

Primera Jornada Virtual del Capítulo Espirituano de Cirugía Plástica y Caumatología CirPlast Sancti Spíritus 2020

Título: “Repercusión psicológica, familiar y social del paciente quemado. Su rehabilitación y calidad de vida”.

Title: “Social, Familiar and psychological impact in patients who have suffered from burns. Its rehabilitation and quality of life”

Autor: Dra. Laura Giselle Hernández Grillo ¹, Dr. Yurisbel Tomás Solenzal Alvarez ²

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5015-6586> Policlínico Universitario Dr. Jorge Ruíz Ramírez.

²Especialista de I Grado en MGI, Residente de 1er año en Cirugía Plástica y Caumatología, Profesor Auxiliar, Aspirante a Investigador, email: yurisbels@infomed.sld.cu, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5795-7979>. Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus.

Resumen

El paciente quemado constituye un gran reto para los profesionales sanitarios por las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje: atención médica para su supervivencia, atención psicológica por el importante riesgo de sufrir alteraciones, asistencia rehabilitadora y fisioterapéutica destinada a su activación funcional, e inclusive atención social a causa de las limitaciones que las quemaduras producen en estos pacientes. Como objetivo del trabajo se plantea identificar las alteraciones psicopatológicas más frecuentes de los pacientes que sufren quemaduras y los principales factores que influyen negativamente en el proceso de rehabilitación del mismo. Como metodología se aplicó un análisis de 35 fuentes de datos bibliográficos tanto nacionales como internacionales. Entre las alteraciones psicopatológicas se encuentran los trastornos del ánimo, ansiedad, de la personalidad, abuso de tóxicos, espectro psicótico y otros diagnósticos tales como trastornos adaptativos o reacciones emocionales de naturaleza relacional. Los principales factores que influyen negativamente en el proceso de rehabilitación son el estado comprometido de salud mental previa al accidente (morbididades psiquiátricas anteriores, trastornos de humor, dependencia química), las estrategias de enfrentamiento ineficaces y el apoyo de la familia (falta de apoyo de familiares o amigos), y la gravedad de las quemaduras.

Palabras claves: Quemaduras, alteraciones psicopatológicas, rehabilitación

Introducción.

Cuando por fin me levanté... me dirigí hacia un espejo más grande para observarme; fui solo... Me sentía simplemente paralizado. Yo no podía ser esa persona reflejada en el espejo... A partir de entonces la confusión y el pánico provocados por mi descubrimiento quedaron encerrados en mí, e iba a tener que enfrentarlos solo durante mucho tiempo.

*K. B. Hathaway
(cit. en Goffman, 1970: 18)*

Las quemaduras, representan actualmente uno de los accidentes más graves, frecuentes e incapacitantes que existen. En los últimos veinte años ha aumentado considerablemente la supervivencia de las personas afectadas de quemaduras y concomitantemente su calidad de vida. El proceso de rehabilitación de pacientes quemados es muy complejo, necesita de un

equipo multidisciplinario, con enfoque en el cuidado holístico y debe tener como objetivo promover la adaptación, incluyendo las recuperaciones física, psicológica y social. ⁽¹⁾

El trauma térmico cualquiera que sea su magnitud pone a la persona que lo sufre en una situación tal que la tendencia a mostrar síntomas emocionales de diversa intensidad en alguna etapa durante su tratamiento, no deja de ser frecuente; varios son los factores que influyen en el tipo de manifestaciones psicológicas que son expresadas por el paciente quemado durante su ingreso, los cuales pueden ser desde la forma en que previamente dicha persona enfrentaba cualquier contingencia, así como las que tienen que ver directamente con la lesión, el hospital y el tratamiento que reciben, entre otros. ⁽²⁾

Una quemadura es una lesión en la piel y el cuerpo causada por calor, frío, sustancias químicas, radiación o electricidad. Las causas de quemaduras incluyen líquidos u objetos calientes (como radiadores o planchas), fuego, sustancias químicas y cables eléctricos. ⁽³⁾

En la actualidad, existe bibliografía internacional sobre los protocolos de actuación ante un paciente quemado, tanto a nivel pre hospitalario, como intrahospitalario. En ella podemos ver recogidos aspectos tan importantes como cuál debe ser la actuación de un profesional en un servicio de Urgencias, en un traslado, o en una unidad específica de quemados. ⁽⁴⁾

Sin embargo, tanto las quemaduras profundas como superficiales suponen una importante repercusión en el área psicológica y emocional que puede afectar gravemente al paciente. Su importancia viene condicionada por las características de la persona a la que afecta, con frecuencia, pacientes en edad productiva; la necesidad de una hospitalización prolongada y la aparición de limitaciones funcionales y estéticas muy graves. ⁽⁵⁾

Los factores emocionales pueden tener efectos negativos tanto en la sensación de dolor como en el comportamiento del dolor por lo que se estima que la estrecha relación entre el dolor, la ansiedad y la depresión requiere que se gestionen de forma simultánea. ⁽⁵⁾

El trastorno de ansiedad que frecuentemente sufre el paciente quemado hace que su tratamiento sea una tarea estresante tanto para el propio paciente como para el equipo sanitario que lo atiende, de forma que los temas psicológicos y sociales pasan a ser parte integral del tratamiento desde el momento de la lesión, hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente. Incluso los propios pacientes, llegan a manifestar su preocupación por la ansiedad que perciben y sugieren medidas básicas como que la comunicación, un ambiente adecuado o el tratamiento farmacológico mediante ansiolíticos, lograrían mejorar su estado de ansiedad y por tanto facilitarles una recuperación más precoz. ⁽⁵⁾

Durante los últimos años se ha destacado la necesidad de protocolizar e implantar la atención psicológica a todos estos pacientes, determinando el grado de ansiedad que sufren durante sus primeros días de ingreso hospitalario a fin de identificar a aquellos en riesgo de padecer mayores niveles de ansiedad durante su hospitalización y establecer un plan específico de cuidados que brinde atención psicológica adaptada a cada individuo, en todos los niveles asistenciales. ⁽⁵⁾

Objetivos:

Identificar las alteraciones psicopatológicas más frecuentes de los pacientes que sufren quemaduras.

Exponer los principales factores que influyen negativamente en el proceso de rehabilitación del paciente quemado.

Describir la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que fueron afectadas por quemaduras

Desarrollo

Uno de los problemas de salud más complejos en la atención médica son las quemaduras. Estas lesiones ponen en riesgo la vida de las personas que las sufren debido a la afectación en el organismo. Además, las secuelas físicas –cicatrices o amputaciones– y psicológicas –depresión o dificultad de auto reconocimiento– pueden ser muy graves e incapacitantes. Asimismo, el tratamiento médico es prolongado y costoso debido a la cantidad de recursos materiales y humanos que se requieren para brindar la atención adecuada, y a que debe incluir e integrar diversas áreas: terapia física, ocupacional, reacomodo en el empleo, de adiestramiento, de esparcimiento o recreativa, psiquiátrica y psicológica. Aunado a lo anterior, las quemaduras son un padecimiento doloroso a nivel físico, psicológico y social; son una experiencia desgarradora, con cicatrices corporales que quedarán para toda la vida como recuerdo de este suceso. ⁽⁶⁾

Por ello, es necesario destacar que estas lesiones no sólo representan un problema físico, sino que marcan la vida de las personas. Si bien sus huellas, literalmente, quedan en la piel en forma de cicatrices, limitaciones de tipo motriz o amputaciones, también tienen un impacto en la imagen corporal de quienes se queman. El cuerpo es el testimonio físico de la existencia que lo vincula con el otro; y la identidad “se materializa en el sujeto en su cuerpo”, que tras esta lesión queda seriamente afectado. ⁽⁶⁾

En consecuencia, podemos decir que el cuerpo se convierte en un signo de diferencia y distinción, ya que está envuelto en una construcción de significados sociales que surgen dentro de un contexto histórico específico. Éste, al ser objeto de significaciones, se convierte en imagen corporal, “un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo”. Pero, tras sufrir una alteración corporal, como lo es una quemadura, el cuerpo emerge deteriorado, lo que impide su reconocimiento y afecta, asimismo, los intercambios corporales con los otros. ⁽⁶⁾

Bernadette Soulier sugiere que la modificación de la imagen corporal lleva a un replanteamiento de la vida, a un reaprendizaje y redescubrimiento de nuevas habilidades sociales por parte del sujeto; es necesario que éste logre una reapropiación de su cuerpo después de la lesión para propiciar la auto aceptación de su imagen y reestructurar su identidad dañada. Por otro lado, los humanos son seres sociales que construyen su identidad en la interacción con los otros; en dicha interacción, el objetivo es desvanecer el cuerpo, sólo aquel que se encuentra saludable; sin embargo, tras una quemadura grave el cuerpo emerge, pues las secuelas físicas se convierten en símbolos que comunican una deficiencia en la interacción, propiciando que las relaciones con los otros se modifiquen por miedo al rechazo, la discriminación, el distanciamiento y la compasión; esto implica una reestructuración de la vida social y de los vínculos que se establecen. Soulier ilustra lo anterior al señalar que “la pérdida de la integridad corporal despierta la angustia del rechazo social, familiar, afectivo, de hundimiento, de pérdida de una parte de uno mismo, de abandono y de modificación de la integridad narcisista”. Incluso, Paul Schilder considera que, al verse alterada la imagen corporal de quien sufre esas lesiones, también se verán alteradas las relaciones con los otros, lo que repercute en la conformación de su identidad. ⁽⁶⁾

Las lesiones por quemadura también pueden causar inquietudes relacionadas con la imagen corporal. El término “imagen corporal” se refiere a lo satisfecha, cómoda y confiada que una persona se siente con su aspecto físico. Durante la hospitalización inicial, cerca de una tercera parte de los supervivientes de quemaduras se angustian mucho sobre los cambios que ha sufrido su cuerpo en cuanto al aspecto, las sensaciones y el funcionamiento. Casi todas las personas tienen altibajos durante la recuperación, pero la mayoría de los niños y los adultos se acostumbran con el tiempo a los cambios que ha habido en su aspecto físico. ⁽⁷⁾

Causas de las inquietudes relacionadas con la imagen corporal

- Duelo o tristeza debido a los cambios que ha habido en el aspecto y las capacidades físicas
- Ansiedad en relación con situaciones sociales o íntimas en que las cicatrices estén a la vista
- Ansiedad por preguntas reales o posibles y por las miradas curiosas de la gente
- Preocupación sobre cómo reaccionarán otras personas cuando vean las cicatrices
- Deseo de tener cerca a una persona de confianza en lugares públicos

Causas del sufrimiento psicológico después de una lesión por quemadura

Las lesiones por quemadura de más gravedad pueden causarle a la persona afectada (y a sus familiares y amigos) mucha perturbación y sufrimiento. Sufrir depresión o ansiedad antes de la lesión aumenta las probabilidades de que los síntomas se presenten después de la lesión. Entre las causas frecuentes del sufrimiento psicológico se cuentan: ⁽⁸⁾

- Pensar en el suceso mismo: en haber sufrido la lesión o en ver que otras personas también resultaron lesionadas o murieron
- Preocupaciones acerca del futuro
- Inquietudes sobre asuntos económicos y sobre el impacto que ha tenido la lesión en los miembros de la familia
- Alteraciones del aspecto físico debido a cicatrices y contracturas
- Molestias físicas
- Dolor mientras la herida sana (especialmente durante los continuos cambios de vendajes) y que continúa durante varios meses después, mientras los nervios sanan
 - Prurito
 - Dificultad para cumplir con los ejercicios de amplitud de movimiento y fisioterapia
- Limitaciones en las capacidades físicas
- Pérdida de independencia.
- Dificultad para volver al trabajo o a los estudios
- Pérdida de bienes, del lugar en que vivía, de mascotas, etc.
- Interrupción de las actividades y funciones de la vida diaria
- Problemas en las relaciones de pareja y falta de interés sexual

Efectos del sufrimiento psicológico en la salud y la recuperación

Se ha demostrado que el sufrimiento psicológico afecta la forma en que funciona la mente (por ejemplo, causa problemas de la memoria, disminuye la capacidad de concentración) y la forma en que funciona el cuerpo (por ejemplo, afecta el sistema inmunitario y la digestión). También puede empeorar otros problemas de salud (por ejemplo, de la tensión arterial o del control de la glucosa) y puede interferir de muchas maneras en la recuperación del paciente después de la quemadura, por ejemplo: ⁽⁸⁾

- Empeorando aún más el dolor y el prurito
- Reduciendo el esfuerzo y la persistencia del paciente en participar en las terapias de rehabilitación y el cuidado de la herida

- Dificultando la comunicación con los miembros del equipo de profesionales que tratan la quemadura
- Reduciendo el interés del paciente en las actividades diarias y el placer que deriva de ellas
- Alterando el sueño
- Causando tensión en las relaciones interpersonales

Muchas veces la respuesta psicológica del paciente quemado es tal que pueden ser clasificadas de complicaciones psiquiátricas e incluso motivar reacciones de una mayor o menor profesionalidad en el personal que los atiende, dependiendo del entrenamiento que estos posean. ⁽²⁾

La literatura publicada coincide en la elevada tasa de patología psiquiátrica en pacientes que han sido víctimas de grandes quemaduras, así mismo, la delicada relación entre las respuestas fisiológicas y psicológicas al estrés y su impacto en la cura, llegando incluso a afectar a su recuperación física. ⁽⁵⁾

Los pacientes con quemaduras faciales y de manos se enfrentan no solo a problemas físicos y anatómicos que pueden repercutir en su vida diaria durante años, sino también a afectaciones psicológicas que pueden ser determinantes en su capacidad de relacionarse y sociabilizar. ⁽⁵⁾

Estos problemas están ligados a las secuelas de las quemaduras, que generalmente provocan en el paciente una disminución de su autoestima y problemas como depresión o ansiedad, con la posible necesidad de un tratamiento farmacéutico, además de psicológico. ⁽⁵⁾

Además de las repercusiones de la lesión a nivel tisular, la gran carga psicológica que supone una quemadura grave puede provocar reacciones negativas diversas, como depresión, ansiedad, alucinaciones, aislamiento, hostilidad al medio y pérdida de autoestima. ⁽⁵⁾

Desde el punto de vista social existe un complejo de inferioridad, alejamiento social, y desprecio. La atención de estos pacientes es muy difícil desde el punto de vista psicológico y clínico, pues requieren de una especial atención por un equipo multidisciplinario. ⁽⁵⁾

Los signos y los síntomas que pueden presentar los pacientes con quemaduras dentro de ansiedad y la depresión son: ⁽⁵⁾

En la ansiedad: Nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, temblor, cefalea, alteraciones del sueño, sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación. En la depresión: Tristeza patológica, desengaño, ansiedad, insomnio, alteraciones del pensamiento, alteraciones somáticas, alteraciones del comportamiento, modificaciones del apetito y del peso, pérdida del placer, culpa excesiva, pensamiento suicida, disminución de la energía. ⁽⁵⁾

Se ha determinado que cuando los pacientes estaban en reposo, la cantidad de dolor que informaron estaba significativamente relacionada con su ansiedad y niveles de depresión: a mayor nivel de depresión, más alto calificaban su dolor. El dolor es una experiencia subjetiva. A pesar de la existencia de escalas que pretenden objetivarlo, existe una extrema variabilidad individual en el dolor con el cambio de patrones en el tiempo, que a menudo conducen a la cronicidad. El personal médico y de enfermería subestima con frecuencia el dolor y los efectos secundarios indeseables, tales como la adicción que puede seguir a la administración de opiáceos. ⁽⁵⁾

El riesgo para el desarrollo de síndrome de dolor crónico depende del manejo óptimo del dolor de la quemadura lo que indica que las intervenciones psicológicas dirigidas a controlar la ansiedad y la depresión en pacientes quemados se beneficiarían de ser introducidas relativamente temprano en el curso del tratamiento a fin de evitar estos problemas. ⁽⁵⁾

Los profesionales sanitarios deben considerar a los pacientes como seres biopsicosociales, se considera una parte esencial a la hora de establecer intervenciones psicológicas que consisten en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte del profesional, con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas, que en definitiva, permitan al paciente afrontar y superar su estado actual. ⁽⁵⁾

Tratamiento psicológico del paciente quemado

Los pacientes quemados muestran síntomas emocionales de variada intensidad durante todo su proceso de tratamiento: miedo, ansiedad, rabia y depresión, son normales y esperados. Otros como regresión y reacciones psicóticas también se presentan y es importante conocerlos para tratarlos adecuadamente. ⁽¹¹⁾

Es importante conocer la historia pasada del paciente y su manera de manejar el estrés. La quemadura es súbita y no tiene tiempo de prepararse para manejarla. El paciente se enfrenta al dolor, a una hospitalización y a un severo desequilibrio fisiológico. Se debe ajustar al hospital en donde es casi completamente dependiente de otros sobre todo inicialmente. Teme por su vida, la mayoría de los procedimientos, como las curaciones y las terapias son dolorosos. Aún los injertos de piel le producen dolor en los sitios donantes. Por esto es normal que el paciente crea que el trato es cruel e inhumano y que incluso se sienta perseguido. ⁽¹¹⁾

También hay que contar con los aspectos psicológicos del personal que maneja los pacientes (médicos, enfermeras, terapeutas), que pueden presentar síntomas emocionales, a veces difíciles de manejar. ⁽¹¹⁾

Los pasos iniciales en el tratamiento del paciente quemado deben ser preventivos:

- Asegurarse que el paciente entienda su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico.
- Evitar discusiones y pronósticos al lado de la cama del paciente, a menos que esté específicamente incluido en ellas.
- Permitirle al paciente tanto control como sea posible en su tratamiento.
- Dar adecuada analgesia.
- Usar pacientes quemados ya curados para efectos de soporte.

La ansiedad es muy frecuente. El paciente puede presentar incomodidad, tensión, sudoración, taquicardia, dilatación pupilar. Trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito, irritabilidad y una evidente disminución de la tolerancia al dolor. Siente que ha perdido el control de casi todo, y teme perder el control sobre sus emociones. ⁽¹¹⁾ La apariencia del paciente es una de las mayores fuentes de ansiedad. Preocupaciones por su función sexual después de una quemadura severa, aun cuando no estén comprometidos sus órganos sexuales, provocan ansiedad severa. ⁽¹¹⁾

Pautas de manejo

El manejo de la ansiedad debe incluir frecuentes oportunidades de manifestar miedos y temores con todo el personal que lo está tratando explicándole lo mejor posible su estado y no tratar de minimizar los problemas. ⁽¹¹⁾

La prometazina y la hidroxicina se usan como ansiolíticos y para potencializar el efecto de los analgésicos. Los más potentes son drogas de la familia de las benzodiazepinas (diazepam, oxazepam, clordiazepóxido) que se pueden prescribir en dosis pequeñas a moderadas tres o cuatro veces por día. Ésta es una medicación sintomática que debe estar acompañada de psicoterapia. Se puede adicionar medicación para dormir (flurazepam). ⁽¹¹⁾

La rabia manifiesta o escondida del paciente quemado es un problema no solo para el paciente sino para el personal que lo maneja. Tiene rabia contra él mismo, con los causantes del accidente, contra los que no se quemaron, contra los que están sanos y por supuesto contra todo el personal que lo está tratando. ⁽¹¹⁾

Los hospitales no son sitios en donde la rabia sea bien tolerada. El paciente que está legítimamente con rabia, está en una posición difícil, pues el personal hospitalario es vulnerable a las críticas infundadas. Por esta razón es importante que haya una persona calificada que no esté directamente involucrada con el manejo del paciente, como una trabajadora social, un psicólogo, un sacerdote, que le permita expresar sus sentimientos sin tomarlo personalmente. ⁽¹¹⁾ Para la rabia no se recomienda medicación, adicional a las medidas generales. Basta reconocer las razones del paciente, permitirle ventilarlas, sin retaliaciones, con una persona no involucrada en el manejo. La depresión es de esperarse en la mayoría de los pacientes quemados. Pueden presentar apatía, llanto, disminución del apetito, dificultades para el sueño y abandono. Ocasionalmente pueden presentar signos más severos de depresión, como retardo psicomotor, desesperanza, pérdida de los deseos de vivir, desilusión, ideas suicidas y problemas serios para dormir o comer. ⁽¹¹⁾

La primera tarea para ayudar al paciente con sentimientos depresivos es ayudarlo a manejar el proceso de elaboración de la pena, que inevitablemente presenta negación, aceptación y resolución. Se le dan las medidas generales más soporte psicoterapéutico. Se le animará a recibir visitas, a realizar actividades placenteras lo más pronto posible y a desarrollar actividad física temprana. Conviene involucrarlo con otros pacientes. Las drogas antidepresivas se dejan como última alternativa. ⁽¹¹⁾

La regresión puede ser una respuesta al estrés y toma la forma de retornar a un estado de desarrollo previo, en donde las necesidades de la persona y el manejo del estrés eran más fáciles de sostener, debido a que los padres se hacían cargo de ellas. El paciente actúa como un niño. ⁽¹¹⁾

Algunos mejoran a medida que mejora su estado, pero infortunadamente este comportamiento dificulta el progreso del tratamiento y en algunas ocasiones no hay mucho qué ofrecerle. ⁽¹¹⁾

La psicosis en los pacientes quemados a menudo se presenta como dos síndromes:

- un síndrome orgánico cerebral o delirium, y una psicosis sin causa orgánica conocida (psicosis del quemado). En el delirio se pueden presentar desorientación, pérdida de memoria reciente, dificultad para funciones intelectuales, alucinaciones usualmente visuales, más común en los ancianos. Se presenta por causas que comprometen el funcionamiento cerebral, como el desequilibrio hidroelectrolítico, anoxia cerebral, edema, infección, factores tóxicos o trauma. ⁽¹¹⁾

En la psicosis los síntomas son similares, las alucinaciones son más auditivas y la confusión menos marcada. Los síntomas no dan pistas sobre la etiología de manera que la evaluación neurológica y los datos de laboratorio son obligatorios. El tratamiento es similar. Para el delirio se debe reconocer y tratar tempranamente la etiología. Si hay agitación se debe administrar medicación antipsicótica: haloperidol o fenotiazinas en las dosis más bajas que sean efectivas: ⁽¹¹⁾

Para los pacientes con psicosis se recomienda adicionar períodos ininterrumpidos de sueño lo más largos posibles. Para el manejo de los niños se siguen los mismos principios; se debe conocer sobre problemas emocionales previos a la quemadura. El tratamiento es más difícil, pues en general están menos dispuestos a entender las razones del tratamiento. Además, la separación de su medio y del contacto físico con sus padres ocasiona problemas adicionales. ⁽¹¹⁾

Se debe permitir a los padres estar la mayor cantidad de tiempo posible con los niños, estimularlos a jugar, utilizar personas especializadas en el cuidado de los pequeños y ponerlos en contacto con otros niños tan pronto sea posible. ⁽¹¹⁾

Miles de personas sufren con las secuelas físicas, psicológicas y con las consecuencias sociales causadas por la quemadura que pueden permanecer por largo tiempo o ser definitivas. ⁽¹²⁾

Los factores biológicos afectados por la quemadura precisan ser tratados y administrados de manera que la víctima de quemadura pueda adaptarse después del alta hospitalaria. Entretanto, no se debe olvidar que vivimos en un ambiente dinámico, sociable, donde influenciamos y somos influenciados por el comportamiento de otras personas.

Las experiencias negativas previas y la personalidad del individuo son factores que predisponen para el estado emocional en el largo plazo. La identificación previa de estos problemas retarda posibles complicaciones durante la etapa de internación y rehabilitación, además de auxiliar la planificación del cuidado. La personalidad también puede influenciar el apareamiento del estrés postraumático y está relacionada al enfrentamiento individual. Puede retardar el retorno al trabajo y, este retorno, dificultado o ausente, puede llevar a casos de estrés postraumático. El estrés postraumático puede ser definido como un trastorno de ansiedad, caracterizado por la ocurrencia de un evento traumático que la persona experimentó o presenció, manifestando intensos sentimientos de miedo, impotencia u horror. ⁽¹²⁾

El apareamiento de estrés postraumático en el individuo que sufrió quemadura se presenta como la principal patología psiquiátrica. Los profesionales de la salud deben estar atentos para la identificación de sus señales y síntomas, siendo necesario que sean competentes, sensibles y especializados para lidiar con esa situación. ⁽¹²⁾

Proceso de Rehabilitación

La rehabilitación, definida como un proceso destinado a capacitar a la persona a mantener o alcanzar niveles satisfactorios de salud intelectual, sensorial, física, psicológica y social, debe ofrecer herramientas para que ella pueda estar apta nuevamente a tener independencia y retomar su papel en la sociedad ⁽¹²⁾.

El profesional de la salud tiene papel fundamental para auxiliar en la adaptación de la víctima de quemaduras, considerando lo que ella presenta de mejor como capacidad existente y no enfocando apenas la incapacidad. El equipo interdisciplinario debe trabajar con los principios de la filosofía de la rehabilitación que son la independencia, la integración, el sentido de justicia, igualdad y equidad, y la inclusión de las personas. ⁽¹²⁾

La literatura muestra que el área total de superficie corporal quemada (SCQ), edad, sexo, etnia, profundidad de la quemadura, local de la lesión y dolor pueden predisponer a una mala rehabilitación física, social y psicológica y al empeoramiento del estado general de salud. ⁽¹²⁾.

Uno de los factores que dificultan el proceso de rehabilitación está relacionado a la capacidad de enfrentamiento del estrés del paciente y a las estrategias utilizadas por él, que pueden estar relacionadas a varios otros trastornos de orden emocional, psicológica o psiquiátrica (baja autoestima, depresión, trazos de ansiedad, trastorno de personalidad, entre otros). Como encontrado en estudio reciente, no incluido en la presente revisión, el estado de salud mental antes de la quemadura puede interferir en el proceso de rehabilitación, una vez que, puede llevar a un peor ajuste psicosocial y también influenciar la mejoría de las funciones físicas. ⁽¹²⁾

El dolor puede ser subestimado por los profesionales de salud, principalmente en lo que se refiere a los niños, ya que todavía no hay consenso ni métodos efectivos de evaluación del dolor. El tratamiento del dolor debe llevar en consideración la individualidad del paciente. ⁽¹²⁾

Siendo así, la autora considera que es importante que los profesionales de la salud realicen programas de rehabilitación con enfoque en la individualidad de la víctima de quemaduras, considerando tanto la recuperación física como la completa rehabilitación psicosocial.

Papel de la Familia y la Sociedad

Además de afectar la vida de la víctima, la quemadura afecta a toda la familia que también deberá recibir atención y ser incluida en la planificación del cuidado para un mejor retorno a las actividades de todos los miembros y obtención de mejores resultados, principalmente, en cuanto a la calidad de vida. El apoyo social de familiares, amigos y personas significativas fue otro factor importante encontrado en esta revisión. En un estudio realizado con familiares de personas que sufrieron quemaduras, se observó que ellos tratan de ayudar al individuo que sufrió quemaduras, por medio de estímulos y apoyo como escuchar, calmar y conversar para que la persona no se sienta inferior; también ofreciendo demostraciones de sentimientos de amor y felicidad. ⁽¹²⁾

La familia también asume responsabilidades con los sujetos que están saludables y presta cuidados a aquel que está con problemas de salud hasta su completa recuperación. La enfermedad y sus consecuencias son vividas en conjunto por los miembros, generando condiciones de fragilidad y vulnerabilidad, tanto por la enfermedad en sí, como por las condiciones financieras provenientes de ella. Las fuentes de apoyo se mantienen por la relación interpersonal, por la cultura o creencia, siendo importante para el paciente, familiares y equipo una relación significativa y el establecimiento de vínculo fuerte para la restauración del equilibrio de la dinámica familiar. ⁽¹²⁾

Texto y contexto del familiar cuidador

Ante una situación inesperada como una quemadura, vuelve a reafirmarse al igual que en otras investigaciones la necesidad del apoyo del contexto familiar no solo para quien lo padece sino a quien cuida a la persona quemada. En este escenario el familiar cuidador del paciente quemado se ha convertido en parte del tratamiento físico y del acompañamiento que se necesita para afrontar difícil situación en la vida. Donde la presencia física del cuidador no solo se valora en sí misma, sino en la seguridad y apoyo moral que esta trasmite. ⁽¹³⁾

Vivir por un periodo de tiempo prolongado esta situación, representa para el cuidador-familiar fuente de estrés, por tanto, es importante valorar esta situación de vulnerabilidad. La enfermedad genera una alteración en la dinámica familiar, ruptura en su sistema, pérdida del equilibrio. ⁽¹³⁾

Es importante mencionar que el equilibrio emocional del familiar cuidador de una persona con quemaduras es esencial para mantener la dinámica de la familia como un sistema que está pendiente de la vida de quien sufrió quemadura; por ello los grupos de apoyo al familiar cuidador se tornan escenarios para que compartan sus experiencias vividas, emociones sentimientos de esta nueva situación, permitiéndoles sentir soporte y protección. En estos casos la interdependencia del familiar cuidador se ha visto afectada porque no tiene buenas relaciones con los demás integrantes de su familia, asumiendo solo el rol de cuidador a su paciente quemado y con todos los gastos que se generen durante su estancia hospitalaria. Respecto a la adaptación fisiológica los familiares cuidadores, muestran cambios en una de las necesidades básicas como la alimentación. Esto según Barrón y Alvarado, lo caracterizaron como parte del desgaste físico, como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que cuidan a pacientes con alguna enfermedad. ⁽¹³⁾

La educación que pueda brindar el profesional de salud que educa a los familiares-cuidadores en el proceso de su adaptación, tiene como deber, brindar información concisa y precisa

respecto a los cuidados que deben brindar a su familiar con la finalidad de vencer barreras, miedos o falsas concepciones. ⁽¹³⁾

Otra fuente importante de apoyo apuntada en los estudios revisados son los amigos, la comunidad y los profesionales de la salud. La red social, amigos, personas de la comunidad y, hasta mismo los profesionales de la salud son considerados por los familiares como siendo de gran importancia para el paciente en condición crónica, siendo las principales contribuciones de esta fuente de apoyo la proximidad, prestación de cuidado y auxilio financiero. ⁽¹²⁾

Calidad de vida del paciente quemado

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores que se vive en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones, mediante el análisis de las áreas (facetas): físico (dolor, malestar, reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte), y espiritualidad (religión, creencias personales)

Este concepto se podría ver alterado en las personas quemadas, teniendo en cuenta que este tipo de lesiones dejan cicatrices, deformidades y pérdida de algún tipo de función, lo cual cambia la imagen subjetiva de la persona afectada. Como consecuencia, la deformidad expuesta disminuye la autoestima al causar problemas emocionales como depresión, reducción laboral, esquizofrenia, angustia, temor y neurosis, entre otras. ⁽¹⁴⁾

Existe un número importante de razones para profundizar en el conocimiento de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas quemadas, con el fin de contribuir a establecer la situación actual y tener elementos científicos que sirvan de soporte teórico para sugerir estrategias futuras de intervención en esta población. ⁽¹⁴⁾

En estudios realizados sobre el Comportamiento de los componentes que conforman el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud, SF-36 se mostró que todos los componentes que conformaban el cuestionario obtuvieron promedios bajos, donde los de cambio de salud y dolor corporal se caracterizaron por obtener promedios mayores de 50, a diferencia de los de desempeño emocional y físico, los cuales no superaron un promedio de 30, dejando vislumbrar que fueron los más afectados en la calidad de vida de las personas quemadas.

En la investigación realizada por Dolly Marcela Zapata y Alejandro Estrada, sobre la calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización, se evidencia que si bien muchos de estos coeficientes no resultaron ser estadísticamente significativos, es de resaltar cómo, en general, se halló que el sufrir quemaduras en cara o en tórax, pertenecer al régimen subsidiado o vinculado, tener un bajo nivel educativo y no contar con algún tipo de tratamiento, disminuían la puntuación de la calidad de vida en todos los componentes. Asimismo, el tener una quemadura grave disminuía la calidad de vida en 6 de los 9 componentes evaluados. Además de esto, se encontró que, si la quemadura se localizaba en la espalda, aumentaba el puntaje de la calidad de vida de todas los componentes. En el puntaje de cambio de salud, se encontró una disminución significativa cuando las quemaduras se presentaron en el tórax. De igual manera, se encontraron disminuciones importantes en el puntaje, aunque no significativas, cuando las personas afectadas no recibieron ningún tipo de tratamiento y cuando la quemadura se localizó en la cara.

En lo que tiene que ver con el puntaje de desempeño emocional, se encontró que éste aumentaba de forma considerable cuando la quemadura se localizaba en la espalda. Por otro lado, se halló una disminución significativa en el puntaje de la variable salud general cuando la quemadura se localizaba en el tórax.

Dolly Marcela Zapata y Alejandro Estrada concluyen en su investigación que se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con quemaduras moderadas y graves, que fueron hospitalizados en una unidad de quemados de un hospital de Medellín en el periodo de 2001-2005, fue baja. Este resultado se vio reflejado en los bajos promedios de los componentes que conforman el instrumento SF-36, lo cual muestra que esta población presenta secuelas después de reintegrarse a la sociedad. Estos promedios son aún más bajos cuando se comparan con los de la población sana obtenidos de otras investigaciones.

Varios estudios sobre el tema midieron la calidad de vida con el instrumento SF-36 y obtuvieron como resultado que 82% de los quemados eran hombres, debido a que se encontraban más expuestos a mayores factores de riesgo, en gran medida, en el área laboral en la que se desempeñaban (14). Además, existen resultados de otras investigaciones en las cuales los hombres desempleados eran los más afectados por quemaduras (14).

Asimismo, se encontró que la pobreza guarda una estrecha relación con las personas quemadas, cuyo mayor porcentaje pertenecía a los estratos uno y dos del área metropolitana de Medellín, sumándose también los bajos niveles educativos. (14)

Estos resultados son diferentes a los de otros estudios realizados en países desarrollados, donde los quemados pertenecían en mayores proporciones a estratos altos, muchos de ellos con estudios superiores, factores que incidían en una mejor recuperación. La pobreza puede limitar el acceso de la población quemada a servicios adecuados en salud, a diferencia de los países desarrollados, donde los que pertenecen a los estratos altos obtienen los recursos necesarios que les permiten alcanzar un nivel óptimo de recuperación, lo cual contribuye en forma positiva a que tengan una buena calidad de vida.

A la pobreza se agrega el incremento del número de personas quemadas mayores de 15 años de edad, lo cual permite vislumbrar que es un problema que afecta cada vez más a la población, teniendo en cuenta que son lesiones que implican un difícil manejo debido a las graves secuelas que traen consigo. (14)

Con respecto a los puntajes de los componentes de la calidad de vida de los quemados, el cambio de salud mostró un buen comportamiento al presentar los puntajes más altos con respecto al resto de los componentes, lo que demuestra que el cambio de salud de esta población puede mejorar con el transcurso del tiempo. Por otro lado, el desempeño emocional y el desempeño físico presentaron promedios bajos, dejando en claro que las personas que sufrieron quemaduras no presentan un buen estado psicológico y físico, lo cual es primordial para el desempeño de las diferentes actividades de la vida diaria. Esto afecta de igual manera la reintegración al núcleo social y familiar, debido a que una adecuada funcionalidad depende del adecuado desempeño físico y mental. (14)

El tener una baja calidad de vida que afecte la recuperación de estas personas, hace que la carga económica recaiga en los cuidadores, los cuales también se pueden ver afectados al tener en casa a un miembro de la familia que ha sufrido quemaduras y no se ha podido recuperar en forma integral. Asimismo, la persona que sufrió las quemaduras puede ver disminuido sus ingresos, debido a su poca productividad después de haber padecido este tipo de lesiones, teniendo presente el tipo y la zona de la quemadura, factores estos que pueden alterar significativamente la actividad laboral (14)

Estos resultados contrastan con otros estudios, en los que los componentes con mejor resultado fueron las de función social y vitalidad, lo que demuestra que, después de sufrir una quemadura, las personas presentan una mejor interacción con la sociedad y se sienten mejor.

Conclusiones

En los pacientes quemados podrían estar directamente implicados diferentes trastornos psiquiátricos. Es importante considerar que la propia quemadura también puede generar trastornos psicológicos. Por ello las intervenciones psicológicas precoces y la determinación en este tipo de pacientes son imprescindibles elementos que permitan conseguir un buen ajuste adaptativo. Entre las alteraciones psicopatológicas se encuentran los trastornos del ánimo, ansiedad, de la personalidad, abuso de tóxicos, espectro psicótico y otros diagnósticos tales como trastornos adaptativos o reacciones emocionales de naturaleza relacional.

Los principales factores que influyen negativamente en el proceso de rehabilitación son el estado comprometido de salud mental previa al accidente (morbididades psiquiátricas anteriores, trastornos de humor, dependencia química), las estrategias de enfrentamiento ineficaces y el apoyo de la familia (falta de apoyo de familiares o amigos), y la gravedad de la quemadura (extremos de edad, SCQ y quemaduras de espesura total)

La calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización está relacionada con diversos factores biopsicosociales, pero queda evidenciado que después del trabajo del grupo multifactorial en la rehabilitación e incorporación social de los pacientes, estos pueden interactuar con la sociedad y sentirse mejor.

Bibliografía

1. Amado Vázquez Ma. Eugenia. Proceso de intervención de fisioterapia en el paciente quemado. Proyecto Lumbre. Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda [Internet]. 2012 [citado 25 Nov 2020]; (1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4201121>
2. Fernández-Vega Barreto FL, Puebla Farigola I, Carrillo Vázquez L. Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. Rex Multimed [Internet]. 2015 [citado 25 Nov 2020]; 19(1). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/88>
3. New York-Presbyterian Hospital William Randolph Hearst Burn Center. Guía del Paciente y la Familia. New York: Centro de Quemados William Randolph Hearst de NewYork-Presbyterian Hospital. Disponible en: https://www.nyp.org/pdf/burn_center/burn-center-patient-family-guide-esp.pdf
4. Chouza Insua M, Viñas Diz S, Patiño Núñez S, et al. Fisioterapia en los pacientes quemados: quemaduras, tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol [Internet]. 2004 [citado 25 Nov 2020]; 7(2):107-113. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16131/ChouzaInsua_FisioterapiaPacient.es.pdf?sequence=5&isAllowed=y
5. García Ferreira A. Estudio sobre el abordaje psicológico de los profesionales de enfermería en pacientes quemados. España: Universidade da Coruña; 2015. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61916533.pdf>
6. Rojas Cebrero AK, Romero Pérez Irma. Quemaduras: experiencia de vida. Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2010 [citado 25 Nov 2020]; 68. Disponible en: <https://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/article/view/254>
7. Comprender y mejorar la imagen corporal después de una lesión por quemadura. Hoja Informativa. Washington: Model Systems Knowledge Translation Cente; 2017. Disponible en: https://msktc.org/sites/default/files/Burn-Imprv-Body-Img-Sp-508_0.pdf
8. El sufrimiento psicológico después de una lesión por quemaduras. Hoja informativa sobre las lesiones por quemadura. Washington: Model Systems Knowledge Translation Cente; Noviembre de 2016. Disponible en: https://msktc.org/lib/docs/Factsheets/Spanish_Factsheets/Burn_Psychological_Distress_Sp.pdf
9. Moya Rosa Enrique J, Faces Sánchez Marbelia. Lesión por quemadura en el adulto mayor. AMC [Internet]. 2011 Oct [citado 2020 Nov 25]; 15(5): 839-847. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000500007&lng=es

10. Lagos HE, Loubat OM, Muñoz AE, Vera de la FP. Estrategias de Afrontamiento de Padres de Niños con Secuelas de Quemaduras Visibles. Revista de Psicología [Internet]. 2004 [citado 2020 Nov 25]; XIII (2):51-62. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26413205>
11. Ramírez Rivero CE, Rivera G JJ, Cabezas MC, Bautista Lorenzo L, Uribe Carvajal JA. Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. Manejo de Quemados. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/manejo%20de%20quemados.pdf>
12. Gonçalves N, Echevarría-Guanilo ME, De Carvalho Fernanda de Loureiro, Inocenti Miasso A, Rossi LA. Factores biopsicosociales que interfieren en la rehabilitación de víctimas de quemaduras: revisión integradora de la literatura. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]; 2001; 19(3). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_23.pdf
13. Cubas Herrera A, Vázquez Burga E, Gálvez Díaz NC. Proceso de adaptación del cuidador familiar del paciente quemado. Perú: Universidad Señor de Sipán-Chiclayo; 2017. Disponible en: <http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/view/298/127>
14. Zapata DM, Estrada A. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización, Medellín, Colombia. Biomédica [Internet]. 2010 [citado 25 de noviembre de 2020]; 30(4):494-00. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/287>
15. Gallach-Solano E, Pérez del Caz MD, Vivó-Benlloch C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. Cir Plást Iberolatinoam [Internet]. 2015 Dic [citado 2020 Nov 25]; 41(4): 427-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000400010&lng=es