

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS
PACIENTES CON
QUEMADURAS EN 2º. Y 3er. GRADO”

THELMA LETICIA CACERES OSEIDA
ANA KARINA ARGUETA VELÁSQUEZ

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2005

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN
A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS
EN 2º. Y 3er. GRADO”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**THELMA LETICIA CÁCERES OSEIDA
ANA KARINA ARGUETA VELASQUEZ**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA**

GUATEMALA, 24 DE OCTUBRE DE 2005

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR DE ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada Maria Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Alvarez de Garcia
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS DE LA ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante Jose Carlos Argueta Gaitan
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
REG. 453-2004
CODIPs. 1604-2005

**De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación**

24 de octubre de 2005

Estudiantes
Thelma Leticia Cáceres Oseida
Ana Karina Argueta Velásquez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO (10º), del Acta SESENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL CINCO (64-2005), de la sesión del Consejo Directivo del 21 de octubre de 2005, que copiado literalmente dice:

"**DÉCIMO**: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "**FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO**", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

THELMA LETICIA CÁCERES OSEIDA	CARNET No. 92-11963
ANA KARINA ARGUETA VELÁSQUEZ	CARNET No. 97-22531

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Estuardo Espinoza Méndez y revisado por la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i.



/Gladys



CIEPs. 156-2005
REG. 453-2004

Guatemala, 10 de octubre de 2005

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que La Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

“FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO”

ESTUDIANTE:

Thelma Leticia Cáceres Oseida
Ana Karina Argueta Velásquez

CARNÉ No

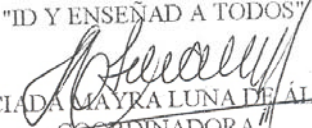
9211963
9722531

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

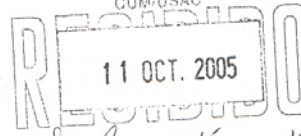

LICENCIADA MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- “Mayra Gutiérrez”

c.c. Revisor/a
Archivo

MLDA/edr

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: MLP Fecha: 19/10/05 Registro: 453-04



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

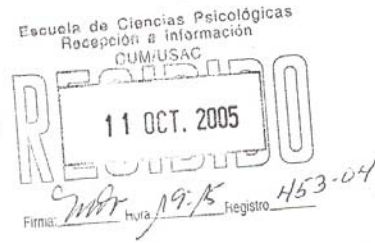


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: acspz@usac.edu.gt

CIEPs. 157-2005

Guatemala, 10 de octubre de 2005

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO"

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Telma Leticia Cáceres Oseada
Ana Karina Argueta Velásquez

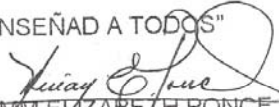
9211963
9722531

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LICENCIADA MIRIAM ELIZABETH PONCE PONCE
DOCENTE REVISORA

c.c.: Archivo
Docente Revisor / a

MEPP / edr



Guatemala, mayo 25 de 2005

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Ciudad

Estimada Licenciada:

Por este medio notifico a usted que he asesorado el INFORME FINAL titulado:
"FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON
QUEMADURAS EN II Y III GRADO".

Presentado por las estudiantes:

Thelma Leticia Cáceres Oseida	Carné 92-11963
Ana Karina Argueta Velásquez	Carné 97-22531

El cual llena los requerimientos técnicos básicos, por lo que emito mi aprobación para continuar con los trámites correspondientes en el departamento.

Sin otro particular, atentamente,



Lic. Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Col. 4,426
Asesor

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

cc: Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 453-2004

CODIPs. 384-2005
De aprobación de proyecto de Investigación

23 de febrero de 2005

Estudiante
Thelma Leticia Cáceres Oseida
Ana Karina Argueta Velásquez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a usted el Punto QUINTO (5º) del Acta DOCE GUIÓN DOS MIL CINCO (12-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de febrero de 2005, que literalmente dice:

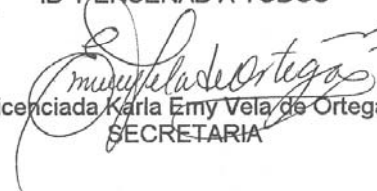
"QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: **"PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS EN SEGUNDO Y TERCER GRADO"**, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

THELMA LETICIA CÁCERES OSEIDA	CARNÉ No. 92-11963
ANA KARINA ARGUETA VELÁSQUEZ	CARNÉ No. 97-22531

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-, resuelve APROBARLO y nombrar como asesor al Licenciado Estuardo Espinoza Méndez y como revisor a la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce."

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Licenciada Karla Emy Vela de Ortega
SECRETARIA



/Gladys

*Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Ciudad de Guatemala, C. A.*



Sepiembre 27 de 2005

Dirección Cablegráfica IGSSO
Dirección Postal: Apartado 349
Teléfono: 2232-6001 al 9

Licenciada
MAYRA LUNA DE ALVAREZ
Centro de Investigaciones en Psicología
CIEPS- "MAYRA GUTIERREZ"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Licenciada:

De la manera más atenta me dirijo a usted, para hacerle constar que las estudiantes Thelma Leticia Cáceres oseida y Ana Karina Argueta Velásquez, de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos realizarán su trabajo de campo de tesis titulado: "Factores Psicosociales que afectarán a las pacientes con quemaduras severas", y siendo afiliadas al seguro social son atendidas en el Hospital General de Accidentes durante el período 2004 y 2005.

En mi calidad de Jefe de Servicio de Cirugía Plástica, extiendo la presente constancia, para que se le de los trámites correspondientes, atentamente,

DR. ANGEL DARIO ROSALES PAZ
Jefe del Servicio de Cirugía Plástica
Hospital General de Accidentes
Colegiado 4,367.

Dr. Angel D. Rosales P.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 4367

CONSULTA EXTERNA
CIRUJIA PLASTICA

Para Ti Mujer...

No te aferres al pasado, ni a los recuerdos tristes.

*No reabras la herida que ya cicatrizó,
ni revivas los dolores y sufrimientos antiguos.*

*De ahora en adelante,
pon tus fuerzas en construir una vida nueva,
orientada hacia lo alto y camina de frente, sin mirar atrás.*

*Haz como el sol que nace cada día,
sin pensar en la noche que pasó.*

Vamos, levántate... la luz del sol ¡Está afuera!

PADRINOS

Dr. Roberto Santos Urrutia Col. 6,159

Dr. Ángel Darío Rosales Paz Col.4,367

Lic. Estuardo Espinoza Méndez Col. 4,426

Licda. Miriam Ponce Ponce Col. 2150

ACTO QUE DEDICO

A DIOS TODO PODEROSO:

Por su amor y por darme la sabiduría en el entendimiento.

A MIS PADRES:

Por darme la vida

A MIS HERMANAS:

Mirna y Xeny por su amor fraternal y su apoyo constante en mi carrera.

A MI CUÑADO Y A MIS SOBRINOS:

Con mucho cariño.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS OMNIPOTENTE Y A LA VIRGEN MARIA:

Por darme la existencia y la sabiduría.

A MI ESPOSO:

Marlon Vásquez, por su apoyo y amor incondicional.

A MIS HIJOS:

Xavi y Vale, porque son mi razón de ser.

A MIS PADRES:

En especial a mi Madre por su incansable apoyo.

A MIS HERMANOS:

Que mi triunfo sea un ejemplo y éxitos en su vida.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que contribuyeron a la realización de este trabajo de investigación y a nuestra formación profesional y humana, en especial a:

La Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Entidades Educativas que contribuyeron en nuestra formación y crecimiento profesional.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital de Accidentes, Servicio de Especialidades Quirúrgicas y Consulta Externa

Por abrir sus puertas y permitir la realización del presente estudio.

Nuestros Padrinos

Estuardo, Roberto, Ángel Darío, Miriam Ponce y Nohemí Alfaro por su apoyo y constante motivación.

A nuestros Amigos y Amigas

Por estar en todo momento, apoyándonos y brindándonos su amistad.

A Ustedes

Any, Alfita, Dorita, Loti, Silvita y Fabi, quienes hicieron posible este esfuerzo y nos enseñaron mucho sobre la vida.

A Usted

Con quien compartimos nuestra alegría y nuestro triunfo.

INDICE

PROLOGO	1
CAPITULO I	3
INTRODUCCION	3
1. MARCO TEORICO	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Abordaje Médico de las Quemaduras	8
1.3 Abordaje Psicológico	11
2. PREMISAS	18
2.1 Hipótesis y Categoría de Análisis.....	19
2.2 Indicadores	21
CAPITULO II	23
2. Técnicas e Instrumentos	23
CAPITULO III	27
3. Presentación y Análisis de Resultados	27
CAPITULO IV	43
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
4.1 Conclusiones	43
4.2 Recomendaciones	45
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	47
RESUMEN	56

PRÓLOGO

La importancia que tienen las quemaduras severas en las mujeres, es que se ve afectada la integridad tanto física y psicológica como social y familiar. Con este tema pretendemos contribuir en la ampliación del conocimiento en áreas poco abordadas desde la psicología, al menos en Guatemala. Por lo que consideramos importante realizar un trabajo de investigación que aportará elementos para el profesional de la psicología u otras disciplinas que así lo consideren.

Siendo la paciente quemada una persona muy susceptible que se ve afectada en sus estilos de vida, reaccionando de manera inesperada. Se hace necesario profundizar en los aspectos psicosociales que afectan a toda mujer que sufre quemaduras severas y observar las conductas presentadas durante y después de la crisis. Manifestando, la baja autoestima, la frustración ante la imposibilidad de recuperarse prontamente, el poco deseo de vivir, el aislamiento social, los problemas familiares, entre otros.

Las pacientes que fueron nuestro punto de interés fueron afectadas en todas sus dimensiones, cambiándoles la vida, teniendo implicaciones que deseamos identificar, ya que solamente fueron abordadas a nivel médico, brindándoles un tratamiento altamente avanzado en técnicas de cirugía plástica a las que fueron sometidas por los especialistas en el ramo, pero no un abordaje psicoterapéutico, por la falta de un apoyo psicológico en esta institución, que no cuenta con este servicio, el cual se hace necesario para brindarles los elementos que ayuden o contribuyan a la pronta recuperación tanto emocional como física y así poderles preparar para enfrentar su vida de manera eficaz.

En Guatemala se ha evidenciado, con regularidad el ingreso al Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la zona 7 de Mixco, de pacientes de clase trabajadora que han sido afectadas ya sea por negligencias o por accidentes que suceden ocasionalmente, en las áreas de trabajo y en lugares en donde no se cree tener amenazas de peligro.

Consideramos que este tema se hace necesario manejarlo no solo porque abrirá nuevos campos de acción sino que permite al psicólogo promover nuevas técnicas terapéuticas, así como su adecuado abordaje psicoterapéutico e incrementar la importancia del servicio psicológico para poder trabajar conjuntamente con otras disciplinas que giran alrededor de las pacientes o personas que sufren quemaduras.

Al realizar este trabajo de investigación tuvimos una experiencia que nos ayudó a crecer como personas, pudimos compartir con ellas el valor de la vida, el deseo de salir adelante y vencer los obstáculos, a pesar de las circunstancias. Las pacientes pudieron expresar sus miedos y su dolor emocional al recordar el hecho y la situación traumática que vivieron. Por lo tanto fue una experiencia enriquecedora profesionalmente ya que tuvimos la oportunidad de conocer y observar los aspectos psicosociales que fueron afectados en nuestra población de estudio.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La inquietud de realizar un estudio sobre los problemas que surgen a raíz de las quemaduras severas en mujeres de 25 a 35 años surgió en el servicio de especialidades quirúrgicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del hospital general de accidentes, donde el contacto se obtuvo de manera directa por una de las investigadoras al atender a un grupo de mujeres trabajadoras, todas ellas de profesión maestras de primaria, quienes residen en la capital, las cuales sufrieron quemaduras severas en diferentes partes del cuerpo, al estar en un restaurante celebrando su convivio en el año 2001.

Las quemaduras severas en su piel constituyeron un problema social y familiar, que las aislaron de su ambiente habitual alterando sus relaciones y sus actividades, así como el concepto de salud y estética al tener cicatrices permanentes provocándoles desórdenes tales como: dolor, llanto, nerviosismo, ansiedad, desesperanza, temor a morir, angustia y desencadenando desesperación al no ver una pronta recuperación. Estas pacientes se vieron afectadas seriamente en los aspectos psicosociales que causaron estragos en sus vidas.

Considerando que la investigación conlleva al descubrimiento y desarrollo de una serie de procesos que nos dirigen a la ciencia. Nos permitimos dar a conocer una problemática que a diario se presenta en los diferentes hospitales a los que ingresan pacientes con quemaduras severas.

Esta problemática nos permite estudiar áreas poco abordadas por la Psicología, en donde nuestro principal interés fue profundizar en los aspectos psicosociales que presentaron estas pacientes y cómo afrontaron su crisis en su vida cotidiana, así como de qué manera se integraron nuevamente a su ámbito social, familiar, laboral, siendo nuestro objetivo general identificar las implicaciones que tuvieron a nivel psicosocial, definiendo cada aspecto, para conocer los mecanismos adaptativos, y así, poder desarrollar un programa de apoyo psicológicos para el tratamiento de las pacientes quemadas.

Logramos corroborar la inquietud de trabajo de que los aspectos psicosociales se vieron afectados en mujeres que han sufrido quemaduras severas, modificando sus estilos de vida. De esta hipótesis surgieron nuestras categorías de trabajo las cuales desarrollamos ampliamente en nuestro marco teórico y para su comprobación y análisis nos valimos de una técnica cualitativa que nos permitió describir cada categoría, sus significados y relaciones, reduciendo esta gama de datos sin perder información valiosa.

Asimismo hicimos uso de una variedad de instrumentos como la entrevista semi estructurada que nos llevó a descubrir que por medio de diálogo las pacientes compartieran información y experiencias más allá de lo que se les estaba preguntando. Como parte del proceso de investigación se construyeron los testimonios de vida, vividos por las pacientes, generando a su vez una experiencia de catarsis, así mismo para ampliar la información se realizaron comunicaciones con el médico especialista tratante; para poder contactar con las pacientes se realizaron visitas a su lugar de trabajo.

Se contó con la participación de tres informantes, siendo ellos parte del personal médico y paramédico, que estuvieron involucrados en el proceso de recuperación de las mismas, llevando un diario de campo que nos permitió guardar y detectar información y aspectos que no fueron manifestados pero que se podían observar. Culminamos nuestra investigación con un grupo de seis mujeres voluntarias que hicieron posible este proceso, así como otras personas que ayudaron a enriquecer la información sobre la problemática, como también la realización de un taller vivencial que ayudó en la interacción con las pacientes y les proporcionó beneficios a este grupo.

1. MARCO TEORICO

En Guatemala, es evidente la gran necesidad de la aportación económica de la mujer para cubrir las necesidades primarias, sufriendo riesgos tanto de orden laboral, como de la violencia que a diario se ve en nuestro país; la poca seguridad y negligencia de algunos centros e instituciones en donde se expone a la persona a factores de riesgo. Siendo uno de estos casos las mujeres que sufrieron quemaduras severas en el restaurante donde celebraban su convivió navideño.

En este referente teórico nos interesa conocer como psicólogas, todo lo concerniente a las quemaduras, su abordaje médico y su abordaje desde la psicología.

En siglos anteriores muchos se han preocupado de cómo tratar las heridas a través de apósitos de material animal o vegetal y ritos mágicos religiosos que destacaban en aquellos tiempos. Pero hoy en día en nuestras comunidades guatemaltecas hay personas a las cuales se les llama curanderos que son reconocidas por la propia comunidad en que vive como competentes para prestar atención en la salud mediante el empleo de productos vegetales, animales y minerales y la aplicación de algunos métodos de origen social, cultural y religioso, basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad que han servido para curar algunas quemaduras leves. Algunos principios han servido para desarrollar mejores conocimientos en el tratamiento de las quemaduras y así como su adecuado reconocimiento, pero esto se ha clasificado dentro de un sistema de salud informal.¹

Ahora comenzaremos por describir que es una quemadura severa, y son aquellas heridas producidas por diversos tipos de agentes, estas afectan la superficie corporal que esta arriba del 20% y que van a depender del área visible, o que ocasione defectos funcionales importantes.

Se ha podido distinguir tres tipos de quemaduras, las de primer grado que suelen no ser tan graves a menos que abarquen grandes zonas del cuerpo, produciendo eritema de la zona

¹ Kroger Axel, "Atención primaria de la salud" Editorial DSE, México 1989, Pagina 23.

quemada, la capa más superficial de la piel o sea la epidermis, la cual se ve afectada en este tipo de quemaduras.

La de segundo grado se acompañan de la formación de vesículas, en ellas se ha destruido la capa superficial de la piel, pero no las capas profundas, las quemaduras de segundo grado necesitan hospitalización, estas abarcan toda la epidermis y la dermis, en ellas se observan elementos viables que sirven de base para la regeneración del epitelio.

Las de tercer grado son las que entrañan destrucción del todo el espesor de la piel, a menudo se ve la grasa y músculos subyacentes incluso el hueso. Es importante en estos casos el transporte rápido al hospital².

Las anteriores van a estar afectadas por la profundidad y la extensión que son factores importantes para determinar el pronóstico. La profundidad va a estar dada por el daño que cause a nivel de las capas de la piel, que puede ser de manera superficial, lesionando la epidermis, o abarcando la dermis también, hasta llegar al hueso. Las mayores secuelas son producidas por quemaduras de tercer grado, estas secuelas incluyen cosméticas, funcionales, amputaciones y pérdidas de órganos.³

La extensión se relaciona con el cálculo de la regla de los nueve, por cada área quemada, relacionado también a la severidad de acuerdo a la edad del paciente.

Las causas de quemaduras y sus lesiones incluyen, las **térmicas**, entre estas están las húmedas, como agua hirviendo, vapor de agua, y secas, como una llama, un botellón de agua caliente, metales, grasa caliente, las determinantes más frecuentes de quemaduras por calor seco son explosiones intradomiciliarias de cilindros de gas propano, antorchamiento por quemaduras eléctricas e incendios estructurales. Las quemaduras por flash ocurren por la ignición súbita y de corta duración. La ignición inesperada de hornos u hornillas de

² Schwartz, G.F. “Principios de cirugía” MC Graw Hill, 4ta. Edición, Tomo I, México, D.F. Página 293-289.

³ Bruner, L.S. “Manual de Enfermería Médico Quirúrgica”. Edit. Interamericana, Vol. II, 4ª. Edición, México, D.F. 1987. Pág. 1150

estufas domésticas, también en hornos de panadería. Las lesiones por contacto con superficies calientes como fogones, metales calientes, así como planchas y ollas.

Las **químicas** en donde podemos encontrar los ácidos fuertes, como sulfúrico o nítrico, álcalis fuertes, como soda cáustica, sustancias químicas fuertes que incluyen fósforo, gas mostaza y otras sustancias.

Las **eléctricas**, estas varían de acuerdo al voltaje, tipo de circuito, la resistencia corporal, amperaje a través de los tejidos, la trayectoria de la corriente y la duración del contacto; así como en donde se produce la herida de entrada y la herida de salida.

Las quemaduras por arco-voltaico se producen por un alto voltaje, alcanzando temperaturas de 2,500°C.

Las quemaduras por **radiación** son aquellas que pueden ser causadas por rayos ultravioleta, rayos X y radio. Las quemaduras por luz solar y por lámparas de rayos ultravioleta suelen ser superficiales y producen efectos de breve duración. Estas radiaciones no solamente aceleran los movimientos moleculares intracelulares, sino, que generan calor por encima de los niveles capaces de producir muerte celular.⁴

Se dan complicaciones a raíz de las quemaduras tanto a nivel pulmonar, gastrointestinal, infecciones, neumonía; existen cuidados especiales, así como tratamientos inmediatos y como fase inicial se deben descubrir y examinarlas, para determinar el método de tratamiento ya sea por cura de exposición, la cual puede usarse en quemaduras de la cara u otras zonas que no se pueden cubrir.

Por cura oclusiva; las ampollas deben dejarse intactas y no deben cubrirse a menos que precisen curación.

⁴ Richard E. Albert. "Combined Critical Care Course, Multidisciplinary Board Review". Edited by Rene M. Arene, Printed in United States of America, I Edition, July 2000, Page 546

Los cuidados especiales se deben tener con los pies y piernas, procurando mantenerlos elevados durante las primeras 48 a 72 horas hasta que disminuya la inflamación. Las zonas cicatrizadas deben estar secas y lubricadas.

La temperatura física, la terapia ocupacional y las visitas de las enfermeras que trabajan con los médicos pueden ayudar a conseguir la recuperación completa de los pacientes quemados.⁵

Los factores que agravan el pronóstico de las quemaduras son la edad que va desde los menores de 2 años hasta los mayores de 70 años (edades extremas). Su localización que pueden ser vías aéreas, periné y zonas anexas; traumatismos concurrentes a quemaduras, enfermedades y/o condiciones concurrentes tales como: embarazo, dependencia a sustancias y drogas narcóticas, alteraciones psiquiátricas y psicosociales, diabetes, desnutrición, enfermedades cardiovasculares, alteraciones sanguíneas, afecciones crónicas, bronco pulmonares, insuficiencia renal, hepática o suprarrenal, SIDA.⁶

1.2 EL ABORDAJE MEDICO

La víctima de una quemadura a veces se torna como persona tranquila cuando se presenta a la emergencia, sobre todo después de que se ha cubierto su herida. Por otro lado, los paramédicos típicamente generan mucha ansiedad cuando llega tal individuo. Normalmente, se le administra morfina y se le trasfiere a un lugar adecuado de acuerdo a la gravedad de las quemaduras. Sin embargo, se requiere que de inmediato se haga la evaluación pertinente y se le dé el tratamiento sin retraso.⁷

Después de retirada la ropa con químicos nocivos de la herida, probablemente es temporalmente muy eficaz para el médico olvidarse de la víctima de la quemadura, para enfocarse en el traumatismo.

⁵ Barret, Bernard M. "Manual de Cuidados en Cirugía Plástica". Editores, S.A. 1990, Barcelona, Salvat. Pág. 351

⁶ Richard E. Albert. Ob. Cit. Page 541-552

⁷ Bruce E. Zawacky, M.D. "Fundamentals of Plastic and Reconstructive Surgery". Edited by: Wallace H.J. Chang M.D. FACS, William & Willkins, Baltimore/London, 1980. Page 155

Por lo tanto, para el médico, el tratamiento inmediato incluye: el establecimiento de una vía intravenosa para catéter o permanencia, siempre y cuando no sea un área quemada. La obtención de muestras de sangre para determinar exámenes de laboratorio de hematocrito, electrolitos y gases arteriales y pruebas de compatibilidad por si se va a necesitar transfusiones más adelante.

La inserción de una sonda a permanencia para la vigilancia cada hora de la densidad y volumen de orina y así poder realizar una valoración de pérdidas y reposiciones.

La vigilancia de los signos vitales con intervalos frecuentes, debiendo estar endiente de la fiebre o inferior a lo normal.⁸

El médico procura en reestablecer parámetros fisiológicos normales y prevenir complicaciones que ponen en peligro la vida.

El tratamiento de la quemadura local se puede refrescar con toallas mojadas las quemaduras; éstas son como una medida segura de primeros auxilios, refrescando con hielo son impropios y peligrosos para las quemaduras graves. El lavado inicial de la quemadura y el desbridamiento es deseable en todas las quemaduras, sin embargo, y ara prevenir la conversión del espesor parcial es necesaria la terapia antibacteriana tópica eficaz y será necesaria durante la hospitalización.⁹

Aunque la mayor parte de los hospitales se encuentra equipados para proporcionar atención de urgencia a los pacientes con quemaduras graves, los hospitales de la comunidad no suelen contar con el personal de enfermería y paramédicos suficientemente preparados para cuidar una quemadura masiva.

Solo el médico es capaz de tratar las consideraciones terapéuticas a seguir como el metabolismo y nutrición, la apnea consecuente, así como la administración de

⁸ Bruner, L.S. Ob. Cit. Pág. 1143

⁹ Bruce E. Zawacky, M.D. Ob. Cit. Page 182

medicamentos sedativos para poder evitar la intoxicación; así como suelen producir ansiedad y desorientación.

Las consecuencias clínicas de la inadecuada restitución nutricional incluyen profunda pérdida de peso, disminución de la función leucocitaria, retraso e la cicatrización de la lesión y grave inhibición de transporte celular activo; dando como resultado la disfunción celular.¹⁰

La administración de los antibióticos será de acuerdo a la valoración médica, así como la profilaxis de tétanos, evitando la descompresión gástrica que se logra en la inserción de una sonda naso gástrico periódicamente. Los pacientes con grandes quemaduras tienen el riesgo de una gastritis hemorrágica.

En su mayoría los pacientes son gradualmente desbridados de una quemadura de espesor completo por el médico en el plazo de dos o tres semanas, se requiere de una conducta más enérgica en caso de lesión por electricidad.

Según los avances médicos de cirugía plástica, los auto injertos pueden aplicarse como láminas de piel si necesidad de fijación con puntos o pequeñas incisiones en su superficie como un auto injerto, que permite la salida de plasma, pues la lesión ya ha sido preparada mediante la aplicación de apósitos fisiológicos. Así como la aplicación de heteroinjerto y homo injerto que ayudan a la disminución del dolor, reducción de la hospitalización, reinstalación más rápida de la función articular y más pronta rehabilitación de la quemadura.¹¹

A través de la cirugía reconstructiva se han logrado mejores resultados a nivel de cicatrices y funcionalidad, todo esto acompañado de otras disciplinas como la terapia física; se ha comprobado que un programa progresivo de fisioterapia iniciado inmediatamente después del ingreso al hospital permite la amplitud de movimiento en las articulaciones que están

¹⁰ Schwartz, G.F. Ob. Cit. Pág. 283

¹¹ Ibid. Pág. 285

debajo de las quemaduras, para que el paciente pueda efectuar movimientos articulares normales. Debe evitarse la inmovilización prolongada, propiciando el movimiento temprano después del injerto de piel.

Es necesario vigilar la posición adecuada durante el reposo en cama y preparar férulas para mantener una posición contra la contractura durante el sueño. La posición ideal para éstas últimas (rodillas extendidas, pies en posición neutra) es cómoda para el paciente y relativamente fácil de mantener en decúbito prono o supino.

Cuando el paciente ha sido dado de alta, debe ser lo más independiente posible y seguir un programa de terapia física para el hogar, a fin de mantener su función.¹²

La rehabilitación se da por una serie de procesos en donde a diario se discute los detalles del caso del paciente y la familia permite esa comunicación abierta lo cual es necesario para una rehabilitación misma motivada. En donde se necesita trabajar conjuntamente con terapia física, con el asistente social, la psiquiatra y/o consultores de la psicología para que proporcionen el apoyo en las transiciones difíciles de cada paciente y su familia a los cuales se les debe enfrentar. En donde el propósito de la rehabilitación es devolver al paciente a un sitio productivo en la sociedad, con los mejores resultados emocionales, cosméticos y funcionales posibles. El sostén emocional se suministra durante todo el período ulterior a la quemadura; en donde todos los profesionales trabajen en conjunto hacia los mismos fines.¹³

1.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Durante la crisis se observa llanto, mucho dolor, nerviosismo, ansiedad, desesperación, temor a morir y desesperanza que es provocada la severidad de las heridas, a las cuales no se le ve una pronta recuperación, debido a la magnitud de las mismas. El personal que atiende, presenta también conductas de asombro e incertidumbre al no saber como atender y aliviar el dolor tanto físico como emocional, ese momento se constituye el principio de un cambio de vida, que vendrá a modificar la conducta y actitud hacia la misma. En su

¹² Bruner, L.S. Ob. Cit. Pág. 1167

¹³ Bruce E. Zawacky, M.D. Ob. Cit. Page 85

mayoría estas pacientes duran aproximadamente dos años y medio en el área de encamamiento hospitalario y aun después de egresar, continúan asistiendo a la consulta externa para que se les programe cirugía estética por las múltiples secuelas de las quemaduras.

Durante este lapso las pacientes presentan cambios en su forma de ser, se observa apatía hacia la apariencia física que presentan, negación contra la vida, deseo de morir algunas veces a cambio de soportar el tratamiento tan severo que se le aplica. También tristeza y llanto constante por las noches, algunas pacientes presentan rechazo al personal que las atiende porque se sienten incomprendidas y exigen una atención inmediata. Se hace necesario un apoyo psicológico, ya que caso contrario su atención se torna en un trabajo físico y mental agotador.

Se pueden observar síntomas provocados por el estrés de la crisis o el suceso traumático por el cual atraviesan estas pacientes. Entre ellos podemos mencionar; los Físicos, expresados por dolor en el pecho, dificultad para respirar, shock, fatiga, náuseas y vómitos, mareo, sudoración, excesiva aceleración del ritmo cardíaco, sed y dolor de cabeza.

Los cognoscitivos pueden ser: confusión, pesadillas, desorientación, alteración en el estado de alerta, concentración deficiente, trastornos de memoria, dificultad para resolver problemas y para identificar personas u objetos conocidos. Además de los síntomas emocionales, por ejemplo ansiedad, culpa, aflicción, negación, pánico, miedo, irritabilidad, depresión, sentimiento de fracaso, sentirse abrumado, culpar a los demás o a sí mismo, los cuales vienen a recaer en los síntomas de conducta, ira intensa, aislamiento, estallidos emocionales, alteraciones en el apetito, consumo excesivo de alcohol, intranquilidad, cambios en la conducta sexual, incapacidad para descansar.

Las etapas de respuesta psicológica que suele presentarse son: el **impacto** que se da inmediatamente después de la quemadura, hasta llegar a shock, aparece luego el **retiro** o Negación ligada a la represión y la desconfianza total. Luego de la negación, cuando la paciente se encuentra ya más calmada, se da la **aceptación** en la cual se muestra apenada y

triste. Para pasar a una etapa final que es la **reconstructiva**, en donde se da la aceptación de limitaciones e inicia la reedificación de su vida.¹⁴

La etapa de crisis puede aliviarse en cierta forma si alguien cercano lo tranquiliza y le señala sus reacciones, las cuales son normales y temporales. Al satisfacer y estar atentos a las necesidades del paciente, se puede disipar el temor de abandono.

En caso de que muestre signos de delirio o desorientación, se le ayudará amablemente a recordar su propia identidad, la hora que es, y las personas que lo atienden. El paciente puede haber sufrido muchas pérdidas como consecuencia del incendio, incluyendo miembros de la familia y amigos, un hogar, posesiones diversas, así como pérdida potencial de función. Es importante en estos casos respetar su pesadumbre y dolor y brindar apoyo y comprensión por parte del personal que lo atiende.

Después de haber pasado un largo tiempo en un área donde todas las atenciones giran alrededor de ellas se suscita este desprendimiento cuando son enfrentadas a su segunda realidad, que sería el volver a retomar sus actividades en sus hogares, lo que es difícil ya que el primer problema con el que se encuentran es la no aceptación de su cónyuge y de sus familiares y amigos. En algunos casos son víctimas de la separación y falta de apoyo de su pareja, así como de los hijos. En el área laboral se tiene conflictos de no poder desarrollarse debido a los problemas motores que presentan, especialmente en sus manos.

Siendo el paciente quemado una persona muy susceptible que se ve afectada en sus proyectos de vida, reaccionando en su mayoría de una forma problemática y de rechazo a su situación. Es importante destacar que al tener conciencia de su situación y percibir que no son autosuficientes como antes, las pacientes pueden sentirse amenazadas, deprimidas, ansiosas o temerosas, además existe la posibilidad de dependencia. Existen dos tipos de reacciones en pacientes: Los que ansían dependencia y los otros que tienen miedo de ella. El psicólogo deberá concientizar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la afectividad del tratamiento que se seguirá con él. Igualmente los pacientes deben ser

¹⁴ Facultad de Medicina, UNAM, México. "Clasificación de las Quemaduras". Año 2003. Disponible en: www.facmed.unam.mx/postgrado/especialidades/semat.

informados de que la tensión puede afectar la circulación, impedir el proceso de cicatrización y disminuir su comodidad.¹⁵

El tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo. Las posibilidades, reales de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a quemaduras.

En las personas que han sufrido quemaduras severas, después de la crisis se da la inseguridad de no sentirse bien con el medio que le rodea o en el que se desenvuelve, provocando problemas de adaptación, a lo cual se le agrega la frustración que se manifiesta en una reacción emocional que impide alcanzar las metas propuestas por ellas mismas.

Todos estos aspectos se convierten en las variables que conforman el problema en sí. Este problema se ubica en la rama psicológica de la Clínica, en donde se pueden identificar las implicaciones psicosociales que dejan las secuelas de las quemaduras, que en su mayoría son emocionales, valorando la utilidad de manejar elementos de la Postura Cognitivo-Conductual, como corrientes asociadas, en donde se tratará de identificar las implicaciones psicosociales que dejan las secuelas de las quemaduras.

Las quemaduras severas en piel pueden constituir un problema social y familiar importantes, que van desde aislar al individuo de su ambiente habitual alterando sus relaciones y sus actividades.

Esta problemática se relaciona con aspectos psicosociales que son un proceso de mediación, en donde el individuo trata consciente e inconscientemente de afrontar la situación a través de la valoración y capacidad que serán influidos por variables que le anteceden a la persona interna y externamente, provocando un desequilibrio en la familia hasta el punto de desintegrarla, creando una inestabilidad en sus interrelaciones con las demás estructuras sociales. Dándose de esta manera un Aislamiento Social, como esa

¹⁵ Bruce E. Zawacky, M.D. Ob. Cit. Page 504

introspección exagerada con pocos deseos de comunicarse o falta de interés en lo que pasa a su alrededor, que según Eric Ericsson se debe resolver para poder estar seguros de nuestra identidad, pero en nuestras pacientes no se da este proceso debido a la falta de Autoestima, perdiéndose ese equilibrio del yo, que implica un estado de madurez psíquico y estabilidad emocional.¹⁶

Durante todo el curso del tratamiento el paciente se halla sometido a una experiencia angustiosa y dolorosa. En efecto, después de los acontecimientos traumáticos relacionados con el incendio, el **estilo de vida** del paciente ha experimentado un cambio de una independencia a una dependencia total, con limitación física, dolor incesante, y una vida que parece pender de la balanza, mientras el sujeto yace desvalido e indefenso. En tales circunstancias la comunicación posee una importancia extraordinaria. Además de mostrar signos de temor, el paciente manifiesta signos de ira o enojo, a veces dirigido a sí mismo basado en un sentimiento de culpa, quizá como causante del fuego, o incluso por sobrevivir cuando padecieron personas por él amadas, otras veces la ira puede proyectarse al exterior, es decir a aquellos que escaparon ilesos y hasta incluso contra aquellas personas que lo atienden.

La imagen corporal pasa a ser un instrumento de lazo social, un estímulo a usar hacia las otras personas. Ellos nos ven según la imagen que proyectamos no tanto como nos veamos. Generalmente, como se ha indicado, en muchos de los individuos que consultan es evidente la gran diferencia entre lo que se es y lo que se tienen y aquello a lo que se aspira a obtener, vía cirugía mayor belleza, variable. La frustración y el sentimiento de inferioridad por ende aumentan tanto como la psicopatología individual lo demuestra, vía síntoma o formaciones del carácter. La imagen corporal es otro componente por el que llegan donde se les dice que es la representación del sí mismo (self) una palabra que no solo es lo que aparento ser es más que eso.¹⁷

¹⁶ Warren, Horned, "Diccionario de Psicología". 1ª. Edición, México, D.F. 1989. Pág. 51

Morris, Charles, "Psicología", 5ª. Edición, México, D.F. 1987. Pág. 87

¹⁷ Guerrissi, Jorge. "Complicaciones en la Cirugía y Tratamiento". Editorial Mc. Graw Hill. México. 1a. Edición. 2002. Pág. 504

Aparece también evidentemente los factores estresantes se presentan en muchas formas y categorías ya sean físicos, fisiológicos o psicosociales.

Los primeros pueden incluir frío, calor o agentes químicos en tanto que los segundos pueden ser resultado de reacciones emocionales, como temor a reprobado un examen o no obtener empleo, o como quedarse físicamente después de una quemadura. Otros factores según Erickson son lo que abarcan situaciones propias de la vida como nacimiento, muerte, quemaduras, ahogamiento, etc.

Francisco Morales Calatayud se refiere a los **aspectos psicosociales** como un “factor psicosocial de riesgo” que se ve en tres dimensiones: a nivel macro social que se refiere a la sociedad en su conjunto, a su complejo sistema de relaciones, especialmente las de producción, que sitúan a cada individuo en una posición por su pertenencia a una clase determinada. La macro medio que va incluir a la familia, la vida laboral y las relaciones más inmediatas que se dan en las condiciones de trabajo y vida concreta de un individuo; y la individual que comprende al sujeto que en tanto su personalidad se orienta, regula su comportamiento. Y por lo tanto para nuestro estudio nos interesan las dos últimas. También debemos de entender el término “psicosocial” el cual es una palabra compuesta en la que se yuxtaponen dos términos que sirven para denominar dos realidades muy relacionadas e interdependientes, pero que cualitativamente son diferentes.

Según el psicólogo salvadoreño Ignacio Martín Baró muestra la conexión entre dos estructuras: la individual (la personalidad humana) y la estructura social (cada sociedad histórica) o dicho en otras palabras, muestra la doble realidad del individuo en la sociedad y de la sociedad en el individuo.

En suma, cada individuo desarrolla un “yo social” diferenciador y vinculante al mismo tiempo, se refiere también a como las personas adquieren una dimensión social como individuos. Si se observa con atención la actitud social de cualquier persona, encontrará ciertamente una variedad de facetas: una persona usa un lenguaje verbal y no verbal para comunicarse, sus actos revelan el acatamiento o desafío de ciertas normas, manifiesta

ciertas creencias, exhibe prejuicios y en general muestra múltiples maneras, la adquisición de una dimensión social como individuo.¹⁸

La actividad de todo individuo se proyecta socialmente hacia la formación social de la cual forma parte. Es decir, no se trata de un vínculo que “cada” individuo establezca directamente y por separado con la sociedad. La relación concreta entre individuo y sociedad pasa por ciertas instancias colectivas, en las cuales la actividad individual se transforma cualitativamente al integrarse socialmente. Este sistema de integración psicosocial hace que el individuo siga siendo y a la vez deja de serlo: conserva y acentúa su identidad personal, y al mismo tiempo se hace social.¹⁹

Algunos autores además de Calatayud piensan a cerca de que la noción de que los hábitos personales son discretos y modificables independientemente de que las personas pueden decidir voluntariamente la alteración o modificación de estas conductas. Un estilo de vida saludable puede ser adoptado si se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello. “Aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren de un esfuerzo adaptativo”.²⁰

Para todo esto es necesario encontrarse con una persona en donde pueda comunicar sus emociones y sentimientos sin temor o represalia y mucho menos venganza, desempeñando este papel muy bien algún psicólogo, un líder espiritual, una enfermera o algún miembro de la familia.

¹⁸ Campos Santalices, Armando. “Introducción a la Psicología Social” Editorial Universidad Estatal a Distancia. 1era. Edición, San José Costa Rica, 1999. Página 317, 271.

¹⁹ Campos Santalices, Armando. Op. Cit. Pag. 277, 278.

²⁰ Francisco Morales Calatayud, “Introducción a la Psicología de la Salud”. Editorial. Paidós, Buenos Aires, Argentina, Barcelona, México. 1ª. Edición 1999. Pág. 92

2. PREMISAS Y POSTULADOS

1. Las quemaduras severas en piel pueden constituir un problema social, familiar y laboral, que van desde aislar al individuo de su ambiente habitual alterando sus relaciones y sus actividades.
2. Existe una conexión entre la estructura individual y la estructura social, ambas muestran la doble realidad del individuo en la sociedad y de la sociedad en el individuo.
3. Cada individuo desarrolla un “yo social” diferenciador y vinculante al mismo tiempo.
4. Un estilo de vida saludable puede ser adoptado si se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello.
5. La rehabilitación de la paciente quemada se debe llevar conjuntamente con la familia, así como con disciplinas especializadas para poderle proporcionar el apoyo en las transiciones difíciles de ambas y a las cuales se les debe enfrentar.
6. Las mujeres quemadas presentan cambios en su forma de ser, así como apatía por su apariencia, negación contra la vida y poco deseo de vivir.
7. En la etapa de aceptación por limitaciones que se tienen se puede iniciar con la etapa reconstructiva y la reedificación de su vida.
8. La etapa de crisis puede aliviarse en cierta forma si alguien cercano lo tranquiliza y le señala sus reacciones, las cuales son normales y temporales.
9. Al satisfacer y estar atentos a las necesidades de la paciente quemada se puede disipar el temor de abandono.
10. Las mayores secuelas de las quemaduras son las secuelas emocionales.

2.1 HIPOTESIS

Los aspectos psicosociales se ven afectados en mujeres que han sufrido quemaduras severas, modificando los estilos de vida.

CATEGORIAS DE ANALISIS

1. PACIENTES QUEMADAS SEVERAMENTE:

Es aquella persona que le ha sido invalidada su situación física dado por situaciones a la que ha sido expuesta. En este caso arriba de 50°C, causándole lesión celular. Todos estos, dados generalmente por accidente o negligencia. Se conceptualiza a las pacientes quemadas severamente a aquellas que han sufrido quemaduras que están sobre el 20% de la superficie corporal o aunque sea menos que ésta, pero se encuentran ubicadas en un área visible o que ocasionen defectos funcionales importantes. El diagnóstico de una quemadura severa es dado por los profesionales de la medicina.

2. ASPECTOS PSICOSOCIALES:

El psicólogo salvadoreño Ignacio Martín Baró muestra la conexión entre dos estructuras: la individual la (personalidad humana) y la estructura social (cada sociedad histórica) o, dicho en otras palabras, muestra la doble realidad del individuo en la sociedad y de la sociedad en el individuo. En suma, cada individuo desarrolla un “yo social” diferenciador y vinculante al mismo tiempo, se refiere también a como las personas adquieren una dimensión social como individuos. Si se observa con atención la actividad social de cualquier persona, se encontrará ciertamente una variedad de facetas: una persona usa un lenguaje verbal y no verbal para comunicarse, sus actos revelan el acatamiento o desafío de ciertas normas, manifiestas ciertas creencias, exhibe prejuicios, y en general muestra de múltiples maneras, la adquisición de una dimensión social como individuo.

Por otro lado, Francisco Morales Calatayud se refiere a los aspectos psicosociales como un factor psicosocial de riesgo que se ve en tres dimensiones: a nivel **macro social** que se refiere a la sociedad en su conjunto, a su complejo sistema de relaciones, especialmente las de producción, que sitúan a cada individuo en una posición por su pertenencia a una clase determinada. La **macromedio** que va a incluir a la familia, la vida laboral y las relaciones más inmediatas que se dan en las condiciones de trabajo y vida concreta de un individuo; y la **individual** que comprende al sujeto que en tanto su personalidad se orienta, regula su comportamiento. Y por lo tanto para nuestro estudio nos interesan las dos últimas.

3. ESTILOS DE VIDA:

En forma resumida es el conjunto de comportamientos, que un individuo concreto pone en práctica de manera consciente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad.

Algunos autores además de Calatayud piensan acerca de que la noción de que los hábitos personales son discretos y modificables independientemente de que las personas pueden decidir voluntariamente la alteración o modificación de estas conductas. Un estilo de vida saludable puede ser adoptado si se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello. “Aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto que tienen una importancia tal, que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren de un esfuerzo adaptativo”.

2.2 INDICADORES:

1. PACIENTES QUEMADAS SEVERAMENTE:

a) Tipos de Quemaduras: II y III Grado

b) Clasificación:

- Extensión
- Profundidad

c) Causas:

- Térmicas
- Químicas
- Eléctricas
- Radiación
- Por Inhalación

d) Tratamiento

- Terapias

e) Pronóstico

2. PROBLEMAS PSICOSOCIALES:

a) Problemas Familiares

- Desintegración Familiar
- Mala relación con la pareja e hijos

- b) Problemas Laborales
 - Limitaciones Físicas
 - Riesgos
 - Cambios en el trabajo

- c) Problemas Sociales
 - Aislamiento
 - Disminución de oportunidades

- d) Problemas Individuales o Emocionales
 - Baja Autoestima
 - Frustración
 - Desesperanza
 - Angustia
 - Ansiedad

3. ESTILOS DE VIDA:

- a) Pérdida del Estilo de Vida
 - Desórdenes alimenticios
 - Desórdenes del sueño e higiene
 - Vida amorosa y sexual

- b) Adaptación a los nuevos Estilos de Vida
 - Aceptación
 - Recuperación
 - Proyectos

CAPITULO II

TECNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

POBLACION DE TRABAJO:

Nuestra investigación fue de tipo descriptivo-cualitativo; con lo cual se pretendió describir y señalar las características psicosociales principales de un grupo de seis mujeres voluntarias que sufrieron quemaduras severas y cómo modificaron sus estilos de vida, en la cual definimos e identificamos las conductas presentadas, así como sus peculiaridades de su entorno psicosocial ante la problemática que viven.

Utilizamos para ello una muestra intencionada de la siguiente manera:

1. Se eligió un día de la semana para entrevistar y presentar el objetivo de la investigación a las pacientes que asisten a su consulta en ese día, en coordinación con el jefe de servicio de la clínica de cirugía plástica.
2. Se tomó solamente la población de mujeres quemadas severamente de 20 años en adelante, que residen en la capital de Guatemala, de clase trabajadora, afiliadas al seguro social, alfabetas, de estado civil solteras y casadas, de clase media que han sido atendidas desde hace dos años.
3. Se tomó a informantes claves del personal médico y paramédico.

PROCEDIMIENTO:

1. El primer acercamiento con las pacientes se hizo entablando una comunicación armónica, presentando el objetivo y los beneficios de la investigación.

2. Para la recolección específica de la información se hizo de la siguiente manera:
 - a. A nivel individual: con cada paciente voluntaria se hizo una entrevista y además se les pidió su testimonio, esto se realizó en su lugar de trabajo ya que no se pudo hacer en su hogar por asuntos ajenos a las investigadores, pero se hizo una observación de su entorno laboral.
 - b. A nivel grupal: Se hizo una sesión en donde se realizó un taller vivencial en donde se combinó con dinámicas de grupo que ayudó a liberar conductas reprimidas e identificar similitudes y diferencias para poder ampliar y fortalecer los hallazgos importantes de la problemática a estudiar.
3. Para el procesamiento de la información se partió de las categorías de análisis, sus significados y relaciones, así como del desprendimiento de subcategorías que se dieron.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

Entrevista semi estructurada: consistió en un diálogo y/o conversación que se estableció sobre una categoría de análisis, definida en la investigación para obtener datos sobre un problema determinado, utilizando preguntas abiertas focalizadas a una lista de cuestiones a investigar que dieron margen a la persona voluntaria a expresar más de lo que se le preguntó. (Ver anexo)

Testimonio de vida: se refirió a una comunicación verbal, catártica, cuyo contenido principal fue la descripción de detalles y experiencias traumáticas, transformándolas en categorías y subcategorías de análisis más concretas. (Ver anexo)

Diario de Campo: registró hechos y actividades no expresadas sino observadas por las investigadoras.

Dinámica de Grupo: se refirió al sistema de fuerzas psíquicas que operaron en la interacción de un grupo de personas voluntarias que ayudaron a identificar similitudes y diferencias entre las mismas.

Taller vivencial: se caracterizó por crear una situación ficticia, donde se involucró reaccionó y adoptó actitudes espontáneas que ayudaron a liberar conductas reprimidas.

TECNICAS DE ANALISIS:

Análisis Cualitativo: Este análisis descompone el todo en sus partes para investigar como está formado y organizado el objeto de estudio. Organiza el volumen de datos, interpreta según las categorías de análisis, sus significados y sus relaciones, reduce los datos teniendo el sumo cuidado de no perder información ni descartar datos valiosos.

Este análisis partió de nuestras categorías de análisis, siendo estas las Quemaduras Severas, Aspectos Psicosociales y los Estilos de Vida, que ayudaron a identificar la problemática psicosocial que afrontaron las pacientes quemadas severamente y como modificaron sus estilos de vida.

Las transcripciones fueron completas pero algunas veces repetitivas en cuanto al contenido. En el estudio cualitativo, el análisis de datos no está determinado completamente sino que es “prefigurado, coreografiado o esbozado.” Es decir se comenzó a efectuar bajo un plan general, pero se desarrolló sufriendo modificaciones de acuerdo a los resultados. Por ejemplo, se clasificó los contenidos de las entrevistas en temas y categorías, así como de los testimonios de vida y al hacerlo elaboramos una gráfica o esquema, todo esto en base a una grabación de testimonio que se hizo de cada una de ellas, después incorporamos comentarios de nuestro diario de campo.

Sus propósitos fueron:

- Darle orden a los datos
- Organizar las unidades, las categorías, los temas y los patrones.
- Comprender en profundidad el contexto que rodea los datos.
- Describir las experiencias de las personas estudiadas bajo su óptica de lenguaje y con sus expresiones.
- Interpretar y evaluar unidades, categorías, temas y patrones.
- Explicar contextos, situaciones, hechos, fenómenos.
- Generar preguntas de investigación e hipótesis.
- Reconstruir historias
- Relacionar los resultados del análisis con la teoría fundamentada o construir teorías,

La investigación cualitativa evitó la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como entrevistas no estructuradas y de testimonios. Trató de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica. Está centrada en la fenomenología y comprensión, observación naturista sin control, es subjetiva, exploratoria, inductiva y descriptiva, orientada al proceso, son datos ricos y profundos y no generalizable.

Los métodos cualitativos tienen propensión a comunicarse con los sujetos del estudio, no se limita a preguntar, es una comunicación más horizontal, entre el investigador y los investigados con mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural.

CAPITULO III

3. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Este capítulo tiene como objetivo presentar la síntesis y análisis de la información obtenida de los instrumentos que consistieron en una entrevista y testimonios de vida, ambos están contemplados en el anexo de la investigación:

El grupo de estudio estuvo compuesta de seis mujeres adultas de 35 años en adelante, de profesión y oficio maestras de educación primaria urbana en la escuela primaria “25 de junio”, ubicada en la 26 avenida 32-00 de la zona 5 de la ciudad capital, todas residen en la ciudad. Tres de ellas se encuentran casadas y tiene hijos, una de ellas es viuda y tiene dos hijas mayores, otra es madre soltera con una hija y la que aún es soltera, no tiene hijos y vive con sus padres al cuidado de los mismos. Todas ellas son afiliadas al seguro social, son de clase media, trabajadora, que sufrieron quemaduras severas accidentalmente en varias partes del cuerpo y la información que a continuación se presenta es referida por cada una de ellas, quienes vivieron el trauma.

TESTIMONIO Y ENTREVISTA

No. 1

Condición Diagnóstica de la paciente quemada:

Paciente con quemaduras de II y III grado, localizadas en las áreas de la cara, cuello y miembros superiores, a causa de un incendio. Paciente sometida a una terapia dolorosa. Le colocaron sondas y catéteres para poder administrarle líquidos y controlarlos al mismo tiempo. La paciente continúa con cicatrices en el cuello y manos, por lo que aún sigue en tratamiento.

Condiciones Psicosociales:

Paciente refiere temor a sufrir nuevamente la misma situación con un cuadro de angustia. Se mantuvo aislada socialmente, no quería que la vieran las demás personas por temor. Los sentimientos de soledad se hacen presentes en su vida, así como desesperación, mucho llanto, tristeza al recordar lo sucedido. Recibió apoyo del personal médico y paramédico.

Condiciones en los estilos de vida:

Paciente con trastornos de sueño, no dormía, le ayudan a comer. Tuvo un cambio de lo material a lo espiritual. Su relación con su pareja es solamente de compañerismo.

TESTIMONIO Y ENTREVISTA**No. 2****Condición Diagnóstica de la paciente quemada:**

Paciente con quemaduras de II y III grado, localizadas en las áreas de cara, brazos y manos, a causa de un incendio. Paciente presenta secuelas en la garganta, aún continúa en tratamiento por las cicatrices en sus manos.

Condiciones Psicosociales:

Paciente presenta pánico y ansiedad al recordar la situación. Recibió apoyo familiar en su crisis. Su familia se unió aún más. Pudo valorizar su vida. Recibió apoyo institucional.

Condiciones en los estilos de vida:

La paciente presenta insomnio. Tuvo un cambio de su vida material a una vida más espiritual.

TESTIMONIO Y ENTREVISTA No. 3

Condición Diagnóstica de la paciente quemada:

Paciente con quemaduras de II y III grado localizadas en las áreas del hombro y brazo a causa de un incendio. Paciente sometida a curaciones diarias y con mucho dolor.

Condiciones Psicosociales:

La paciente tuvo deseos de morir (ideas suicidas), se mantuvo con temor constante que le provocó angustia. Recibió ayuda familiar especialmente de su esposo, hijos, padres, hermanos así como de parte de sus amigos. Recibió apoyo paramédico.

Condiciones en los estilos de vida:

Paciente presenta temor a salir sola de su casa, siempre la acompaña un familiar a cualquier lugar a donde va.

TESTIMONIO Y ENTREVISTA No. 4

Condición Diagnóstica de la paciente quemada:

Paciente con quemaduras de II y III grado, localizadas en la cara, cuello, manos y brazos, a causa de un incendio. Fue sometida a un tratamiento doloroso e intenso, con curaciones diarias, cirugías, como zetoplastías, infiltraciones para evitar el dolor, con hidroterapias que ayudaban a desprender las curaciones que se pegaban en su cuerpo y para ir limpiando la piel. Se le nebulizaba constantemente para que el oxígeno no tuviera dificultad para entrar a sus pulmones a causa del humo acumulado. Le colocaron varios injertos de piel para recobrar lo perdido. Paciente con resultados no deseados.

Condiciones Psicosociales:

Paciente con presencia de miedos a causa de la situación, con pensamientos negativos (piensa que tiene mala suerte) y de soledad. Siente que sufrió abandono de parte del personal médico al no recibir un tratamiento adecuado. Negación (Aún no entiende por qué lo sucedido). Se sintió deprimida a causa de la ausencia de su familia en su crisis, teniendo mucha desesperación y llanto. Sentía fortaleza al ver a su familia.

Condiciones en los estilos de vida:

Trastornos del sueño (La paciente duerme poco) presentó dependencia para comer.

TESTIMONIO Y ENTREVISTA**No. 5****Condición Diagnóstica de la paciente quemada:**

Paciente con quemaduras de II y III grado en cuello, cara, brazos, orejas y nariz a causa de un incendio. Fue sometida a injertos constantes en el hombro, tuvo pérdida de la movilidad en sus manos, estuvo en riesgo de morir y aún le hace falta injertos en el cuello.

Condiciones Psicosociales:

La paciente siente angustia por sus hijas, así también sus hijas por ella. Sufre de duelo reciente por la muerte de su esposo. Tiene deudas financieras a causa de la situación. Llora y siente miedo. Tiene limitación en recrearse por riesgo a exponerse al sol. Tiene temor a una nueva cirugía. Durante su crisis dormía mucho y le causa aún angustia recordar la situación. Recibió apoyo médico y de las enfermeras.

Condiciones en los estilos de vida:

Tuvo fallos en la memoria, dependencia para su higiene personal y comidas. Tuvo dificultad para hablar por teléfono por las quemaduras en sus orejas. Tiene fallos en el vista. Tuvo un cambio de lo material a lo espiritual.

**TESTIMONO Y ENTREVISTA
No. 6****Condición Diagnóstica de la paciente quemada:**

Paciente con quemaduras de II y III grado en la cara, cuello y manos. Sufrió de dolor intenso especialmente en las curaciones a la que fue sometida.

Condiciones Psicosociales:

Paciente con desesperación en el momento de su crisis, sintió tristeza y llanto, alteración y tensión. Recibió apoyo de su familia y se unió más. Obtuvo esperanza después de la crisis, así como confianza y fé. Se sintió contenta y feliz después de la crisis. Recibió apoyo médico y de las enfermeras.

Condiciones en los estilos de vida:

Paciente con alteraciones en el sueño, tiene temor a salir de su casa, sintió incertidumbre y hubo un cambio de lo material a lo espiritual.

En el siguiente apartado se hace también una presentación de la información que aportan los informantes claves que no es exclusiva de nuestra población de trabajo sino que corresponde a la totalidad de pacientes quemadas en el incidente referido en nuestra introducción, estas tres preguntas fueron dirigidas a dos enfermeras y a un médico especialista que tuvieron contacto directo con las pacientes que sufrieron quemaduras severas. Las preguntas consistieron en:

1. Explique qué situaciones positivas o negativas considera usted que afrontan las pacientes que sufrieron quemaduras severas:
2. Relate qué reacciones psicológicas y emocionales se observaron en las pacientes que sufrieron quemaduras y de qué manera influyó para su pronta recuperación:
3. Relate cómo influyó el núcleo familiar y social en la recuperación de las pacientes que sufrieron quemaduras severas:

**Informante
No. 1**

En la primera pregunta según informante. Los aspectos positivos fueron: solidaridad entre ellas, amistad y unidad familiar. En los aspectos negativos, hubo renuencia al tratamiento en su primera etapa.

En la segunda pregunta los aspectos psicológicos y emocionales encontrados son: el llanto, negativismo, prolongación de su tratamiento a causa de la poca disposición.

En la tercera pregunta el factor familiar tuvo influencia como ayuda en el tratamiento, otras familias no ayudaron, hubo parejas disfuncionales a causa de la situación.

**Informante
No. 2**

En la primera pregunta según informante. Los aspectos negativos son: dolor emocional, sufrimiento, físico, secuelas físicas y poco apoyo familiar.

En la segunda pregunta los aspectos psicológicos y emocionales fueron: falta de aceptación de parte de sus alumnos, el nivel educativo de las pacientes contribuyó a una mejor comprensión del tratamiento ofrecido. Se presentaron divorcios, malos comentarios, llanto, desprecio de los demás.

En la tercera pregunta con relación al factor familiar, al inició se contó con el 100% de apoyo familiar y luego hubo un abandono, también se presentaron rupturas matrimoniales y se han quedado solas.

**Informante
No. 3**

En la primera pregunta según informante, los aspectos positivos fueron: hubo un reforzamiento en el área espiritual, amistad, solidaridad y una unidad familiar. En los aspectos negativos: desesperanza, dolor, temor, angustia, sentimientos y pensamientos de muerte, faltó el apoyo de algunas familias.

En la segunda pregunta con relación a los aspectos psicológicos y emocionales fueron: angustia, ansiedad, negativismo, desesperanza, tristeza, insomnio, mucho llanto, temor a enfrentar nuevamente la vida, aislamiento, falta de adaptación al regresar a su casa después de estar ausente tantos meses.

En la tercera pregunta en relación al factor familiar hubo fortaleza en el tratamiento, positivismo, dependencia, aislamiento en algunos casos.

A continuación presentamos la integración de resultados que consiste en la clasificación de información según las categorías de trabajo en base a los aspectos positivos y negativos encontrados en las entrevistas y testimonios que se utilizaron con nuestro grupo de trabajo investigativo:

CATEGORIAS DE TRABAJO

1. ASPECTOS FISICOS DE LAS QUEMADURAS:

Aspectos Positivos:

- Curaciones diarias.
- Cirugías sofisticadas.
- Hidroterapias.
- Nebulizaciones para despejar vías aéreas.
- Zetoplastías.
- Colocación de injertos y auto injertos para reponer tejido perdido.
- Colocación de membranas que redujo curaciones dolorosas.
- Terapia física que ayudó a restaurar la movilidad del paciente.
- Reducción de hospitalización por la constante atención especializada.
- Reducción de cicatrices y mejor funcionalidad de los miembros comprometidos a través del tratamiento.

Aspectos Negativos:

- Quemaduras severas localizadas en cara, cuello, miembros superiores (poniendo en riesgo las vías aéreas, la estética y funcionalidad de la paciente).
- Tratamiento intensivo y doloroso.
- Existencia de algunas cicatrices.
- Secuelas en la afección de la garganta.
- Riesgos de morir por la ubicación de las quemaduras, su profundidad y extensión.
- Presencia de gran cantidad de medicamentos que daban efectos secundarios como insomnio, desorientación, etc.
- Curaciones fuertes y duras.

Peculiaridades: eran muchas las pacientes y solo un residente que las curaba; así como pocos especialistas. Además que algunas pacientes aún continúan en tratamiento para posibles cirugías.

2. ASPECTOS PSICOSOCIALES:

Aspectos Positivos:

a) Red Social de Apoyo:

- Familia, entendida como ayuda, tiempo compartido, unión y seguridad, comprensión.
- Apoyo institucional, atención médica especializada y soporte humano.
- Ayuda laboral por parte de las autoridades de la escuela donde laboran.
- Grupo de pacientes, apoyo y solidaridad entre quienes compartían el problema.

b) El Componente individual: esperanza, positivismo ante la situación revaloración de la vida, conciencia de la situación.

Aspectos Negativos:

- #### a) Componente individual: angustia relacionada con temores y miedos constantes. Ideas de querer morir, síntomas de depresión expresados por tristeza, llanto constante por el dolor y la soledad, desesperación al no ver una pronta recuperación, aislamiento social, ansiedad, pánico durante la crisis, inseguridad, limitaciones por no poder recrearse por no exponerse al sol, dependencia y un estrés.
- #### b) Red social de apoyo: conflicto con la pareja, alteraciones por parte de la familia, relacionados con la preocupación, roces familiares y enfermedades de los padres que en algunos casos hubo fallecimientos.
- #### c) Institucionales: falta de cuidado por parte de las autoridades en algunos aspectos como no había lugar específico para las mujeres para la hidroterapia sino que se realiza en el servicio de hombres.

Peculiaridades: una de las pacientes siente que no le dan el tratamiento adecuado y no obtienen los resultados deseados.

3. ESTILOS DE VIDA:

Aspectos Positivos:

- a) En el Componente individual: se dio el cambio de la vida material a lo espiritual como aspecto relevante en la efectividad de la recuperación.

Aspectos Negativos:

- a) En el Componente individual: se dieron trastornos en el sueño como alimenticios, así como un temor a salir solas sino acompañadas, fallos en la memoria, como incertidumbre.
- b) En el Componente familiar: cambios en la relación con la pareja, así como una dependencia al tener que esperar que los demás le realizarán sus cuidados higiénicos.

A continuación hacemos una presentación de la integración de resultados de los informantes claves, clasificada de la misma manera, en situaciones positivas y negativas, durante y después de la crisis, aspectos psicológicos, emocionales y el factor familiar enfocados en lo que observaron y lo que les fue referido por las mismas pacientes, con quienes se tuvo el contacto directo en el proceso tanto de crisis como de recuperación:

1. SITUACIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DURANTE Y DESPUES DE LA CRISIS

Positivas:

- a) Grupo de pacientes: hubo solidaridad entre ellas y una amistad más consistente que las unió.
- b) Componente familiar: se dio una unidad familiar.
- c) Componente individual: reforzamiento del área espiritual que les ayudó a soportar la crisis.

Negativas:

- a) Componente individual: dolor emocional, acompañado de sufrimiento físico, desesperanza y angustia al punto de sentimientos y deseos de muerte, quedando las secuelas físicas.
- b) Componente familiar: poco apoyo familiar en algunos casos así como la ausencia de ayuda de algunas familias.
- c) Componente laboral: negación al trabajo y conflicto en cómo enfrentarlo después de la crisis.

2. ASPECTOS PSICOLOGICOS Y EMOCIONALES**Positivos:**

- a) Nivel educativo: que ayudó al entendimiento del proceso de recuperación.

Negativos:

- a) Nivel individual: llanto constante, negativismo al tratamiento, que prolongó el tratamiento por la poca disponibilidad, angustia y ansiedad que causó desesperanza y en algunos casos, depresión y dependencia, así como aislamiento.
- b) Componente social: falta de aceptación de los demás, malos comentarios tales como “las quemaduras” que algunos dio como resultado desprecio de los demás.
- c) Componente familiar: divorcio que se dio en algunas parejas.

Peculiaridades: algunas de ellas al regresar a su casa se sintieron extrañas.

3. FACTOR FAMILIAR:**Positivos:**

- a) Componente familiar: en un inicio se contó con el 100% de apoyo familiar que ayudó al tratamiento.
- b) Componente individual: creo fortaleza y positivismo en cada una de ellas.

Negativos:

- a) Componente familiar: algunas familias no las ayudaron, hubo disfuncionalidad, abandono, así como rompimiento de la pareja y pocas conservan su matrimonio.
- b) Componente individual: aislamiento y dependencia relacionados en sus cuidados higiénicos y el aspecto emocional.

Peculiaridades: algunas de ellas se han quedado solas.

ANÁLISIS GENERAL

Pacientes de sexo femenino, mayores de 35 años, de profesión y oficio maestras de educación primaria, de estado civil: casadas tres de ellas, una viuda y dos solteras, todas residentes en la ciudad capital.

Ellas fueron víctimas de un incendio accidental, sufriendo quemaduras severas, en áreas localizadas en la cara, orejas, nariz, cuello, hombros, brazos y manos lo cual provocó que fueran sometidas a tratamientos intensivos y dolorosos, que incluyó la colocación de sondas para alimentarlas, catéteres para la administración de líquidos con un control estricto de su ingesta y excreta de los mismos, para evitar una descompensación ó en el peor de los casos estado de shock.

Las terapias dolorosas incluyeron también un aislamiento para evitar que las mismas fueran expuestas a la contaminación; se les realizaban hidroterapias que ayudaban a desprender las curaciones con menos dolor y limpiar así el tejido de la piel muerta, luego les colocaban membranas que ayudaban a recobrar la piel perdida. Las nebulizaciones constantes despejaban la entrada del aire a sus pulmones ya que había humo acumulado lo cual producía un proceso de inflamación en el tracto respiratorio.

Programadas constantemente a sala de operaciones para procedimientos quirúrgicos para la colocación de injertos y autoinjertos como de cirugías sofisticadas, acompañadas del uso de medicamentos que evitaban las infecciones y el dolor intenso.

La cirugía reconstructiva logró mejores resultados a nivel de cicatrices y funcionalidad en la mayoría de pacientes, acompañado de terapia física y atención del personal médico y paramédico.

En su proceso de crisis se observó las siguientes conductas: mucho llanto, dolor, ansiedad, desesperación, temor a morir, desesperanza, entre otras. Todo esto debido a la severidad de las heridas de las cuales no se veía pronta recuperación. También se pudo observar mucha angustia, temor y miedo constante hasta llegar al pánico, como deseos de morir, la tristeza

se hizo presente, así como alteración nerviosa, negativismo, dependencia, sentimientos de soledad y aislamiento.

Su proceso de recuperación fue intensivo y doloroso a pesar de los avances médicos de los cirujanos plásticos a través de sus procedimientos y tratamientos, que procuraban reducir el tiempo de hospitalización.

En los dos procesos anteriores fue necesario de una persona cercana que les ayudara a tranquilizarse y que además les señalara sus reacciones para disipar de alguna manera el temor al abandono, brindándoles en todo momento el apoyo y la comprensión.

En el proceso de recuperación este apoyo en alguna de ellas no se hizo presente, ya que algunas familias las abandonaron, teniendo solamente la parte espiritual para salir de la crisis por medio de la fé y la creencia en un ser supremo, lo cual ayudó a que hubiera una revalorización de la vida y un crecimiento espiritual.

Por otro lado, otras familias estuvieron atentas a sus pacientes y de todas sus necesidades, pero se vieron afectadas por la angustia de volver a pasar esta situación y perder a su ser querido.

Sin lugar a duda el factor familiar juega un papel importante en la recuperación de las pacientes, en algunas se fortalecieron los lazos de unión y en otras de separación.

Esta situación traumática transformó para alguna de ellas su vida, específicamente en su estilo de vivir, cambios que van desde la manera de pensar y actuar con implicaciones psicosociales como el mantener una constante angustia tanto la familia como la paciente, evitar ver sucesos o escenas de fuego que hace que aumente la ansiedad, pensamientos de mala suerte, sufrir insomnio como secuela del traumatismo, así como problemas de memoria y llanto que produce el recuerdo del evento y el instinto de sobrevivencia.

Algunas tomaron medidas preventivas a nivel familiar, para evitar cualquier evento en el cual se vea afectado algún miembro de la familia.

En otras se vió muy afectada la vida conyugal, ya que han perdido la comunicación con su pareja y se han distanciado a pesar de vivir en la misma residencia. Así también se han refugiado en grupos de apoyo de su iglesia y dedican gran parte de su tiempo a la misma.

Actualmente todas ellas se integraron a su lugar de trabajo a excepción de una que está dedicada a gestiones de jubilación, debido a que se vió afectada severamente en manos y cuello. Refirieron que al inicio de las labores después del accidente fue difícil, porque se les dificultó realizar actividades propias de la profesión, como por ejemplo, escribir en la pizarra, fatiga al hablar mucho tiempo y además el pensamiento sobre los alumnos quienes expresaban temor a la imagen de sus cicatrices, aspecto que fueron superando y controlando a lo largo del tiempo.

Podemos observar que los aspectos psicosociales están íntimamente ligados, ya que las pacientes presentaron cambios en su forma de ser, provocados por el estrés de la crisis o el suceso traumático, iniciando desde su aspecto físico, sus aspectos cognitivos, sus necesidades fisiológicas y los síntomas emocionales que se han venido enunciando a lo largo de la investigación.

Por lo tanto podemos reafirmar muy confiadamente nuestro supuesto, que las pacientes que han sufrido quemaduras severas se ven afectadas en sus aspectos psicosociales, siendo una de nuestras premisas principales la que indica que las mayores secuelas que se dan son las emocionales.

En todo el recorrido de esta problemática vemos que se hizo necesario de un acompañamiento psicológico, el cual no se tuvo ni se tiene en la institución donde se realizó el estudio, con el fin de brindar al paciente ayuda profesional a través de terapias individuales y grupales, así como a la familia de cada paciente para poderles ayudar a eliminar los estresores y orientarlos al mejor manejo de sus emociones para lograr una recuperación integral, tanto en su etapa de crisis como de recuperación y así reintegrarlas a su núcleo familiar, laboral y social. Esta necesidad fue cubierta por el personal médico y paramédico de manera informal y no a totalidad, debido a la falta de preparación en el campo.

Para finalizar, con todo lo anteriormente expuesto, creemos que logramos los objetivos de este trabajo de tesis que fue sumamente enriquecedor, no solo porque se hizo uso de una gama de instrumentos de recolección de datos, que nos dio una serie de indicadores emocionales y sociales sino que se logró compartir muy directamente con la población de trabajo en donde aprendimos de ellas y nos hicieron pensar más afondo sobre el mismo sentido de la vida.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Las presentes conclusiones se fundamentan en toda la información recolectada por los instrumentos utilizados en la investigación, clasificada en cuatro grandes momentos que se observaron como un fenómeno frecuente que incidieron y prevalecieron en las pacientes que fueron afectadas por las quemaduras severas:

1. Componente Individual:

- a) Las pacientes quemadas severamente se ven afectadas en su aspecto emocional, que afectó su conducta, el aspecto social que dañó sus relaciones, su aspecto físico que dio origen a las secuelas y cicatrices que afectan su imagen corporal comprometiendo su funcionalidad y su estilo de vida.
- b) Las pacientes quemadas presentan una gama de indicadores emocionales como llanto constante, temor, desesperanza, angustia, ansiedad y depresión entre otras todo esto en la etapa de crisis, durante y después de ella; siendo las mayores secuelas las emocionales y la mayor preocupación es como superarlas.
- c) La imagen corporal es un lazo social con nuestro medio; por lo que se ve afectada en el paciente quemado por las cicatrices permanentes que crean un ambiente de desprecio y de poca aceptación por otras personas.

2. Componente Institucional:

- a) Las quemaduras severas ameritan un abordaje médico inmediato, intensivo, profesional y humanizado, para efectividad de su recuperación.
- b) El apoyo constante de todo el equipo multidisciplinario que atiende al paciente quemado disminuye los estresores que rodean al individuo dándole un ambiente de seguridad y confianza en el tratamiento.

- c) Una terapia efectiva no debe separar los componentes del ser humano para provocar un cambio y guiar a un mejor funcionamiento.
- d) El paciente quemado necesita de un acompañamiento psicológico durante todo su proceso de crisis y recuperación para lograr una atención integral que además se extienda a sus familias.

3. Componente familiar:

- a) El apoyo familiar es un factor determinante en la recuperación del paciente quemado en todas las etapas de la crisis, porque ayuda a eliminar sentimientos y pensamientos negativos en el tratamiento, si no se tiene este apoyo retarda el proceso de reestablecimiento.
- b) Los sucesos traumáticos ocurridos a un miembro de la familia provocan alteraciones y cambios a los demás integrantes de la misma, afectando su estilo de vida y su emocionalidad.

4. Componente laboral y social:

- a) La vida profesional de la paciente quemada se ve afectada a raíz de las cicatrices permanentes en su cara y manos, siendo sometidas a duros comentarios de parte de las personas que las rodean, así como el daño que provocó en la funcionalidad de sus miembros para poder desempeñarse efectivamente.

4.2 RECOMENDACIONES

Las presentes recomendaciones van encaminadas a las mismas pacientes, así como a la familia, la institución y a otros profesionales que a bien quieran retomar el reto de la investigación:

1. A la persona que ha sufrido una quemadura severa reciba un apoyo psicoterapéutico que contribuya en el abordaje adecuado de su problemática para disminuir los indicadores emocionales negativos, que no ayudan a su recuperación.
2. Involucrar a la paciente quemada en una terapia ocupacional además de física que incluya actividades útiles para lograr el funcionamiento óptimo y que contribuya a reparar los daños remanentes al traumatismo.
3. A cada unidad hospitalaria, involucrar el trabajo del psicólogo en la terapéutica del paciente quemado a través de la formación de grupos de apoyo que ayuden a la estabilización emocional inmediata de la paciente, así como también en el área de consulta externa para brindar asesoramiento psicológico a cada familiar de la paciente.
4. Capacitar al personal médico y paramédico sobre el abordaje psicológico del paciente quemado para que ayude a la comprensión y atención del mismo.
5. A la familia de la paciente quemada se involucre en una terapia grupal que le brinde los elementos necesarios para una buena atención y cuidado así como el manejo de emociones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Web Médica Acreditada, Guía Básica para el Tratamiento del paciente quemado
Sep. 2003, Disponible: www.webmedicaacreditada.com,
Fecha de consulta: Noviembre 15 de 2003
- Facultad de Medicina, UNAM, México, Clasificación de las quemaduras, Año 2003
Disponible: www.facmed.unam.mx/postgrado/especialidades/semat
Fecha de consulta: 14 de Nov. De 2003
- Bruner, L.S., Manual de Enfermería Médico quirúrgica, Vol. II, 4ª. Edición.
Editorial Interamericana, México D.F. 1987. Pág. 1562
- Guerrissi, Jorge, Complicaciones en la Cirugía y Tratamiento, Editorial Mc. Graw Hill, México. Primera Edición, 2002
- Brunner, Duddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial Mc. Graw Hill. 8a. Edición. Volumen 1, México, 1995.
- Bruce E Zawacki, M.D, Fundamentals of Plastic and Reconstructive Surgery.
Edited by: Wallace H.J. Chang, M.D., FACS, Williams & Wilkins,
Baltimore/London 1,980
- Richard K. Albert, Combined Critical Care Course, Multidisciplinary Board Review,
Edited by Rene M. Arche, Printed in United States of America,
I Edition. July 2000
- Barrett Bernard M. Manual de cuidados en cirugía plástica.
Salvat Editores, Barcelona, 1990.
- Schwartz, Principios de Cirugía. Editorial Mc Graw-Hill,
4ta. Edición, Tomo I, 1987.
- Francisco Morales Calatayud, Introducción a la Psicología de la Salud. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, Barcelona, México. 1ª. Edición 1999.
- Sampieri Roberto, Metodología de la Investigación
Editorial Mc Graw-Hill, México, 2003.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUTEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS –CIEPS-

TEMA DE INVESTIGACION:

“PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS EN 2º. Y 3er. GRADO”

TESTIMONIO DE VIDA

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

“MEJOR QUE CONTAR LOS AÑOS, HAZ QUE LOS AÑOS CUENTEN”

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUTEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS –CIEPS-

TEMA DE INVESTIGACION:

“PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS EN 2º. Y 3er. GRADO”

ENTREVISTA

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____ RESIDE EN: _____

Objetivo General:

Obtener la información necesaria que brinde los elementos básicos de los problemas psicosociales que afrontan las pacientes quemadas.

Instrucciones: a continuación se le dan a conocer una serie de cuestionamientos en donde se le sugiere ser lo mas veraz en lo que se le plantea, de acuerdo a su situación y explique por qué?

1. Relate las situaciones positivas y negativas que se presentaron en su familia debido a la problemática que afrontó en su vida.
2. Relate que cambios o dificultades ha enfrentado en su ambiente laboral.
3. Explique cómo ha sido su relación con sus amigos y personas que la rodean, después de esta situación.
4. ¿Qué sentimientos y/o ideas surgieron después de lo sucedido?
5. ¿De qué manera se vio afectada la relación con su pareja?...¿Lo ha superado?...¿Cómo lo logró o continúa atravesando esta crisis?

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUTEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS –CIEPS-

TEMA DE INVESTIGACION:

“PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS EN 2º. Y 3er. GRADO”

ENTREVISTA A INFORMANTES

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____ RESIDE EN: _____

Objetivo General:

Obtener la información necesaria que brinde los elementos básicos de los problemas psicosociales que afrontan las pacientes quemadas.

Instrucciones: a continuación se le dan a conocer una serie de cuestionamientos en donde se le sugiere ser lo mas veraz en lo que se le plantea, de acuerdo a su situación y explique por qué?

1. Explique qué situaciones positivas o negativas considera usted que afrontan las pacientes que sufrieron quemaduras severas.
2. Relate qué reacciones psicológicas y emocionales se observaron en las pacientes que sufrieron quemaduras y de qué manera influyó para su pronta recuperación.
3. Relate cómo influyó el núcleo familiar y social en la recuperación de las pacientes que sufrieron quemaduras severas.

ANEXO 4

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUTEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS –CIEPS-

TEMA DE INVESTIGACION:

“PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A LAS PACIENTES CON QUEMADURAS EN 2º. Y 3er. GRADO”

TALLER VIVENCIAL

TEMA:

TERAPIA EXPRESIVA

OBJETIVO: que las pacientes puedan ser capaces de expresar sus emociones a través de las diversas actividades que se realicen en el taller.

DIRIGIDO A: grupo de pacientes quemadas en rehabilitación que conforman la muestra poblacional de nuestro interés.

DURACION: 1 hora

TEMPORALIDAD: 1 Sesión

LUGAR: clínica de consulta externa del Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

CORRIENTE: existencialista

ACTIVIDADES:

1. Presentación y bienvenida
2. Colocar a las pacientes de forma cómoda y en círculo
3. Pedirles que escriban una carta de despedida a un ser querido
4. Lectura de la carta con música de fondo
5. Animación y ayuda de parte de las demás participantes a las que lo necesiten
6. Se enciende una vela como símbolo de esperanza para las participantes

RESUMEN

El estudio se realizó con pacientes quemadas severamente, de sexo femenino, de profesión maestras de primaria, residentes en la capital, de 20 años en adelante, de un total de seis mujeres voluntarias, que asisten a consulta externa del Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Siendo uno de los objetivos principales de la investigación, dar a conocer las implicaciones psicosociales que afrontaron las pacientes quemadas severamente, asimismo su definición y conocer los mecanismos adaptativos que presentaron para poder desarrollar un programa de apoyo psicológico para el tratamiento de las mismas.

La metodología de investigación implicó la utilización de técnicas cualitativas que contribuyeron a describir e interpretar las categorías de trabajo, sus significados y relaciones, sin perder de vista ninguna información importante. Se hizo uso de la entrevista semi estructurada y del testimonio de vida como instrumentos de recolección de datos, juntamente con un diario de campo que complementó la investigación. Para esto se llevó un procedimiento que consistió en el establecimiento de ese primer acercamiento con la muestra la cual fue intencionada. La recolección de datos fue de manera individual y grupal, para luego procesar esa información, previamente con la ayuda de las autoridades del hospital. Para lo cual se contó con su apoyo en el momento de contactarlas.

Los resultados fueron sorprendentes, se logró corroborar la inquietud principal que consiste en que los aspectos psicosociales fueron afectados en las pacientes que han sufrido quemaduras severas, modificándoles sus estilos de vida. Estos cambios afectaron a su persona, a su familia, a su trabajo y sus relaciones sociales y de pareja, así como a su aspecto psicológico y hace imprescindible el acompañamiento psicológico en el proceso de recuperación.

Podemos concluir que efectivamente las quemaduras severas en mujeres afectan los aspectos psicosociales y que modifican sus estilos de vida, que a pesar de los años transcurridos después del traumatismo aún se hace presente y que se necesita de mucho positivismo por la vida y el apoyo familiar que se constituye en una de las fortalezas más grandes en todo su proceso de restablecimiento.