimensionar y resolver algunas situaciones críticas de lo que le acontece en su entorno familiar, laboral o social en las que el paciente no ha podido esclarecer recursos de ayuda o encontrar soluciones específicas.

8. Promover la valentía como requerimiento para desarrollar estrategias de afrontamiento para las problemáticas de salud previa a las quemaduras, los procedimientos médicos que se necesitan practicarle al paciente o para lidiar con las consecuencias inevitables que trae el accidente y el proceso de hospitalización. La valentía es, sin duda, uno de los mayores aliados en la intervención en salud. Muchos procesos clínicos no se llevan a cabo por cobardía del paciente, que, por ejemplo, no quiere conocer qué tipo de enfermedad tenía antes de sufrir las quemaduras, o no quiere informar a sus familiares aspectos sensibles de su estado de salud, o no autoriza un procedimiento clínico vital para su recuperación. La promoción de la valentía para los procedimientos médicos se efectúa recordándole al sujeto las ineludibles consecuencias que trae no encarar ciertas decisiones y la responsabilidad que él o ella debe tener consigo mismo y con otras personas implicadas en su vida.

9. Consolidar una red de apoyo que acompañe al paciente durante su periodo de hospitalización compuesta por sujetos con habilidad para reducir los niveles altos de ansiedad, incertidumbre, angustia, impotencia, confusión y tensión que le genera el suceso traumático al paciente hospitalizado.

Alegría, esperanza y tranquilidad son entonces las emociones que se buscan fortalecer en los pacientes quemados, mediante la reafirmación de ciertos hábitos que facilitan la elaboración de la experiencia traumática vivida, entre los que cabe destacar, comunicar, aprender, olvidar, enfrentar y colaborar.

En la siguiente tabla se sintetizan las labores terapéuticas que se adelantan con los pacientes en procura de materializar el objetivo general que tiene la intervención psicológica al paciente quemado, que, como se dijo anteriormente, consiste en ayudarlo a sobrevivir

a la extrema situación de salud en la que se encuentra, en donde el dolor, el riesgo de muerte y las posibles deformaciones físicas son realidades omnipresentes.

Tabla 8. Labores terapéuticas.

LABOR TERAPÉUTICA A REALIZAR CON EL PACIENTE.		PROPÓSITO QUE SE PERSIGUE
1.	DAR INFORMACIÓN	Ofrecer conocimiento objetivo sobre la situación en que se encuentra el paciente quemado para evitar acciones contraproducentes en su bienestar, o que reduzca estados emocionales negativos como la angustia y la depresión, que pueden conducir al empeoramiento del estado de salud del paciente. Ante las situaciones de conflicto con el personal de salud de la unidad o a que se disponga de menores posibilidades de reintegración social y rehabilitación física del paciente.
2.	CREAR ESPERANZAS RAZONABLES	Reducir miedos y estados de ansiedad que pueden originar preocupaciones alrededor de la salud del paciente, su reintegración social, el bienestar futuro de la familia, o las opciones laborales y de ingreso económico de la familia.
3.	PROPICIAR UNA ACTITUD DE APRENDIZAJE VITAL	Evitar que el paciente se enquisté en un profundo estado de depresión que dificulte su proceso de recuperación de salud.
4.	PROMOVER LA VALENTÍA	Encaminarlo a enfrentar lo inevitable, especialmente las pérdidas físicas que van a traer sus quemaduras.
5.	PERMITIR LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS	Ayudarlo a modular cambiantes e intensos estados emocionales que se originan con su situación de salud y las consecuencias que su padecimiento trae para su entorno y su vida futura.
6.	CONSOLIDAR RED DE APOYO	Asegurarse de que disponga de un acompañamiento permanente de amigos o familiares que pueden ayudarlo a contener o evitar episodios de crisis emocionales intensos durante su periodo de hospitalización.

LABOR TERAPEÚTICA A REALIZAR CON EL PACIENTE.		PROPÓSITO QUE SE PERSIGUE
7.	EMPODERAR	Promover la activa colaboración del paciente en su proceso de recuperación de salud, en reconocimiento de su voluntad y modo de percibir la vida.
8.	ENSEÑAR A OLVIDAR	Posibilitar la emergencia de estados emocionales positivos como alegría, esperanza, que lo motiven a seguir luchando por su estado de salud a través de actividades que lo distraigan o lo sustraigan mentalmente del entorno en el que se encuentra, aunque sea momentáneamente.
9.	AYUDAR A VISLUMBRAR SOLUCIONES A ALGUNAS DE SUS PREOCUPACIONES	Tranquilizar o reducir las preocupaciones que tiene el paciente en problemáticas de su vida que ameritan una urgente resolución.

Fuente: elaboración propia (2017).

Conclusión.

Los resultados obtenidos en la implementación de este protocolo han mostrado, más allá de cualquier duda, que es absolutamente necesaria realizar una intervención psicológica al paciente quemado, la cual debe proporcionarle al sujeto atendido recursos cognitivos, emocionales y materiales que le conceda capacidad para adaptarse a los cambios y pérdidas que benefician su condición de salud.

Durante la hospitalización el paciente debe hacer frente a experiencias adversas como el dolor físico, el riesgo diario de adquirir infecciones intrahospitalarias, los largos periodos de estancia en un medio que no controla, la pérdida de la independencia y de roles en su hogar, el descuido de sus posesiones o seres queridos. Si el paciente logra salir fortalecido de su periodo de hospitalización, debe enfrentar por fuera del hospital otros efectos que serán permanentes en su

vida, como son los cambios físicos: las probables deformidades, amputaciones o cicatrices que le van a dejar las quemaduras. Sin embargo, muchas personas aprenden a sortear con todas las adversidades que suponen quemaduras extensas en el cuerpo, haciendo gala de una admirable capacidad de adaptación. Este protocolo ha sido diseñado para que esa capacidad para enfrentarse psicológicamente a este trauma físico tan extremo se replique en todas las personas que van a pasar por una unidad de quemados. Esa es la aspiración que se puede sostener firmemente, aunque no siempre se logre, por aspectos relacionados con la personalidad premórbida, el tipo de condiciones de salud o del entorno en que ha vivido el paciente.

El diseño de este protocolo es perfectible por lo que queda abierto para que pueda ser transformado conforme a los análisis y necesidades profesionales de otros psicólogos o a las circunstancias institucionales de otros centros especializados de salud.

Referencias Bibliográficas

- Achuer B. (1993). Atención del paciente Quemado, Manual Moderno, México
- Alencar. R, Leal. P, Sakata. R. (2013): Tratamiento del dolor en quemados. *Rev. Bras Anesthesiol.* 2013; 63(1):149-15. Janeiro
- Allué Blanco, M (2013): Características psicológicas del gran quemado. Trabajo fin de master. Master Universitario en Medicina de Urgencias y Cuidado Crítico. *Universidad de Oviedo*
- Berrocal, M., Guette, M., Rodriguez, P., Rodriguez, G., Salgado, E., (2011). Paciente Quemado: Manejo de Urgencias y Reanimación. *Rev. Cienc.biomed.2 (2):316 – 326.*
- Bluinfield M. y Schoeps M. (1993): Psychological care of the trauma burnand patient. Willians & Wilkins Baltimore
- Bronfennbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development, *Developmental Psychology*, 22, 723-742 págs.
- Cardona. F, Echeverri. L, Forero. J, Garcia. C, Gómez. C, Mahecha. D, Martinez.E, Quintero. G, Castaño. J, González. S (2007). Epidemiología del trauma por quemaduras en la población atendida en un hospital infantil. Manizales 2004-2005. *Rev. Fac. Med., Volumen 55, (2), p. 80-95, Bogotá*
- Celko, A. Grivna, M. Dánová,J. y Barss, P. (2009). Severe childhood burns in the Czech Republic: risk factors and prevention. *Bull World Health Organ*;374–381 Recuperado en agosto 19, 2009 de la base de datos EBSCO (Masterfile) disponible en <http://www.ebsco.com>
- Corry, J. (2010): Posttraumatic stress disorders and pain impact functioning and disability after major burn injury. *J. Burn Care Res*; 31(1):13-25.

Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapajaros: testimonios de resiliencia: el retorno a la vida*. Barcelona, Colección: Psicología/ResilienciaGEDISA.

Curso ABIQ: Atención básica inicial del Quemado 2010

Daza,B.; Díaz F. Luna, A.. Cuidado en Enfermería para la persona adulta quemada en etapa aguda. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0029.php>

De los Santos G. Carlos E. (1999) aspectos psicosociales y de reintegración. *En: guía básica para el tratamiento del paciente quemado*. España: libros electrónicos.net. recuperado el 15 de abril de 2008. Disponible en: http://www.indexer.net/quemados/aspectos_psicologicos.htm

Díaz, M., Gutiérrez, A. y Noreña, L. (2013). Apoyo a familiares y pacientes que sufren accidentes por quemaduras. México, D.F. *Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia*

Donker, F. J. (1991): «Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico». *En G. Buela y V. E. Caballo (comps.), Manual de Psicología Clínica aplicada. Madrid, Siglo M.*

Escobar, L. (2006). Alteraciones en la imagen corporal en pacientes hospitalizados en Unidad de Quemados Hospital Universitario del Valle. Tesis de grado presentada como requisito para la titulación de Psicóloga. Universidad de San Buenaventura

Gallach, E., Pérez del Caz, M.D., Vivó-Benlloch, C. (2015). Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cir. plást. iberolatinoam. 41 (4) Pág. 427-436. España*

García, J.A (2010). Despersonalización en pacientes quemados. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(1), Pages 168-177*

Gimeno, A. (1999). *La Familia: el desafío a la diversidad*, Barcelona, Ariel.

Grau, J.A.; Meléndez, E.H. (org) (205) "Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones.". Ed. Univ. Guadalajara – Centro

- de Ciencias de la Salud*, pp. 295-232. México.
- Lega, I.L. (1991): «La terapia racional emotiva: Una conversación con Albert Ellis». En V.E. Caballo (comp.). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta*. Madrid, Siglo XXI.
- Moreno, I. y Delgado, G. (2010). Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Una revisión. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 17-21.
- 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. Tesis de grado presentada como requisito para la titulación como psicóloga. Universidad San Buenaventura.
- Palmu, R., Suominen, K., Jyrki Vuola (2011); J., Isometsa, E.: Mental disorders after burn injury: A prospective study. *Burns*; 37: 601-609.
- Poseck, B., Carbelo Baquero, B. & Vecina Giménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimientos postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27 (1): 40-49.
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, IX (17), 69-82.
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (coord.). *Familia y Desarrollo Humano*, 45-70 págs.
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Escala de Resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos. *Santiago, Chile: Emege*.
- Slaikue, K. (1999). *Intervención en Crisis*. México: Manuel Moderno.
- Zapata, M; Estrada, A (2010): Calidad de Vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la hospitalización. *Biomédica* 2010; 30 (4):492-501. *Medellin*