



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

FACULTAD ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA

DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

***“FACILITADORES IMPLICADOS EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN
DEL PACIENTE GRAN QUEMADO”***

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Kinesiología

Catalina Alim Gajardo Valenzuela

María Francisca Nelly González García

Profesor Guía: Klga. Lorena Sotomayor Soto

Profesor Patrocinante (Kineactual): Klga. Naldy Alvear Tapia

SANTIAGO, MARZO 2014



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

FACULTAD ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA

DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

***“FACILITADORES IMPLICADOS EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN
DEL PACIENTE GRAN QUEMADO”***

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Kinesiología

Catalina Alim Gajardo Valenzuela

María Francisca Nelly González García

Profesor Guía: Klga. Lorena Sotomayor Soto

Profesor Patrocinante (Kineactual): Klga. Naldy Alvear Tapia

SANTIAGO, MARZO 2014

Proyecto MYS I-05-2013, aprobado y financiado por la Dirección de Investigación de la
Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

AGRADECIMIENTOS

Para comenzar quisiera dedicar mis agradecimientos a aquellas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora, me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño para ustedes que siempre han estado a mi lado, que me apoyaron en los momentos de dudas y me levantaron cuando tropecé, colaborando para que pudiera lograr una de mis metas, motivándome y dándome la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi agradecimiento, gracias por su paciencia y comprensión; les dedico este proyecto de tesis a ustedes, papá, abuela, hermano, sobrina, y a mi querida amiga Cindy por su inmensa paciencia y comprensión.

Finalmente, a mi amiga y compañera de tesis, Francisca, te agradezco por todos esos momentos juntas, los cuales atesoraré en lo más profundo de mí, muchas gracias, eres una persona que influyó mucho en mi crecimiento personal y tengo la certeza que alguien te mandó a que formarás parte de mi vida y me acompañaras en el camino. Cumpliremos pronto nuestra meta de ser Kinesiólogas, este solo es un paso más y espero que esto que construimos no se pierda en el tiempo.

Muchas gracias a todos.

Catalina Alim Gajardo Valenzuela

AGRADECIMIENTOS

Resulta importante mencionar que este maravilloso proyecto no hubiera sido posible sin la ayuda de tantas personas que desinteresadamente contribuyeron de alguna u otra forma para que hoy este escrito estuviera entre sus manos.

Es por esto que me gustaría agradecer en primer lugar a mi familia, muy especialmente a mis padres, Milena y Juan, quienes siempre han sido el principal puntal en mi vida, por sentirse siempre orgullosos, por el inmenso amor que me han brindado desde el día en que se enteraron de mi llegada ya que a raíz de esto es que en la actualidad soy la persona que ven y constituyen una parte fundamental del que un día fue mi sueño, entrar a la Universidad, asimismo, a mi querido hermano, Juan Ignacio, mi fans número uno, quien con sus constantes demostraciones de cariño, sonrisas, palabras de aliento y la gran paciencia formaron parte de este largo pero sin duda hermoso proceso. Los amo profundamente.

A mis abuelos, María, René, Milena y Juan; mis tías Nelly y María José, mis primos Antonio y Catalina, quienes siempre han estado formando parte del seguimiento y atentos a cada uno de mis logros. Por último pero no menos importante, a mi mejor amigo y primo, Nicolás, quien siempre me brinda las palabras precisas en los momentos indicados. Gracias a todos ellos por confiar en mí.

Quiero agradecer igualmente al Profesor Enrique Solari y la Kinesióloga Lorena Sotomayor, quienes confiaron en este proyecto desde el momento en que se gestó como una simple idea, la cual fue guiada por esta última hasta concretarse en lo que es hoy, nuestra tesis; de igual forma a la Kinesióloga Naldy Alvear, quien sin problemas aceptó formar parte del proyecto como la docente Patrocinante y quien constituye el principal contacto con los pacientes informantes, a quienes también me gustaría dirigir mis agradecimientos, por abrirnos su corazón, dejarnos entrar en sus vidas y permitirnos compartir sus experiencias, sin ellos no se hubiera podido llevar a cabo esta investigación. De igual forma, al centro Kineactual, quienes nos abrieron sus puertas, acogieron nuestro proyecto y permitieron desarrollarlo con tres de sus antiguos pacientes.

Por otra parte es imposible olvidarse de los funcionarios de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, quienes me han visto crecer y han acompañado gran parte de este camino, gracias a ellos por su cariño, buena voluntad, por sus innumerables atenciones y buenos deseos. En este sentido, a las Señoras Emaly Silva y Gloria Pérez, a quienes nos dirigimos muy cariñosamente como tías; al tío Miguel Hernández y Javier Valencia de la Biblioteca del Campus Joaquín Cabezas, por sus consejos, su paciencia y dedicación para hacer de estos años más llevaderos; a los queridos amigos del Departamento de Medios Educativos; al departamento de Investigación; a los porteros quienes siempre saludaron con una sonrisa; auxiliares, secretarías y un sinnúmero de personas que forman parte del equipo de trabajo de esta Universidad y tuvieron la amabilidad de ayudarme en todo lo que para ellos era posible.

Finalmente agradezco a mis amigos de Universidad y amigas del colegio, ustedes saben quiénes son, por alentarme durante este proceso y a mi amiga y compañera de tesis Catalina, por aceptar embarcarse en este camino y hacer realidad este hermoso proyecto...
¡Por fin terminamos la tesis después de tantos sacrificios!

Sin duda, este proyecto de tesis constituye una gran satisfacción, es el resultado de meses de trabajo y un paso más para alcanzar mi gran sueño, ser Kinesióloga.

Gracias infinitas.

María Francisca Nelly González García

“Dicen que la piel tiene memoria, como si fuera el mapa del alma, la geografía de nuestra vida, la huella de nuestros compromisos.”

Anónimo

INDICE

- ABREVIATURAS 1
- RESUMEN 2-3
- INTRODUCCIÓN 4-5

CAPITULO I: FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

- TEMA DE ESTUDIO
 - Antecedentes 7-10
 - Justificación del tema de estudio 11-12
 - Planteamiento del problema de investigación 13
 - Objetivos de la investigación 14
 - Premisas que orientan la investigación 15-17
- MARCO TEORICO
 - Las quemaduras 18-19
 - Gravedad de las quemaduras 19-24
 - Secuelas tras la quemadura 24-27
 - Rehabilitación del paciente gran quemado 27-34
- MARCO CONTEXTUAL
 - Perfil del paciente gran quemado en Chile 35-36
 - Garantías explícitas en salud en el paciente gran quemado 36-40

• MARCO CONCEPTUAL	
• Proceso de rehabilitación del paciente gran quemado	41
• Factores contextuales	41
• Factores ambientales	41-42
• Factores personales	42
• Facilitadores	42-43
• Barreras	43
• Calidad de vida	43-44
• DISEÑO METODOLÓGICO	
• Equipo investigador	45
• Metodología cualitativa	45-47
• Escenarios e informantes de la investigación	47-48
• Recolección de la información	48-50
• Análisis de la información	50-52
• Presentación de la información	53
• Criterios de rigor de la investigación	54-56

CAPITULO II: DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

• ANTECEDENTES CONTEXTUALES	
• Kineactual	58-59
• Informantes: pacientes afectados por la quemadura	59-61

• RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
• Presentación de los resultados	63
I. Facilitadores del proceso de rehabilitación	64-65
i. Facilitadores intrínsecos y/o propios del paciente	66-73
ii. Facilitadores extrínsecos y/o externos al paciente	74-84
II. Percepción y valoración de los facilitadores	85-91
III. Cambios en las dimensiones biopsicosociales	92-111
IV. Manifestación y estimulación de los facilitadores	112-114
• CONCLUSIONES	115-123
• CONSIDERACIONES FINALES	124-125
• BIBLIOGRAFÍA	126-131
• ANEXOS	133-142

ABREVIATURAS

ACHS: Asociación Chilena de Seguridad.

ANZBA: Australian and New Zealand Burns Association.

AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas.

AVISA: Años de Vida Ajustados por Discapacidad.

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

COANIQUEM: Corporación de Ayuda al Niño Quemado.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

GES: Garantías Explícitas en Salud.

GPC: Guía de Práctica Clínica.

HUAP: Hospital de Urgencias de la Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río.

ISBI: International Society of Burn Injuries (Sociedad Internacional de Quemaduras).

IST: Instituto de Seguridad del Trabajo.

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RAE: Real Academia Española.

SCQ: Superficie Corporal Quemada.

TPEP: Trastorno de Estrés Post Traumático.

UMCE: Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo identificar la presencia y relevancia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado.

Es por ello que dentro del contexto de la rehabilitación de pacientes que han sufrido grandes quemaduras, el análisis de los relatos de estos pacientes permitió develar la existencia y valoración que le atribuyen a los elementos facilitadores de su proceso de rehabilitación, así como el origen y cambios en las dimensiones biopsicosociales que un evento de esta envergadura generó en sus vidas.

Como consecuencia de la existencia de escasa información respecto al abordaje integral de este paciente, el conocer y comprender cuáles son los elementos facilitadores del proceso de rehabilitación del paciente gran quemado otorgaría cimientos fundamentales para promover una rehabilitación más integral, ya que los enfoques que existen actualmente en las intervenciones terapéuticas están más orientados a preservar la sobrevida del paciente, más que de recuperar y potenciar las esferas biopsicosociales que rodean a éste, contribuyendo con ello a la mejora de su pronóstico. Por consiguiente, esta investigación se desarrolló desde la metodología cualitativa, ya que esta permitió describir las experiencias de vida, percepciones y motivaciones de estos pacientes, otorgándoles un

especial significado desde su propia perspectiva; siendo el enfoque fenomenológico el más adecuado para poder develar el significado de las experiencias vividas por estos pacientes.

INTRODUCCION

Las quemaduras son lesiones que constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y mortalidad en todo el mundo. En los países desarrollados, la tasa de mortalidad es de 2.1 quemaduras por 100.000 años-persona, que se ha reducido a lo largo de los años debido a las campañas de prevención y avances en las terapias (Danilla, S. y Cols., 2004). Si bien la mortalidad en pacientes gran quemados ha dejado de ser la principal preocupación, actualmente esta apunta a la calidad de vida de los sobrevivientes. Surge, entonces, un nuevo reto, el encontrar elementos que nos permitan comprender el impacto de las quemaduras en todos los aspectos de la vida de una persona, incluyendo su apariencia física, su relación con los otros y el aspecto psicológico, físico y social; esto enmarcado en la complejidad e influencia, en el ajuste a largo plazo en los pacientes con quemaduras (Niño, J., 2010). En este sentido, al considerar que la rehabilitación de una lesión por quemadura es un proceso largo, que comienza desde el primer día, requiriendo la continuidad de la atención hasta mucho más allá de la maduración de la cicatriz. Una lesión por quemadura, puede repercutir dramáticamente en el bienestar físico, psicológico y social de una persona, requiriendo el trabajo en conjunto tanto del equipo multidisciplinario como la plena participación del paciente y su entorno más cercano durante su proceso de rehabilitación. Si bien el camino no siempre es fácil, con el apoyo e intervención terapéutica adecuada, el paciente puede llegar a su máximo físico, psicológico y funcional (Procter, F., 2010).

Es en este contexto es que surge esta investigación, motivada por la necesidad de abordar el manejo del paciente gran quemado desde un enfoque biopsicosocial, mediante la identificación, percepción, y valoración de elementos que favorezcan su proceso de rehabilitación, por lo que a su vez la construcción de este conocimiento puede aportar a mejorar el enfoque de la intervención de estos pacientes en el proceso de su rehabilitación por parte del profesional kinesiólogo así como del resto de los profesionales que conforman el equipo de salud.

Nuestra investigación se inicia con el tema de estudio que contempla los principales antecedentes dentro de los cuales se presenta esta investigación, el planteamiento del problema y los objetivos que la orientan, así como el marco teórico y diseño metodológico en el cual se basan. Con posterioridad se detalla la investigación propiamente tal, sus resultados y conclusiones.

CAPITULO I:

FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACION

TEMA DE ESTUDIO

Antecedentes

En el marco del 12° Congreso de la Sociedad Internacional de Quemaduras (ISBI), la Organización Mundial de la Salud (OMS) e ISBI definen quemadura como aquella lesión de la piel que ocurre cuando una parte o todas las diferentes capas de células de la piel se destruyen, ya sea por un líquido caliente, por contacto directo con objetos sólidos, o llama (OMS, 2004).

En Chile la Guía Clínica Gran quemado define las quemaduras como lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos, químicos y biológicos, que provocan alteraciones que van desde un simple eritema hasta la destrucción total de las estructuras (MINSAL, 2007).

Cada año más de 300.000 personas mueren a causa de las lesiones por quemaduras relacionadas con el fuego. Millones más sufren de discapacidades relacionadas con quemaduras y desfiguraciones que tienen efectos psicológicos, sociales y económicos, tanto en los sobrevivientes y sus familias. El 95% de las muertes por quemaduras relacionadas con incendios se producen en países de bajos y medianos ingresos. Las muertes y lesiones por quemaduras no sólo se presentan con frecuencia en las personas de nivel socioeconómico más bajo, sino más bien, los sobrevivientes encuentran que sus niveles de pobreza antes de la lesión empeoran luego de la recuperación, esta 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 (Zapata, D. y Estrada, A., 2010). En este mismo contexto, es que las diferencias en las tasas de mortalidad por quemaduras varían en los diferentes grupos de edad, cuyos sobrevivientes desarrollan a raíz de la quemadura contracturas y otros impedimentos físicos que limitan su función, dando lugar a desventajas que reducen sus posibilidades de llevar una vida económicamente productiva. Además, estas desfiguraciones a menudo resultan en un estigma social y restricción en su participación en la sociedad (Peck, M. y Cols., 2009).

En relación a lo anterior, es que en el 2002 la OMS, considera que las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial tanto por su mortalidad como por su morbilidad que se traduce en discapacidad, existiendo en el mismo año 320.000 muertes por quemaduras en el mundo. Asimismo, la Asociación Americana de Quemaduras, lleva el registro de 70 centros de quemados de Estados Unidos de Norteamérica en su base de datos, entre el 2000 y 2010 hubo 148.000 egresos hospitalarios por quemaduras, 5.540 muertes y un gasto aproximado por tratamiento de pacientes quemados de 1.000 millones de dólares al año (Albornoz, C. y Cols., 2013).

En Chile, anualmente más de 6.000 pacientes requieren hospitalización por quemaduras. El año 2007 el Ministerio de Salud (MINSAL) registró 6.435 egresos hospitalarios por quemaduras y el Instituto Nacional de Estadísticas informó 569 muertes por esta causa. La

tasa de mortalidad específica por quemaduras en Chile fue 4,5 por 100.000 habitantes para ese año. En el último estudio de carga de enfermedad del MINSAL del 2004 se estimó que las quemaduras producían la pérdida de 7.891 Años de Vida Ajustados por Discapacidad-AVISA.

En el centro de referencia nacional (HUAP), los pacientes quemados graves ingresados mayoritariamente por sufrir quemaduras por fuego, se encuentran en su mayoría en edad laboralmente activa, siendo el ingreso en el 2006 y 2010 de 936 pacientes con una edad promedio de 47.2 años. Se observó que la gran mayoría de los pacientes se concentra en el grupo de menores de 60 años (72%), sin embargo 260 pacientes (28%) eran mayores de 60 años y aproximadamente el 10% de los pacientes presentaron una edad mayor o igual a 80 años. Los ingresos por quemaduras graves son más frecuentes en el género masculino 65.7% comparado con 34.3% en el género femenino, en donde el 99% de los pacientes pertenecían al nivel socioeconómico medio-bajo (Albornoz, C. y Cols., 2013). Asimismo Zapata, D. y Estrada, A., en el año 2010, se condicen con lo antes mencionado, ya que en su estudio de *“Calidad de vida relacionada con las salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización”* proponen que varios artículos sobre el tema midieron la calidad de vida de estos pacientes con el instrumento SF-36 y obtuvieron como resultado que el 82% de los quemados eran hombres, ya que se encuentran más expuestos a mayores factores de riesgo, en gran medida, en el área laboral en la que se desempeñaban. Los avances en el tratamiento han determinado una tendencia nacional a la disminución de la mortalidad en todos los grupos etarios entre los años 1969 y 2000, salvo en el grupo de adultos mayores. En nuestro país no existen datos acerca de las tasas de reinserción social

ni laboral, tampoco acerca de las oportunidades ni costos de rehabilitación (Albornoz, C. y Cols., 2013).

Sin embargo, en el año 2007 se incluyó el Gran Quemado como una de las patologías cubiertas por el sistema GES, publicándose en julio del mismo año la Guía Clínica para su manejo (Danilla, E. y Cols., 2011).

Si bien, a pesar de que en Chile ha habido grandes avances en los últimos años en el tratamiento de los pacientes quemados, aún existen desafíos pendientes como el seguir mejorando los resultados en sobrevida e implementación de estrategias de prevención y rehabilitación, por lo que estos temas requieren urgentemente de la atención de los encargados de las políticas públicas de salud (Albornoz, C. y Cols., 2013).

En el contexto nacional, las estadísticas muestran que la tasa de quemaduras ha aumentado en forma consistente desde el año 1982, principalmente en el grupo laboralmente activo (20 a 59 años), a pesar de ello en Chile, la tasa de mortalidad específica por quemaduras muestra una tendencia significativa al descenso en todos los grupos de edad, con excepción de los mayores de 60 años, siendo los daños derivados de las quemaduras la tercera causa de hospitalización y muerte por trauma, provocando un enorme sufrimiento al afectado y a su familia, cuantiosos gastos en rehabilitación y en la mayoría de ellos, daños emocionales, sociales, de desarrollo y estéticos que los acompañan toda la vida (MINSAL, 2007).

Justificación del tema de estudio

Las lesiones por quemaduras constituyen una de las patologías que con mayor frecuencia ocupan las consultas de urgencia, siendo la variedad de trauma que más frecuentemente deja graves y permanentes secuelas en el paciente y dependiendo de la magnitud de la injuria puede constituir uno de los más formidables desafíos para los integrantes del equipo de salud, la familia y el propio paciente. Los daños que derivan de las lesiones tipo quemaduras, provocan consecuencias tanto físicas, emocionales como sociales en las personas, que pueden permanecer por largo tiempo o ser definitivas. Es por ello que la rehabilitación en estos pacientes juega un rol fundamental, la cual se define como un proceso destinado a capacitar a la persona, a mantener o alcanzar niveles satisfactorios de salud intelectual, sensorial, física, psicológica y social ofreciéndole las herramientas para adaptarse nuevamente y retomar su rol en la sociedad, recuperando así, de forma paulatina funciones, independencia y la sensación de seguridad; las cuales se vieron transgredidas desde el momento en que se sufre el evento traumático, el cual repercute tanto en el paciente como en su sistema familiar y cuyas cicatrices los acompañarán el resto de su vida. Se sabe que éste proceso de rehabilitación del paciente gran quemado es complejo, requiriendo de un equipo interdisciplinar, con un enfoque en el cuidado holístico cuyo objetivo fundamental es promover la adaptación, incluyendo las recuperaciones tanto físicas, psicológicas como sociales (Gonçalves, N. y Cols., 2011). Para esto, es necesario el conocimiento de los diversos factores (internos y externos) que pueden influenciar la rehabilitación de este individuo.

Para llevar a cabo de mejor manera la rehabilitación integral apuntamos al objetivo que persigue el modelo de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud* (CIF), que contempla de manera más exhaustiva la complejidad de la discapacidad en donde la funcionalidad de un individuo es un dominio específico entendido como una relación compleja de interacción dinámica entre la condición de salud y los factores contextuales (factores ambientales y personales), por lo que las intervenciones en uno de estos elementos tienen el potencial de modificar uno o más de los otros. Sumado a lo anterior y dado que existe un nivel escaso de información respecto al abordaje integral del paciente gran quemado, en cuanto a los facilitadores implicados en su propio proceso de rehabilitación, en otras palabras que la información que se encuentra disponible posee un enfoque con metodología cuantitativa desde un paradigma biomédico más que biopsicosocial por lo que sus conclusiones no nos permiten profundizar en aspectos más subjetivos de un paciente con dicha condición de salud. Es por esto que sentimos la necesidad imperiosa de profundizar desde la metodología cualitativa en aspectos relacionados con los facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado, reconociendo el valor de los aspectos propios de la experiencia de una persona, así como la identificación y relevancia que juegan estos facilitadores en el proceso de rehabilitación de quien ha sufrido una gran quemadura.

Planteamiento del Problema de Investigación

Se plantea como problema de investigación el que “*desconocemos los facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado*”, ya que es menester el poder conocer y comprender la existencia de diversos facilitadores (intrínsecos y extrínsecos) que pueden influir directa e indirectamente en la rehabilitación del paciente gran quemado y en cómo estos podrían suscitar una rehabilitación integral distinta a la sugerida en la Guía clínica Gran quemado MINSAL (2007), donde *se recomienda que los pacientes Gran Quemados que lo requieran puedan acceder a un programa integral para el manejo emocional, la reinserción laboral y social*; para fomentar un acceso universal de la rehabilitación con un foco holístico y que este no esté limitado por los factores contextuales que rodean al paciente en su condición de salud, basándose principalmente en las capacidades remanentes del paciente, potenciando su funcionalidad en pro de su reintegración biospsicosocial lo más cercano posible a su condición de salud previa a la quemadura. Permitiéndonos de esta forma responder a las preguntas que orientaron esta investigación: ¿Cuáles son los facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado?, ¿Cuál es la percepción y valoración que le atribuye el paciente gran quemado a los facilitadores de su proceso de rehabilitación?, ¿Cuáles son los cambios en las dimensiones biopsicosociales experimentados por el paciente gran quemado en su proceso de rehabilitación?

Objetivos de la investigación

Objetivos generales

- Identificar la presencia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado.
- Comprender la relevancia que tienen los facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado.

Objetivos específicos

- Develar los facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado.
- Describir la percepción y valoración que le atribuye el paciente gran quemado a los facilitadores de su proceso de rehabilitación.
- Visualizar los cambios en las dimensiones biopsicosociales implicadas en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado.
- Develar como se manifiestan y estimulan los facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado.

Premisas que orientan la investigación

La premisa fundamental de esta investigación está orientada principalmente a la existencia de elementos facilitadores en el proceso de rehabilitación de pacientes que han sufrido grandes quemaduras, siendo necesarios para llevar a cabo este proceso de forma óptima, jugando un rol fundamental la fortaleza personal de cada individuo, dado que sin la capacidad de enfrentar las dificultades que se presentan en el camino, hacen de este, un proceso más complejo, que sumado al círculo familiar y social del cual se rodean las personas, su apoyo brinda cuidados especiales, acompañando, conteniendo y motivando su adaptación a la nueva realidad. Asimismo, el hecho de poder conocerlos mediante el relato de las experiencias vividas por los pacientes, nos permite acercarnos a esta realidad muchas veces desconocida y alejada de la subjetividad de las investigadoras, la cual podrían contribuir a nuestra formación profesional en el posible abordaje integral de este tipo de pacientes desde el enfoque biopsicosocial de la rehabilitación. En este sentido, el conocimiento de estos facilitadores permitirían la construcción de estrategias terapéuticas orientadas a un mejor manejo del paciente gran quemado, en relación al ámbito de la kinesiología en pacientes quemados como disciplina en crecimiento y desarrollo, para enfrentar los problemas de la rehabilitación desde las distintas dimensiones humanas que rodean al paciente, lo que facilitaría un proceso de rehabilitación basada en la adopción de un rol proactivo de todas las personas que participan de él (paciente afectado, núcleo familiar y equipo interdisciplinario), los que cumplen un rol fundamental en la contención y restauración de las dimensiones humanas transgredidas por la injuria sufrida. Por consiguiente la frase “reintegración de la persona a su rol en la sociedad” no solo quedaría

plasmada en la teoría, sino que en la experiencia misma de la praxis kinésica y del equipo interdisciplinario.

Por lo tanto, a los profesionales que se ven confrontados al cuidado de pacientes con grandes quemaduras, dentro de un proceso de rehabilitación, les otorgaría la capacidad de reconocer con mayor facilidad los aspectos potenciadores y situaciones optimizadoras que puedan maximizar un proceso de rehabilitación, favoreciendo la funcionalidad, disminuyendo los deterioros, consolidando la mejoría y reestablecimiento de su salud.

Como principal producto de ésta investigación un registro que podrá guiar y ayudar a quienes deseen comprender por medio de una aproximación desde la mirada de la Kinesiología con un enfoque metodológico cualitativo la presencia de facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado, y como éste evento podría marcar un nuevo comienzo en la vida del paciente afectado. De igual forma la información emergente de esta investigación contribuirá a la conciencia de las personas vinculadas en el proceso de un paciente gran quemado, ya sea el mismo paciente, sus redes de apoyo y el equipo interdisciplinario.

Aunque en Chile se ha hecho un esfuerzo en salud pública para la cobertura de estos pacientes, en este sistema el tratamiento para los pacientes quemados aún se mantiene en niveles tradicionales cuyo objetivo es salvar la vida y reponer la cubierta cutánea, por lo que esta red de atención aún no estaría preparada para abordar las tareas de asistencia en salud mental y de prevención, rehabilitación, reinserción social y laboral; es decir,

rehabilitación integral del paciente gran quemado, estando incorporado desde el 2007 en el listado de patologías garantizadas a los quemados graves, la cual estaría limitada al tratamiento intrahospitalario de los pacientes (Albornoz, C. y Cols., 2013).

MARCO TEÓRICO

Las Quemaduras

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes ya sea físicos, químicos y biológicos, que provocan alteraciones que van desde un simple eritema hasta la destrucción total de las estructuras (MINSAL, 2007).

La piel, aparte de ser el mayor órgano del cuerpo humano, cumple funciones de vital importancia de éste. Lo que es más, constituye una parte fundamental en nuestra relación con lo que nos rodea (Allué, M., 2013), siendo estas funciones cruciales para la vida la protección contra infecciones y lesiones, prevención de pérdida de fluidos, regulación de la temperatura corporal y contacto sensorial con el medio ambiente (HUAP, 2006), viéndose por tanto expuesto a sufrir diversas injurias como daños tipo quemaduras. Al ser un tejido muy diferenciado, una vez destruido, el organismo lo repara produciendo una cicatriz, cuando esta quemadura es superficial destruye sólo las capas epidérmicas que son regeneradas en un plazo de 7 a 12 días por la capacidad reproductora de las células no dañadas por la lesión y el paciente cura sin dejar cicatrices o alteraciones visibles. Este proceso se realiza a partir de la capa germinativa que regenera a los restantes estratos desde lo profundo a lo superficial. Cuando la destrucción tisular es mayor y desaparece la capa germinativa el proceso de regeneración se efectúa a partir de los elementos epiteliales remanentes (folículos pilosos, etc.) que forman focos de epitelización divergentes que culminan con una cicatriz plana. En cambio, si la quemadura es profunda, es decir,

producida por agentes agresivos de gran intensidad como el fuego directo, inflamables, sólidos o líquidos calientes, o contacto prolongado con otros agentes causales, la destrucción de la piel es total y por lo tanto no hay posibilidad de recuperación espontánea. La cicatrización se hará por segunda intención, con formación de tejido de granulación que cubre la pérdida de sustancia y que luego es cubierto por células que crecen de la periferia hacia el centro en un proceso de epitelización convergente. La secuela de este proceso es siempre una cicatriz que dará lugar a retracciones, por eso, cuando el área perjudicada es de gran extensión o su localización es especial, la solución es aplicar un injerto de piel para brindar así una cobertura de protección y disminuir además las secuelas posteriores (López, C., 2007).

Gravedad de las Quemaduras

Resulta importante determinar de forma oportuna la gravedad de las quemaduras, para ello debemos considerar que cuando estas son de gran magnitud inhiben las funciones precedentes, pudiendo llegar incluso a comprometer la vida, por lo que la gravedad de las quemaduras en relación al compromiso vital va a depender de la profundidad y de la extensión, a diferencia de la gravedad de las secuelas que van a depender de la profundidad y localización de estas (HUAP, 2006). Por lo que una de las clasificaciones utilizadas para cuantificar a nivel físico la gravedad de la lesión es a partir de criterios de extensión, profundidad, localización y edad del paciente (MINSAL, 2007).

Al hablar sobre extensión de la quemadura esta alude a la superficie corporal del paciente que está comprometida de un 100%, por lo que para estimar la extensión de la quemadura la Guía Clínica Gran Quemado recomienda utilizar en adultos (mayores de 15 años) la “regla de los nueve o Pulanski-Tennison” (Figura N°1) junto con la “regla de la palma de la mano”, donde la mano del propio paciente equivale a un 1% de la superficie corporal quemada (SCQ). Sin embargo en niños (0 a 15 años) se utiliza frecuentemente la “escala de Lund y Browder” (Figura N°2).

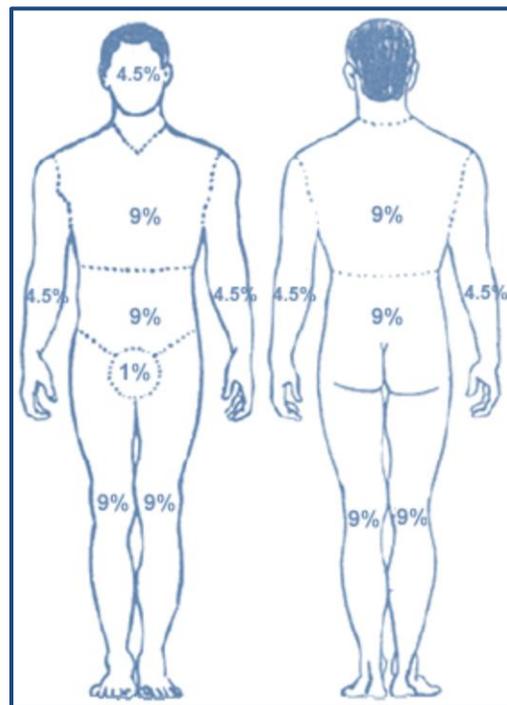


Figura N°1: Regla de los 9 o Pulanski-Tennison” para estimar la extensión de la quemadura en pacientes adultos.



Figura N°2: Escala de Lund y Browder para estimar la extensión de la quemadura en niños.

En cuanto a la profundidad de la lesión, esta va a depender de la temperatura y del tiempo de exposición a la fuente de calor, por lo que al considerar el grosor de la piel afectada debemos tener en cuenta que tanto en niños como en adultos mayores la piel es de menor grosor, por lo que a estas edades las quemaduras resultan ser más profundas (HUAP, 2006). En nuestro país la clasificación más utilizada para el diagnóstico de la profundidad de la lesión es la del Dr. Fortunato Benaim (Tabla N°1) siendo la más difundida en América Latina, donde su fortaleza radica en el énfasis que aporta al pronóstico de evolución de la quemadura (MINSAL, 2007).

Características	TIPO A (superficial)	TIPO A-B (Intermedia)	TIPO B (Total)
Aspecto Clínico	Flictenas Color Rojo Turgor Normal	↔	Sin flictenas Color blanco grisáceo Sin turgor
Dolor	Intenso	↔	Indoloro
Evolución	Regeneración	↔	Escara
Curación por	Epidermización (espontánea)	↔	Cicatrización o injerto
Resultado estético	Excelente	↔	Deficiente

Tabla N°1: Clasificación del Dr. Benaim para la estimación de la profundidad de la quemadura.

Por otra parte, la localización de la quemadura al afectar áreas especiales del cuerpo resultan ser inadecuadas como zonas dadoras para injertos, dado principalmente por su connotación y repercusión estética y/o funcional; estas áreas son: cara, cuello, manos y pies, pliegues articulares, genitales, periné y mamas (MINSAL, 2007).

En asociación con los criterios antes mencionados para generar un adecuado diagnóstico de la condición de salud del paciente quemado, la edad resulta un factor relevante a considerar, la cual repercute directamente en el pronóstico de este, considerándose menos favorable hacia los extremos de edad; pacientes menores de 2 años y mayores de 60 años (MINSAL, 2007).

Se recomienda que los pacientes sean calificados en términos de su gravedad mediante el Índice de Gravedad de Garcés (Tabla N°2), como aproximación pronóstica para orientar el manejo terapéutico, y establecer si cumplen los criterios de inclusión del Régimen de Garantías en Salud-GES (MINSAL, 2007).

Edad	Clasificación recomendada	Descripción
Adultos	Garcés	Edad + % Quemadura Tipo A x 1 + % Quemadura Tipo AB x 2 + % Quemadura Tipo B x 3
2 a 20 años	Garcés modificado por Artigas	40 - Edad + % Quemadura Tipo A x 1 + % Quemadura Tipo AB x 2 + % Quemadura Tipo B x 3
< 2 años	Garcés modificado por Artigas y consenso Minsal de 1999	40 - Edad + % Quemadura Tipo A x 2 + % Quemadura Tipo AB x 2 + % Quemadura Tipo B x 3 + Constante 20

Tabla N°2: Índice de Gravedad de Garcés.

De acuerdo al cálculo estimado aplicando los Índices descritos, las quemaduras se clasifican según un puntaje asignado, el cual permite calcular el pronóstico del paciente y a su vez establecer si cumple con los criterios de inclusión al GES (Tabla N°3), este pronóstico puede verse agravado en pacientes con puntajes mayores a 71 puntos, mayores de 65 años con 10% o más de quemadura AB o B, quemadura respiratoria, quemadura de alta tensión, politraumatismo, quemados con patologías graves asociadas, con quemaduras intermedias o profundas complejas, de cabeza, manos, pies o región perineal (MINSAL, 2007).

ÍNDICE	PRONÓSTICO
21-40	Leve: sin riesgo vital
41-70	Moderado: sin riesgo vital, salvo complicaciones
71-100	Grave: probabilidad de muerte inferior a sobrevida. Mortalidad < 30%
101-150	Crítico: Mortalidad 30-50%
> 150	Sobrevida excepcional: Mortalidad > 50%

Tabla N°3: Pronóstico según Índice de Gravedad de Garcés.

Es a partir de estos criterios que se establece la conceptualización de “Gran Quemado”, que es aquel adulto que a causa de una quemadura AB o B tiene comprometido más de un 20% de su superficie Corporal, pudiendo estar asociado a alguno de los factores mencionados con anterioridad (MINSAL, 2007). Asimismo Terrón, M. y Cols., (2010) consideran al Gran Quemado como aquel paciente que cumple con los criterios establecidos por Gueugniaud y colaboradores como aquel cuya superficie corporal total quemada es superior al 25% o que cuenta con quemaduras de tercer grado superiores al 10% de la superficie corporal o quemaduras que afecten a la cara, cabeza, cuello o manos.

Secuelas tras la quemadura

En cuanto a las condiciones del trauma posterior a la lesión, éstas varían en gran medida de un individuo a otro, al igual que los problemas que se desencadenan durante la atención, rehabilitación y el resto de la vida (Dahl, O., Wickman M, Wengström Y., 2012). A pesar de la mejora en el sistema de salud e inclusión del paciente gran quemado, sumado a las tecnologías médicas que han llevado al aumento de la sobrevida de la población afectada por una quemadura, se ha visto un aumento en la prevalencia de secuelas en aquellos sobrevivientes, las cuales pueden ser de variadas naturalezas y abarcar desde alteraciones

en la condición física de la persona hasta una serie de repercusiones como daños psicológicos – psicosociales, que son escasamente evaluados por el equipo de salud (Blankeney P., y Cols., 2008).

Las quemaduras traen consigo otros traumas que afectan en forma significativa el cuerpo, como alteraciones dermatológicas y psicológicas; aunado a esto, el porcentaje del área quemada y la estancia hospitalaria determinan la gravedad de la lesión y éstas condicionan las secuelas físicas y psicológicas desarrolladas por el individuo afectado, las cuales determinan el comportamiento de los componentes que repercuten en la calidad de vida de estos pacientes (Zapata, D. y Estrada, A., 2010).

Según un estudio de Franulic, A. y González, X. (2000), refieren que el sufrir una quemadura altera el transcurso biográfico de un individuo viendo afectadas sus capacidades de adaptación biológica por el riesgo vital y equilibrio psicológico. La frecuente presencia de desfiguración genera una alteración de la imagen corporal y la autoimagen de estos pacientes, afectando su autoestima, auto concepto, cambiando su vida sexual y de pareja. Dentro del mismo contexto Zapata, D. y Estada, A. (2010), plantean en su estudio de *“calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por las quemaduras después de la cicatrización”* (utilizando el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36), que todos los componentes que conforman el cuestionario obtuvieron promedios bajos, considerando que las puntuaciones oscilan entre los valores 0 y 100 (siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo), en donde los pacientes en la dimensiones: cambio en la salud y dolor corporal se

caracterizaron por obtener promedios mayores de 50, a diferencia de las de desempeño emocional y físico, los cuales no superaron un promedio de 30, dejando vislumbrar que estos últimos fueron las dimensiones más afectadas en la calidad de vida de los paciente quemados, por tanto 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. Asimismo, esto afecta la reintegración al núcleo social y familiar, debido a que una adecuada funcionalidad depende del adecuado desempeño físico y mental (Zapata, D. y Estrada, A., 2010). Igualmente Niño, J., (2010) plantea que hay muchas razones para considerar que el sobreviviente a una quemadura puede experimentar una disminución en su calidad de vida, a raíz de fenómenos relacionados con la lesión como el dolor, la discapacidad física y la desfiguración.

Considerando lo antes mencionado y la premisa de que las lesiones por quemaduras constituyen un trauma significativo que puede causar o exacerbar problemas psicológicos, se estima que entre el 21% y el 43% de los pacientes quemados desarrollan un trastorno de estrés postraumático (TPEP) mientras se encuentran hospitalizados o después del egreso (Niño, J., 2010), el cual se configura como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado como traumático que puede ser entendida como una discontinuidad súbita y extrema en la vida de una persona, donde este representaría una anormalidad en la cual muchos mecanismo psicofisiológicos que promueven el enfrentamiento y la adaptación, son sobrepasados por un estrés catastrófico. En el mismo sentido, una experiencia traumática puede constituir una discontinuidad súbita en la vida de una persona, por lo que a continuación de un suceso traumático siempre es importante evaluar la necesidad de una

intervención precoz que permita la detección de estos síntomas y así iniciar un tratamiento que prevenga la cronicidad de este cuadro (Carbonell, C., 2002).

Rehabilitación del paciente gran quemado

Gonçalves, N., y Cols., (2011) definen rehabilitación como un proceso destinado a capacitar a la persona a mantener o alcanzar niveles satisfactorios de salud intelectual, sensorial, física, psicológica y social, ofreciendo las herramientas para que el paciente pueda estar apto nuevamente para tener independencia y retomar su papel en la sociedad. El profesional de la salud tiene un papel fundamental en auxiliar la adaptación de la víctima de quemaduras, considerando las capacidades remanentes del paciente, sin enfocarse en sus limitaciones. El equipo interdisciplinar 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.

No obstante, el proceso de rehabilitación debe ser considerado como una continuidad de la atención y no verse como etapas aisladas, aun así para su mejor entendimiento se divide en tres grandes etapas (fase de rehabilitación temprana, intermedia y a largo plazo), proponiéndose un nuevo esquema de las fases de rehabilitación en un paciente gran quemado (figura N°3).

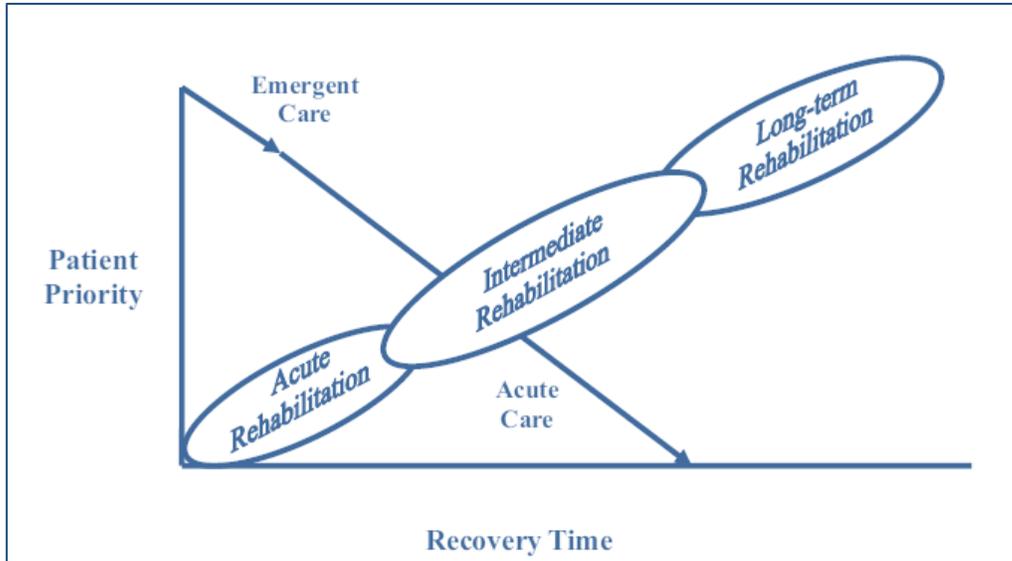


Figura N°3: Esquema que describe las etapas del proceso de rehabilitación de pacientes quemados.

La fase de rehabilitación temprana es definida como aquella que se inicia desde el momento que ingresa el paciente y continua hasta la época en que las heridas de este se cerraron en un 50% o ha comenzado el cierre de la herida del injerto, esta etapa se continua con la fase intermedia, la cual es definida como aquel tiempo que rodea el cierre de la herida extendiéndose hasta el momento del cierre completo de esta, culminando el proceso en la fase a largo plazo, entendida como el momento en el cual el paciente ha completado su tratamiento incluyendo cirugías reconstructivas, alcanzando la totalidad de la cobertura cutánea y con alta hospitalaria, siendo en esta fase de la rehabilitación en donde las retracciones e hipertrofias de las cicatrices se acentúan, viéndose enfrentado el paciente al escenario de volver a readaptarse a su medio de vida y lograr la independencia funcional. Cabe destacar que estas fases, temprana, intermedia y a largo plazo se pueden superponer

en función del progreso de la curación de las diversas heridas de cada paciente (Richard, R. y Cols., 2008). Del mismo modo, debemos considerar que la rehabilitación de pacientes con lesiones por quemaduras es iniciada desde el momento en que ocurre la lesión, pudiendo durar incluso varios años, requiriendo durante él, diversos esfuerzos multidisciplinarios (siendo el inicio temprano de la rehabilitación la clave para el cumplimiento del tratamiento y la maximización de los resultados a largo plazo). Por lo que un programa de rehabilitación integral es esencial para disminuir los efectos post-traumáticos del paciente y mejorar la independencia funcional de este. Mientras que la provisión de tratamiento óptimo consiste en un enfoque de equipo multidisciplinario, cuando esto no es posible o cuando la disponibilidad de los terapeutas y los servicios de apoyo son limitados, todos los miembros del equipo de salud pueden asumir su responsabilidad en la rehabilitación, con la finalidad de maximizar el beneficio para el paciente. Si bien los distintos profesionales poseen experiencia en sus propias especialidades, hay algunos métodos sencillos y eficaces que pueden ser utilizados para ayudar al paciente a alcanzar su máximo resultado funcional, siendo la dedicación de las personas dentro del equipo de salud, el compromiso en el cuidado del paciente e incentivación de estos a participar y comprometerse plenamente en su rehabilitación, modalidades que a largo plazo repercutirán y harán una gran diferencia en su calidad de vida (Procter, F., 2010).

Al tener en cuenta que la rehabilitación de las quemaduras ha sido una parte importante de la atención y el tratamiento en pacientes quemados durante muchos años y sin embargo, a pesar de su longevidad, el resultado de este proceso en pacientes quemados graves es

menos óptimo y parece haberse estabilizado, por lo que la rehabilitación debe progresar hasta el punto de que los resultados físicos se desarrollen en paralelo a las estadísticas de supervivencia en términos de la mejora del bienestar del paciente. En este sentido, se debe considerar que durante los últimos 30 años y debido a una mejora en las tasas de supervivencia se ha convertido en una discusión común la existencia de al menos un documento en cada uno de los últimos seis quinquenios que menciona que "el énfasis del cuidado de quemaduras necesita cambiar de la supervivencia del paciente a la rehabilitación de este", es decir, que los planes de tratamiento e intervenciones deben hacer hincapié en la restauración funcional de los pacientes a sus estados previos a la quemadura y así aumentar al máximo su bienestar emocional y resultados estéticos, lo que desencadenaría un cambio en el objetivo de la atención de los pacientes quemados que iría desde la preservación de la vida a la restauración funcional a través de la rehabilitación (Richard, R. y Cols., 2008).

Para obtener una imagen completa de la situación de recuperación después de una lesión por quemadura existen una serie de dominios que pueden necesitar ser evaluados, pudiendo ser necesario aplicar una batería de evaluaciones o medidas de resultado para proporcionar esos datos integrales, estos dominios pueden estar vinculados a los de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF, la cual se recomienda como un marco para la medición de los resultados de investigación sobre la discapacidad y rehabilitación en quemaduras (ANZBA, 2007).

De manera que en el contexto del curso de la rehabilitación, se propone la existencia de *“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado”*; en donde la CIF, como una de las clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud define el concepto de facilitadores como *“todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.* La CIF ofrece un marco de referencia conceptual para la información que es aplicable a la atención médica personal, incluyendo la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, eliminando o mitigando los obstáculos sociales y promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores (OMS, 2001). Asimismo, la CIF consta de dos partes, la primera parte del funcionamiento y la discapacidad y la segunda de factores contextuales, donde cada una de ellas posee dos componentes, funciones y estructuras corporales, actividades y participación en el caso de la primera parte, mientras que para la segunda le corresponden componentes de factores ambientales -influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad- y personales -influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad-. Cada uno de estos componentes puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos, considerando las características del mundo físico, social, actitudinal y el efecto de los atributos de la persona, en otras palabras, tomando un rol de facilitadores y/o barreras respectivamente (figura N°4).

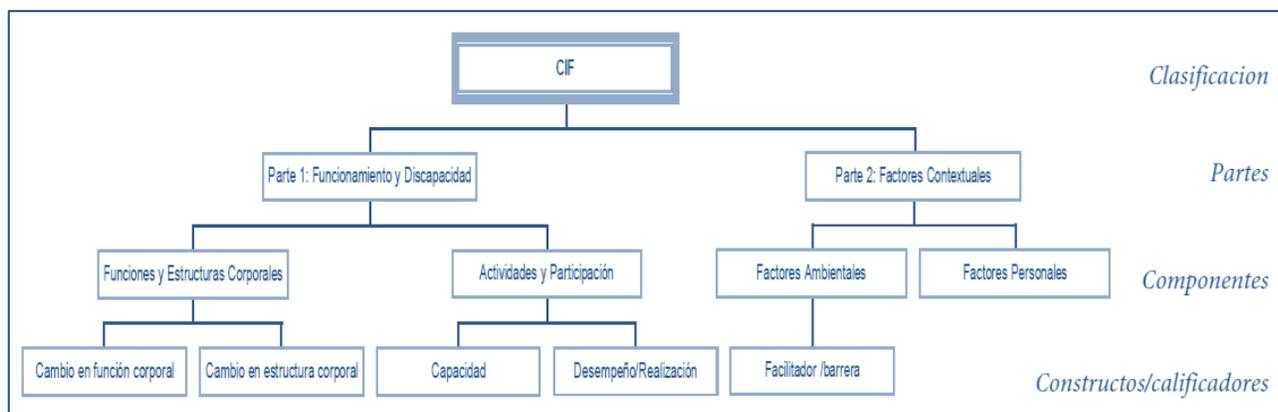


Figura N°4: Estructura de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Es por esta razón que el funcionamiento y la discapacidad de una persona se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales, existiendo una interacción dinámica entre estos elementos por lo que las intervenciones en un elemento tiene el potencial de modificar uno o más de los otros elementos (figura N°5).

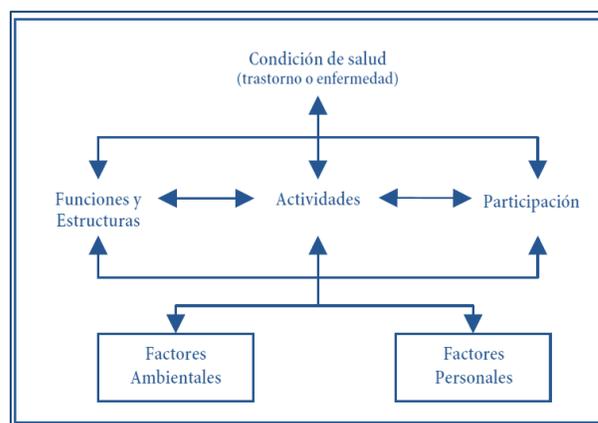


Figura N°5: Interacciones entre los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La CIF está basada en la integración de dos modelos conceptuales opuestos con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento utilizando un enfoque biopsicosocial proporcionando una visión coherente de las dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social (OMS, 2001).

En síntesis, la presencia de estos “*Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado*” definidos por la CIF, contribuirían a construir la valoración general del paciente gran quemado, definiéndose como un proceso diagnóstico, multidimensional e interdisciplinar que tiene como finalidad contabilizar las capacidades y problemas biopsicosociales de la persona, con la intención de evaluar el estado de salud del mismo y establecer un plan integral para el tratamiento y su seguimiento a largo plazo. Debe incluir así mismo los aspectos psico-sociales, formas de afrontamiento y de adaptación, entorno de cuidado, identificando a la/s persona/s cuidadora/s y valorando conocimientos, habilidades, actitudes, medios materiales y apoyo social (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

Dicho lo anterior y expuestos los precedentes, se fortifican las escasas precisiones existentes sobre el tema, es por dicha razón que los objetivos de este proyecto investigativo están orientados a identificar y revelar la presencia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado, visualizar los cambios en las dimensiones biopsicosociales implicadas en el mismo, y describir la percepción y valoración que le atribuye éste paciente gran quemado a los facilitadores de su proceso de rehabilitación, por lo que la obtención de ellos supondrá un mejor y nuevo manejo en

cuanto a las formas de enfrentar los desafíos que conlleva el tratamiento y los cuidados de un paciente gran quemado pudiendo generar de ésta manera, cimientos más sólidos en los cuales se sustente la praxis del equipo interdisciplinar, del sistema de salud y del propio profesional kinesiólogo.

MARCO CONTEXTUAL

Perfil del paciente gran quemado en Chile

Villegas en el año 2006 describe el perfil de los pacientes quemados graves, refiriendo que en la realidad de nuestro país es posible distinguir tres grupos de pacientes con características diferentes.

Grupo de quemados accidentados del trabajo: estos pacientes sufren lesiones relacionadas con el tipo de energía que se utiliza en el proceso productivo en el que participan, siendo un porcentaje sustantivo de ellos cubiertos por seguros de accidentes del trabajo (ACHS, Mutual de Seguridad, IST) atendándose en los servicios de estas instituciones, que disponen de una excelente infraestructura. En general tienen una muy buena cultura de prevención estando perfectamente sanos al momento de accidentarse, una vez superada la fase crítica disponen de una muy buena red de apoyo para su rehabilitación que les permite conseguir un pleno reintegro laboral y social.

Grupo de quemados adultos atendidos en el sistema público: estos pacientes conforman un grupo diferente al anterior, ya que en ellos inciden factores que hacen particularmente complejo y difícil su tratamiento; de este grupo, ingresan al HUAP alrededor de 100 pacientes quemados graves al año, provenientes en un 60% de la región Metropolitana y un 40% derivado de las otras regiones del país, los cuales tienen en promedio 43 años de edad,

con un porcentaje de superficie corporal comprometida de alrededor de un 37%, cuya principal causa de sus quemaduras está dada por el fuego.

Grupo de quemados niños: estos pacientes se queman alrededor de un 70% con líquidos calientes, generando lesiones de espesor parcial. En este grupo los padres constituyen la base de una sólida red de apoyo, salvo condiciones excepcionales. Cabe destacar que no nos referiremos a estos pacientes en la investigación ya que no constituyen un grupo de interés para este estudio.

La OMS (2012) señala que las quemaduras se producen principalmente en el hogar y lugar de trabajo, en donde tanto niños como mujeres se queman por lo general en las cocinas domésticas, con líquidos calientes, llamas o explosiones de estufas, siendo los hombres más propensos a ser quemados en el lugar de trabajo ya sea por quemaduras sufridas tras incendios, quemaduras químicas y/o eléctricas. En este mismo sentido un alto riesgo de quemaduras en las mujeres se asocia con fuego en la cocina o estufas por falta de mantención, sin embargo, también plantean riesgos las lesiones auto-inferidas y la violencia interpersonal, aunque son un tema poco estudiado.

Garantías explícitas en salud en el paciente gran quemado

En la década de los 90, varios países de América Latina y el Caribe iniciaron procesos de reforma social con énfasis en el sector salud. Chile, en el año 2000, inicia su proceso enviando al congreso un proyecto de ley que busca regular los derechos y deberes de los

pacientes, otorgar protección financiera a los individuos y mejorar la gestión y administración de los prestadores de salud públicos y privados. Uno de los pilares de la reforma de salud chilena fue el denominado Plan AUGE, el cual busca normar y estandarizar el acceso y cuidado en una serie de patologías seleccionadas en base a la carga de enfermedad que genera al país. Estos se refieren al derecho que otorga la Ley a todos los afiliados al sistema público (FONASA) o privado (ISAPRE), y a sus respectivas cargas, para ser atendido en condiciones especiales que garantizan su acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, en caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud. En este sentido una de las herramientas en las que este plan se apoya, son las Guías GES, las cuales se estructuran como guía de práctica clínica (GPC) que contiene las intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas o paliativas recomendadas en base a la mejor evidencia disponible para cada patología. Estas recomendaciones, se transforman en parte de las garantías explícitas que los pacientes están en derecho de exigir y por otra parte, las instituciones de la red AUGE en la obligación de otorgar. A partir de este escenario es que en el año 2007 se incluyó el Gran Quemado como una de las patologías cubiertas por el sistema GES, publicándose en julio del mismo año la guía clínica para su manejo (Danilla, S. y Cols., 2011).

Esta guía es una referencia para la atención de los pacientes grandes quemados atendidos bajo el régimen de garantías explícitas en salud. En ese contexto, uno de sus objetivos es contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad (secuelas) de los pacientes grandes quemados en Chile para optimizar el manejo de estos, adecuándose al contexto nacional (MINSAL, 2007).

Es así como esta guía recomienda el uso de sistemas elásticos compresivos una vez que se haya completado la cobertura cutánea para disminuir o evitar la formación de cicatrices hipertróficas y retracciones, estas prendas deben ser confeccionadas a medida por kinesiólogos o terapeutas ocupacionales y controladas en forma periódica durante el tiempo que dure el tratamiento; que todo paciente gran quemado sea sometido a un programa intensivo de ejercicios de movilización, elongación, fortalecimiento muscular, readaptación física al esfuerzo y de estimulación funcional y que se apliquen cuando sea necesario sistemas ortésicos para prevenir o disminuir secuelas funcionales en zonas articulares; por ultimo recomienda que los pacientes quemados que lo requieran puedan acceder a un programa integral para el manejo emocional, de reinserción escolar, laboral y social. En el paciente quemado pediátrico y su familia se recomienda contar con un programa educativo y de apoyo para reestructuración de la rutina familiar (MINSAL, 2007).

Asimismo, Albornoz, C. y Cols., (2013) manifiestan que en los últimos años se han impulsado políticas de estado para garantizar acceso y equidad en la atención de los pacientes quemados graves, siendo la inclusión del tratamiento del gran quemado en el programa GES y la publicación de guías de tratamiento el año 2007 junto con la creación de un Centro de Referencia Nacional con Unidad de Cuidados intensivos exclusiva para pacientes quemados en el HUAP el año 2008; cambios que han permitido la entrega de un tratamiento oportuno, estandarizado y de calidad sin discriminar por edad, porcentaje de superficie corporal quemada, patologías agregadas, procedencia ni nivel socioeconómico para pacientes beneficiarios del sistema público de salud.

Según estadísticas nacionales anualmente aproximadamente 200 pacientes se queman gravemente por causas no laborales y logran recibir atención médica, de éstos, alrededor de 90% son referidos y atendidos en el Centro de Referencia Nacional del Gran Quemado adulto del Hospital de Asistencia Pública Alejandro del Río (HUAP), siendo el único centro para pacientes beneficiarios del sistema público de salud (correspondiente al 75% de la población chilena) para el tratamiento de pacientes quemados graves. Asimismo se plantea que el agente productor de la quemadura más frecuente fue el fuego en 73% de los casos, el sitio más frecuente de ocurrencia de la quemadura fue el domicilio, seguido por accidentes laborales y en la vía pública, como resultado de una agresión en 31 pacientes (3,3%) y autoagresión (quemadura a lo bonzo) en 86 pacientes (9,2%). En este mismo sentido, los pacientes con compromiso de conciencia presentan además superficies corporales quemadas más extensas (29%), con injuria inhalatoria diagnosticada en 22% de los pacientes y significativamente más frecuente en los pacientes que presentaron compromiso de conciencia al momento de la quemadura (48%).

En este contexto los pacientes informantes del estudio sufrieron accidentes con fuego en años previos a la incorporación del paciente gran quemado al GES, por lo que cada uno de ellos de acuerdo a su previsión debió asumir y solventar los costos de la rehabilitación o como en el caso de pacientes que hayan sufrido un accidente laboral estos se encuentran cubiertos por la ley 16.744 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que estipula en su artículo N°29 que *“la víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional tendrá derecho a prestaciones que se otorgarán gratuitamente hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la*

enfermedad o accidente”, entre ellas destacan la atención médica y quirúrgica en establecimientos externos o a domicilio, hospitalización si fuere necesario, medicamentos y productos farmacéuticos, prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación, rehabilitación física y reeducación profesional y gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social, 2011).

Por lo que en la actualidad esta implementación de la guía clínica y la conformación del centro de referencia nacional para la atención de estos pacientes, constituye un avance en la materia, pudiendo contribuir a disminuir los costos y las secuelas del proceso de rehabilitación en estos pacientes.

Es en este sentido que el contexto de los pacientes informantes de esta investigación corresponden a: pacientes Chilenos, grandes quemados (SCQ mayor 20%) sin injuria inhalatoria, de género femenino (dos) y masculino (uno), laboralmente activos, atendidos en el centro de referencia nacional (HUAP), Hospital de trabajador, Mutual de Seguridad, requiriendo atención en el centro Kinésico Kineactual, que hayan vivenciado un proceso de rehabilitación; a los que se les realizaron entrevistas desde julio del 2013 hasta enero del 2014.

MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se presenta el marco conceptual como parte del marco teórico.

Proceso de rehabilitación del paciente gran quemado

El proceso de rehabilitación de pacientes quemados es muy complejo, necesita de un equipo multidisciplinar, con enfoque en el cuidado holístico y debe tener como objetivo promover la adaptación, incluyendo las recuperaciones física, psicológica y social (Amado, M., 2012).

Factores contextuales

Los Factores Contextuales son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF; tienen dos componentes, Factores Ambientales y Factores Personales (OMS, 2001).

Factores ambientales

Los Factores Ambientales constituyen un componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona, estos incluyen al mundo físico natural

con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes (OMS, 2001).

Factores personales

Factores Personales son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias vitales, etc., que no están actualmente clasificados en la CIF pero que los usuarios pueden incorporar al aplicar la clasificación (OMS, 2001).

Facilitadores

Facilitadores son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. También la ausencia de un factor puede ser un facilitador, por ejemplo la ausencia de estigma o actitudes negativas entre la población; es así como pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, puesto que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción, con independencia

del problema que tenga la persona respecto a la capacidad para llevar a cabo dicha acción (OMS, 2001).

Barreras

Barreras son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida (OMS, 2001).

Calidad de vida

Calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Allué, M., 2013).

Asimismo, la OMS la define 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 (Zapata, D. y Estrada, A., 2010).

DISEÑO METODOLOGICO

A continuación daremos cuenta del diseño metodológico que guío nuestra investigación.

Equipo investigador

El equipo investigador está conformado por dos estudiantes de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, quienes desarrollaron esta investigación con la colaboración de Kineactual, centro kinésico que facilitó el contacto con los informantes de estudio permitieron recabar la información necesaria para su posterior análisis desde la metodología cualitativa.

Como investigadoras, partiendo de la necesidad que tenemos por identificar y comprender la presencia y relevancia de facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de un paciente gran quemado, pudiendo con ello visualizar los cambios en las dimensiones biopsicosociales en la que se desarrolla el paciente; es que decidimos utilizar la metodología cualitativa como enfoque metodológico de nuestra investigación.

Metodología cualitativa

Una de las primeras definiciones aportadas en 1994 por Denzin y Lincoln destacan que la metodología cualitativa es “multimetódica en el enfoque, implicando un enfoque interpretativo y naturalista hacia su objeto de estudio”; esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar

sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas (Rodríguez, G. y Cols, 1996). Stake en 1995, señala que el objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión, centrada en la indagación de los hechos pretendiendo la comprensión de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad, en donde el papel que adopta el investigador desde el comienzo de la investigación hace que vaya interpretando los sucesos y acontecimientos, logrando con ello una “descripción densa”, “compresión experiencial” de “múltiples realidades” en las que el investigador no descubre, si no que construye el conocimiento. Los aspectos diferenciales de un estudio cualitativo en contraste con uno cuantitativo es su carácter holístico, empírico, interpretativo y empático. Es en este sentido que la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (Martínez, M., 2006). Es por esta razón que la metodología cualitativa mediante el relato de los distintos informantes nos permite develar y comprender la relevancia que poseen los elementos facilitadores dentro de su proceso de rehabilitación.

Al ser la metodología cualitativa de carácter constructivista que procura explorar el interior de las personas y las sociedades, logra una descripción holística por medio del análisis exhaustivo de los asuntos o actividades en particular, rechazando la idea de una única verdad objetiva, sino más bien considerando la verdad como consecuencia de nuestra interacción con la realidad, poniendo énfasis en la construcción de conocimiento más que en el descubrimiento de éste (Cortés y Cols., 2009, citado por Ahumada y Arévalo, 2011).

Dentro de los enfoques investigativos de la metodología cualitativa utilizaremos la fenomenología ya que es el método más adecuado para confrontarnos al tipo de interrogante planteada, otorgando mayor sustento a nuestro estudio, centrando el interés en el poder describir el significado de las experiencias vividas por una persona o grupo de personas acerca de un concepto o fenómeno enfocándose en lo individual y la experiencia subjetiva en donde el investigador explora el significado de la experiencia de las personas (Sandín, 2003). Asimismo Rodríguez, G. y Cols., en el año 1996 señala que como diferencia fundamental de la investigación fenomenológica, frente a otras corrientes de investigación cualitativas, destaca el énfasis sobre lo individual y la experiencia subjetiva.

Este método fenomenológico resulta ser el más indicado cuando no hay razones para dudar de la bondad y veracidad de la información y el investigador no ha vivido ni le es nada fácil formarse ideas y conceptos adecuados sobre el fenómeno que estudia por estar muy alejado de su propia vida, como, por ejemplo, las vivencias de las personas en situaciones de vidas extremas (Maslow 1970, citado por Martínez, 2006).

Escenario e informantes de la investigación

La presente investigación contó con una muestra intencionada de tres informantes, cuya selección fue realizada en base a una serie de criterios considerados necesarios y/o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación (Martínez, M., 2006). Esta muestra intencional o basada en criterios de inclusión fue elegida y consensuada en conjunto con la docente guía de esta

investigación, siendo los criterios aplicados para su selección: pacientes adultos que hayan sufrido una gran quemadura, cuya extensión comprometa más del 20% de su superficie corporal; evento causal de lesión de modo accidental; que hayan o estén cursando un proceso de rehabilitación (fase a largo plazo); sin antecedentes de patología psiquiátrica como depresión.

Cabe destacar que los informantes que participaron de esta investigación fueron seleccionados con la ayuda de nuestra docente patrocinante, profesional kinesióloga del centro Kineactual.

El escenario escogido para recabar la información en un principio fue Kineactual, sin embargo, debido a la disponibilidad de los pacientes solo se pudo realizar un primer encuentro con solo uno de los informantes, debiendo acomodarnos a la disponibilidad horaria y el entorno habitual de ellos para realizar dichas entrevistas, continuando con el resto de las entrevistas en el hogar y el lugar de trabajo, como el lugar de interacción con los informantes, dentro de un periodo de siete meses (julio de 2013 a enero de 2014).

Recolección de la información

Para ello, utilizamos como técnica de recolección de información la entrevista en profundidad, la cual es una técnica directa o también denominada interactiva de documentación que se caracteriza por entregar al lector un mayor grado de comprensión que de entendimiento, acerca de una experiencia o técnica en particular, maximizando el significado de los relatos, obteniendo con frecuencia respuestas emocionales dejando de

lado la racionalidad intrínseca (Ruiz Olabuenaga 1996), lo cual enriquece el contenido informativo. Asimismo, Kvale en 1996 señala que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos (Martínez, M., 2006). Es por ello que la entrevista en profundidad es la técnica ideal para comprender la presencia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado, por lo que se ajustaría a la modalidad de entrevista semiestructurada en la cual el entrevistador dispone de un “guión” que recoge los diversos temas que debe tratar a lo largo de ésta, pero que sin embargo tanto el modo y el orden con que se abordan estos temas se dejan a libre elección del entrevistador dando mayor flexibilidad.

Resaltando como una característica de esta técnica de recolección de datos, surge dentro de esta la relación entrevistador/entrevistado como un proceso de entendimiento y confianza mutua entre ellos, es por ello que debemos favorecer este proceso ayudando a conseguir este clima de naturalidad y libre expresión propio de la entrevista, con suspensión de juicio, es decir, no emitiendo juicios sobre la persona entrevistada, asumiendo una neutralidad frente al relato de los informantes, intentando escucharlos sin hacer juicios negativos o reprimendas evitando así el ataque global de la persona si no se está de acuerdo con ciertos planteamientos, pretendiendo comprender su punto de vista para permitir ver y enfatizar la experiencia (Rodríguez, G. y Cols., 1996).

Como instrumentos de recogida de información, las entrevistas fueron registradas mediante la grabación en dispositivos de audio y video y su posterior transcripción textual, siendo importante mencionar que la utilización de grabadora permitió registrar con fidelidad todas las interacciones verbales que se produjeron entre entrevistador y entrevistado, así mismo favoreciendo así la interacción entre ellos (Rodríguez, G. y Cols., 1996).

En esta investigación se realizaron en total seis entrevistas en profundidad (dos a cada informante), tras leer y firmar el consentimiento informado, aprobado respectivamente por el comité de ética de la UMCE (ver anexos N°1-6), realizando una primera ronda de entrevistas y luego de su transcripción se realizó la segunda ronda de entrevistas, en la cual nos dimos cuenta que la información recopilada en el primer ciclo se iba repitiendo, manifestándose la saturación de esta; es por ello que el número de entrevistas a realizar no fue determinada de forma apriorística.

Análisis de la información

Se define al análisis de datos como un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación (Rodríguez, G. y Cols., 1996). Para proceder al análisis cualitativo de la información recopilada tras la transcripción íntegra en formato digital de los audios en conjunto con la revisión del material audiovisual de las entrevistas, se llevó a cabo el análisis de los datos blandos a través de una serie de etapas, en donde la primera consistió en la lectura intensiva de estas transcripciones, luego se categorizaron por medio de la asignación de códigos consistentes

a la información contenida dentro de las citas provenientes de los relatos de los pacientes y consideradas por ello relevantes para responder a los planteamientos investigativos. Una vez finalizado el proceso de codificación se procedió a estructurarlos en categorías de análisis o familias de códigos, identificando entre ellos temas en común, lo que a su vez según su grado de relación fueron agrupados en cuatro metacategorías de análisis a modo de relacionar directamente los relatos de los pacientes para dar origen a una unidad conceptual de mayor abstracción y complejidad que orientó los ejes temáticos que buscan dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación (Tabla N°4). Este análisis fue guiado por el método de las comparaciones constantes consistentes en la codificación y análisis de la información de forma paralela con el fin de ir reduciendo los datos para su extracción y verificación posterior.

Durante la transcripción de las entrevistas los participantes fueron enmascarados por letras para resguardar su anonimato durante todo el proceso de la investigación, siendo asignadas las letras mayúsculas P1, P2 y P3 a cada uno de los pacientes informantes, asimismo, para resguardar la identidad de las personas nombradas por los pacientes, se procedió a mantener en mayúscula las iniciales de su nombre. Si bien, inicialmente al digitalizar la información las investigadoras fueron enmascaradas como E1 y E2, no obstante, no fueron considerados al momento de extraer las citas de estos y plasmarlas en la presentación de los resultados.

Metacategorías de análisis	Categorías de análisis
1) Facilitadores del proceso de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento • Apoyo económico • Apoyo emocional • Apoyo familiar • Apoyo kinésico • Apoyo multidisciplinario • Características de la personalidad • Constancia terapéutica • Empatía • Fe • Foco de rehabilitación • Formas de crianza • Humor • Kineactual • Redes de apoyo • Resiliencia • Traje compresivo
2) Percepción y valoración de los facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los facilitadores • Valoración del rol del kinesiólogo • Valoración de su proceso de rehabilitación
3) Cambios en las dimensiones biopsicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud frente a la vida • Aprendizajes • Rehabilitación • Dolor • Evasión de su intimidad • Funcionalidad • Imagen corporal • Miedos • Prejuicios • Reinserción con el entorno • Valoración de la quemadura • Valoración de la vida
4) Manifestación y estimulación de los facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> • Origen de los facilitadores

Tabla N°4: Resumen de Metacategorías y Categorías de análisis

Presentación de la información

Los resultados de esta investigación han sido expuestos mediante el análisis realizado por cada metacategoría de análisis establecida previamente en relación a los objetivos específicos de la investigación; para generar el desglose de la información contenida dentro de cada una de ellas, se establece la relación existente a partir de las categorías o familias de códigos agrupados dentro de cada metacategoría, es así como dentro de cada una de ellas se organiza la información según su relevancia y se establecen asociaciones entre las citas de cada paciente, con el fin de comparar la información y establecer elementos convergentes y divergentes entre ellos, a modo de responder a los objetivos específicos planteados para la presente investigación.

Las citas textuales emanadas de las entrevistas realizadas a los informantes, se utilizaron como fuente esencial para documentar los resultados de esta investigación, reflejando íntegramente lo expresado por estos pacientes en el instante en que se llevaron a cabo las entrevistas en profundidad. Es así como cada una de estas citas fue estructurada entre comillas, puntos suspensivos al inicio y final de ellas, e identificándose al paciente enmascarado responsable del fragmento, entre paréntesis su letra y número correspondiente.

Por ejemplo: "...xxx..." (Px)

Criterios de rigor de la investigación

Cuando hablamos de calidad de la investigación aludimos al rigor metodológico con que esta ha sido diseñada y desarrollada, y a la confianza que, como consecuencia de ello, podemos tener en la veracidad de los resultados conseguidos. En general, la idea de calidad de la investigación se asocia por tanto a la credibilidad del trabajo desarrollado por el investigador (Rodríguez, G. y Cols., 1996).

Los criterios de rigor científico planteados por Guba y Lincoln en 1985 para la investigación cualitativa son:

i. Credibilidad

La credibilidad alude a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación haciendo referencia a la necesidad de que exista un isomorfismo entre los resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseen sobre las realidades estudiadas (Rodríguez, G. y Cols., 1996).

Por lo que para resguardar este criterio de rigor en la presente investigación, se llevaron a cabo conversaciones y observaciones prolongadas con los participantes del estudio mediante una escucha activa y sin emitir juicios en relación a sus experiencias, de manera independiente con cada paciente, durante el tiempo de duración de las entrevistas, lo que nos permitió establecer una relación más cercana con estos, siendo la recolección de esta

información la capaz de producir hallazgos reconocidos como una aproximación de lo que ellos piensan y sienten. Asimismo, realizamos la transcripción textual de las entrevistas audiovisuales, dando respaldo a las percepciones y valoraciones presentadas en los resultados de esta investigación, rescatando del registro audiovisual las expresiones no verbales que apoyan estos relatos.

ii. Transferibilidad

La transferibilidad hace referencia a las posibilidades de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, Guba y Lincoln indican que se trata de examinar que tanto se ajustan los resultados con otro contexto (Castillo, E. y Vásquez, M., 2003).

Este criterio de rigor se cumple en la medida en que los escenarios de los pacientes a los cuales se quieren extrapolar los resultados de esta investigación sean similares, es decir, requiere que estos sean pacientes que han sufrido algún tipo de trauma por quemadura, atendidos en alguno de los sistemas de salud chilenos, con quemaduras graves, secuelas tras el accidente y haber formado parte de un proceso de rehabilitación. Para ello, recogimos abundantes datos descriptivos en cada uno de los pacientes informantes del estudio a fin de poder realizar descripciones copiosas y establecer la similitud entre los diversos contextos.

iii. Dependencia

Este criterio se relaciona con la posibilidad de que obtuviéramos los mismos resultados al replicar el estudio con los mismos o similares sujetos y contextos (Rodríguez, G. y Cols., 1996).

Aseguramos este criterio en la medida que los resultados de la investigación fueron levantados directamente de la información proporcionada por los pacientes informantes, por lo que el uso de citas textuales emanadas de la transcripción textual de las entrevistas como respaldo de estos resultados presuponen que frente a otra situación de investigación se replicaran o repetirán en el mismo sentido los resultados obtenidos.

iv. Confirmabilidad

La Confirmabilidad tiene relación con la independencia de los descubrimientos frente a inclinaciones, motivaciones, intereses o concepciones teóricas del investigador (Rodríguez, G. y Cols., 1996).

Es por ello que este criterio se logra mediante el uso de grabaciones de voz y video de las entrevistas realizadas, además de la transcripción de forma textual de las mismas y el posterior análisis fiel a lo dicho por los informantes; asimismo fueron descritos el escenario y el proceso de selección de los informantes.

CAPITULO II

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

ANTECEDENTES CONTEXTUALES

A continuación, procederemos a describir las características de los pacientes participantes del estudio así como los escenarios en los cuales se llevó a cabo la presente investigación.

Kineactual

El Centro kinésico Kineactual, ubicado en Av. Francisco Bilbao, comuna de las Condes, surge hace 25 años con el nombre de “*Kinesiología del Quemado*”, en respuesta a la necesidad de brindar una atención kinésica integral para niños y adultos quemados, ya que esta área de la rehabilitación tenía escaso desarrollo en nuestro país. Fundado por las kinesiólogas Ximena Kennedy Reyes y Monserrat Romaguera Gracia. A poco andar el centro incorpora en su quehacer el tratamiento kinésico de pacientes de cirugía plástica y reconstructiva, con énfasis en el manejo de pacientes portadores de cicatrices y crea un taller propio para la confección de sistemas de presoterapia, con el tiempo se incorporaron nuevas kinesiólogas, conformándose así, la sociedad de profesionales “*Kineactual*”, lo que fortaleció y enriqueció al centro permitiendo la ampliación del universo de pacientes en nuestra especialidad y el desarrollo de proyectos de investigación y docencia. El centro Kinésico Kineactual, atiende niños y adultos con quemaduras, cirugías plásticas, reconstructivas y cicatrices, siendo especialistas en brindar una atención kinésica integral y la confección de sistemas de presoterapia.

El Centro Kineactual tiene como misión el contribuir a mejorar la calidad de vida de sus pacientes, brindar atención kinésica de excelencia, en el área de las quemaduras, cirugía plástica reconstructiva y estética, aportar al conocimiento realizando investigación, extensión y docencia. Presta servicios en la etapa aguda: apoyo e interconsulta a hospitales, clínicas y mutuales. En la etapa de secuela o post cobertura cutánea, entrega una atención kinésica integral, desde el primer día de alta hospitalaria del paciente, en forma individual a través de programas de ejercicios, elongaciones y readaptación física al esfuerzo, además de la confección de órtesis compresivas o sistemas compresivos elásticos y rígidos a medida.

Informantes: Pacientes afectados por la quemadura

P1: Es una mujer de 49 años de edad, de personalidad extrovertida, de muchos amigos, alegre, empática, con mucha simpatía y buen humor, luchadora, creyente en el Padre Hurtado y “*loca teli*” según refiere. Su familia está compuesta por su padre, su hermana, su ex marido y sus tres hijos; el mayor de 23 años y le siguen las mellizas de 16 años de edad y actualmente vive con estos tres últimos en un departamento ubicado en la comuna de Independencia, Santiago. Si bien se encuentra separada, mantiene una muy buena relación con su ex marido, a quien define como su amigo y un gran hombre.

La relación con su familia antes del accidente siempre fue cercana, de mucho apoyo, viéndose estos lazos fortalecidos tras el atentado.

Ella se desempeña como dueña de casa, preocupándose de las labores del hogar y los requerimientos de sus hijos. Al ser una persona de muchos amigos, posee una buena participación con su entorno social, disfrutando de pasatiempos como andar en bicicleta, viajar y compartir con su familia y amigos, con quienes se frecuenta regularmente.

En diciembre del año 2003, a los 39 años, sufre un atentado por parte de su ex pareja en ese momento (pareja estable después de su separación), quien tras rociar su cuerpo con un bidón de bencina le prende fuego en la calle; siendo atendida en la etapa intrahospitalaria en el HUAP.

P2: Es una mujer de 40 años de edad, de personalidad extrovertida, de buenos amigos, sin dificultad para expresar sus opiniones, creyente en Dios, de carácter fuerte, solidaria y preocupada por el resto según refiere. Su familia está compuesta por su marido, su hijo de 11 años, sus padres y sus hermanas, actualmente vive con su hijo en un departamento en la comuna de la Florida, Santiago. Si bien en el momento del accidente no se encontraba en una relación de pareja con su marido, este cumplió un rol fundamental de padre y amigo.

Es la menor de tres hermanas, hija de padres separados, manifiesta tener una buena relación familiar y redes de apoyo que se fortalecieron tras el accidente. Ella se desempeñaba como técnico en informática, profesión que retomó hace poco tiempo por las limitaciones a consecuencia de las quemaduras. Al describirse como una persona activa, refiere practicar dentro de su tiempo libre actividades como natación, fútbol, además de participar en un coro y en un ministerio ayudando matrimonios por parte de la iglesia.

En enero del año 2004, a la edad de 31 años, sufre un accidente quemando garrapatas en la casa de su madre al manipular bencina blanca; siendo atendida en la etapa intrahospitalaria en el Hospital del Trabajador.

P3: Es un hombre de 48 años de edad, de personalidad introvertido, trabajador, padre de familia, muy preocupado por sus hijos, con buen humor, responsable, comprometido con su trabajo y muy luchador según refiere. Su familia está compuesta por su ex esposa, sus tres hijos de 20, 17 y 11 años, viviendo actualmente solo con su hermano en un departamento en la comuna de Santiago. Si bien se encuentra separado, mantiene una muy buena relación con su ex esposa, siendo un padre presente y preocupado de sus hijos.

La relación con su familia antes del accidente según manifiesta era una típica relación de familia con altos y bajos pero consolidada y cercana.

Él se desempeña como jefe del área de mantención en la empresa en la cual trabaja hace aproximadamente 23 años. En su tiempo libre disfruta de las relaciones familiares principalmente con sus hijos y el descanso del trabajo, entre otros.

En diciembre del año 2010, a los 45 años, sufre un accidente por llama de fuego en su lugar de trabajo mientras realizaba labores de fiscalización; siendo atendido en la intrahospitalaria en la Mutual de Seguridad.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Presentación de los resultados

A continuación los resultados de nuestra investigación, los cuales fueron distribuidos en base a metacategorías de análisis establecidas previamente y relacionadas mediante la utilización del método de las comparaciones constantes. Cabe destacar que cada una de estas metacategorías se correlacionan con los objetivos específicos planteados al inicio de la investigación, a modo de dar respuesta a las preguntas orientadoras de la misma.

I. Facilitadores del proceso de rehabilitación

La población quemada constituye un colectivo con características muy peculiares y con un alto riesgo de vulnerabilidad que afecta no solo a los propios supervivientes sino también a su entorno más directo (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012). Asimismo, las experiencias de sufrir quemaduras y el tratamiento instaurado en las personas que sobreviven a ellas constituyen dos de los contextos más aterradores y dolorosos conocidos por el ser humano (Niño, J. 2010). De ahí que asociado a este proceso, los pacientes reconocen determinados elementos que al estar presentes durante un proceso de rehabilitación hacen de este un proceso óptimo y lleno de experiencias trascendentales que marcan la vida de estos, favoreciendo así su reintegración al medio biopsicosocial que se vio transgredido luego de sufrida la quemadura, los cuales se denominaran de ahora en adelante facilitadores.

Tanto los pacientes desde su propias vivencias como los investigadores mediante el análisis del relato de estos, reconocemos la existencia dentro de un proceso de rehabilitación de elementos facilitadores de carácter intrínseco (figura N°1) y extrínseco (figura N°2), que resultan ser complementarios y esenciales para enfrentar las distintas etapas de este proceso de rehabilitación, fortaleciendo los cimientos en los cuales estos pacientes construyen su vida, permitiéndoles replantearse nuevamente el sentido y la percepción de esta.

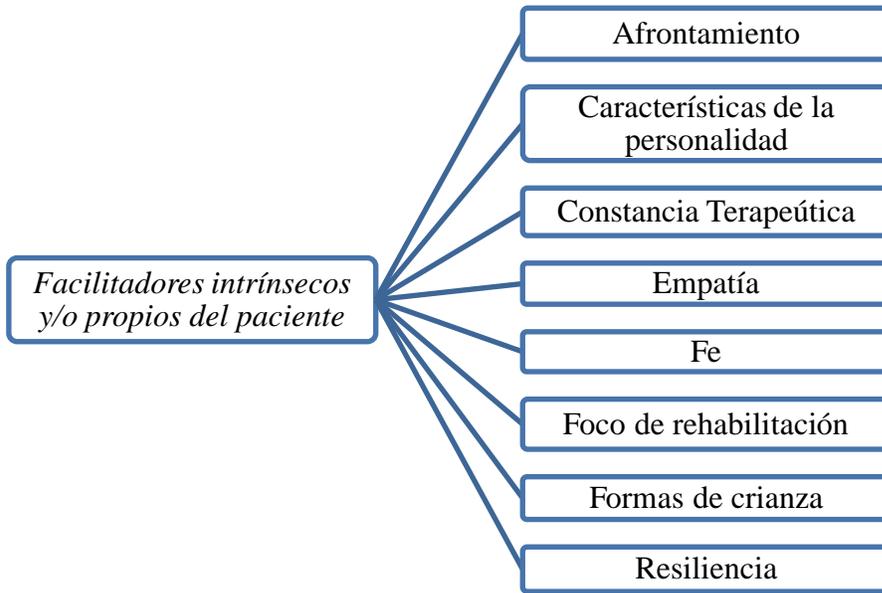


Figura N°1: Esquema que representa los facilitadores intrínsecos que interfieren en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

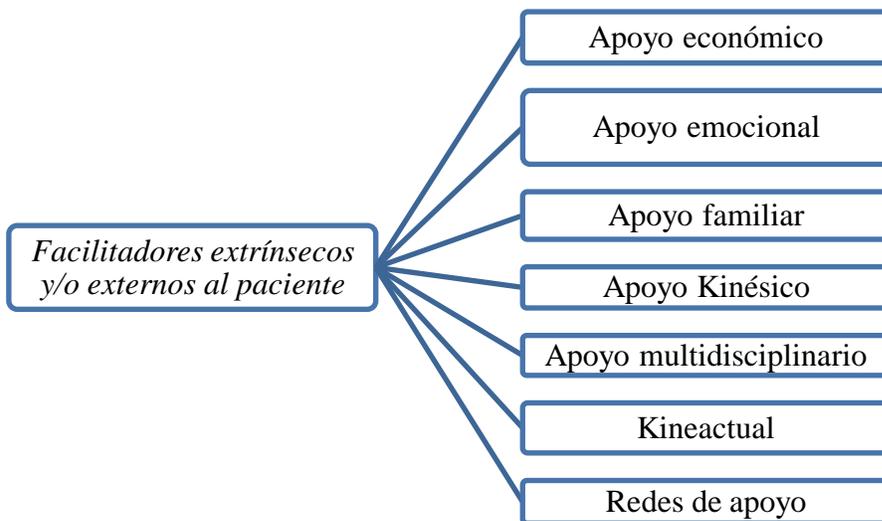


Figura N°2: Esquema que representa los facilitadores extrínsecos que interfieren en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

i. Facilitadores intrínsecos y/o propios del paciente

Afrontamiento

El afrontamiento entendido como aquel que le permite al paciente dar un nuevo significado al accidente para que este suceso pueda ser integrado como parte de su historia de vida. Carbonell, C. (2002) considera que este evento en la vida del paciente representa un quiebre y provoca sensaciones difíciles de aceptar y elaborar, logrando a través de la terapia una forma de control de estos, encontrando nuevos significados y conexiones, que ayudan a integrar el trauma a la propia historia.

“...yo creo que una buena manera de llevar cosas graves es siendo irónica con uno mismo y uno asumiendo uno y echándose tallas uno, la gente se suelta porque si tú no lo haci ellos no son capaces de nada...” (P1)

Las propias manifestaciones de auto-consideración y auto-confianza positivas despiertan respuestas positivas por parte de los pacientes pudiendo así liberarlos de sus problemas (De los Santos, C., 1999). En este sentido una estrategia de afrontamiento y aceptación de la nueva condición de salud, es el humor con que cada uno de los pacientes se enfrenta a sí mismo y su entorno.

“... ¡Viste! Si el payasito de la familia sirvió pa esto po, pa aportarlo en mi vida, porque yo antes era la gracia de los demás pero yo después tuve que hacer gracia de mí misma, entonces yo empecé yo a echarme tallas, ponte tu hacía un asado y yo decía ya hueón

cualquier cosa lavo los platos, ni cagando hago el carbón, entonces, mira que yo prendo con agua hueón, a mí una chispa y ¡Fa!...” (P1)

“...hay que tomarlo con humor, como les decía a mis hijos en un minuto mira ¡yo soy Freddy Krueger! (riéndose), me entiende hay que tomarlo con humor no más po si ya es un tema que tenemos que aprender a convivirlo...” (P3)

Características de la personalidad

En este sentido Terrón, R. y Cols. (2010), señalan que los rasgos de personalidad prequemadura y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente pueden influir en el ajuste psicológico a largo plazo. De igual modo, Eiroa-Orosa, F. y Cols. (2012), manifiestan en su estudio que un gran número de estos pacientes buscan una normalización de sus condiciones vitales, buscando la visualización de su persona y desarrollando nuevas estrategias o potenciando las previas, para adaptarse a las nuevas circunstancias que el accidente ha inducido en sus vidas, visualizados a partir del relato de los pacientes entrevistados, convergiendo como un elemento común a ellos.

“...Yo siempre he sido como bien luchadora, siempre como bien pará, yo tengo súper claro que soy re firme, no soy una mujer débil, ni siquiera esponjita cuando hay un caso mal, generalmente busco la solución, no, no soy fácil de ponerme a llorar ni nada...” (P2)

Constancia terapéutica

Este elemento facilitador fue principalmente identificado por los mismos pacientes, quienes reconocen que desde el inicio del proceso de rehabilitación el ser constantes con la terapia, juega un rol fundamental y asegura resultados óptimos en este proceso, lo cual puede verse reforzado por planteamientos teóricos del artículo Rehabilitation of the burn patient del año 2010 que señala que el cumplimiento oportuno del tratamiento es esencial para asegurar el mejor resultado posible a largo plazo. Por lo que el educar al paciente y a su familia es esencial para que estos tengan un buen entendimiento en cuanto a los beneficios de participar activamente en el tratamiento, es decir, que al conseguir el apoyo de la familia en esta etapa temprana se les prepara para ayudar al paciente a su regreso al entorno. En este sentido los pacientes se refieren a este elemento facilitador como:

“...es esencial, tenís que hacerlo todos los días, yo nunca lo dejé de usar (traje compresivo), yo nunca dejé de hacer los ejercicios, yo hacía los ejercicios allá y yo llegaba a la casa y repetía toda la secuencia de ejercicios, sí que lo que yo iba a lograr en un año lo logré en cinco meses, sí que yo fui la paciente número uno de Kineactual...” (P1)

“...Yo me dejaba ayudar, obviamente si necesitaba... como, no, no necesitaba digamos revelarme, pero si digamos trataba hacer mis cosas en forma muy autónoma porque sabía que tenía que hacerlas para poder salir del, del, de todo el proceso, o sea, mientras más yo... porque lo veía como un ejercicio... si po si al final era un ejercicio más no mas...” (P3)

Empatía

La empatía como elemento facilitador adquiere un rol trascendental ya que les permitió a los pacientes el poder conectarse desde lo más íntimo con un otro que ha vivido y experimentado un evento traumático de similares características. Por lo que los relatos adquieren un sentido especial dado que estos se pueden ver reflejados e identificados con la experiencia. En este sentido es que Eiroa-Orosa, F. y Cols. (2012), manifiestan que en estos pacientes se producen procesos de empatía hacia otras personas que sufren, sobre todo otros quemados; experimentando una mejora de su auto-eficacia al sentirse capaces de mejorar, de ver a compañeros que estaban más graves recuperándose, sintiéndose así persuadidos por aquellas personas.

“... Si ayuda, ayuda, si unos con otros. Siempre hay una palabra de uno que a uno le ayuda y uno rescata así que es rebueno esto de que entre los pacientes se conversen, que uno se cuente la historia. Son largas horas que uno tiene que estar en la Kinesióloga entonces se hace así como un ambiente rico en que uno comparte sus cosas y uno siempre, siempre, siempre uno dice ¡Oh! Y pensar que él está peor que yo, entonces uno dice “no soy el único” y así po, pero es bueno, es bueno y ayuda, ayuda hartito...” (P1)

“...Pero el que la X (kinesióloga de cabecera) hiciera esos cambios de switch que uno necesita, poniéndote con gente que realmente había pasado lo mismo que tú, no un psicólogo que te dice “no si en estas situaciones cuando tú estás depre tienes que tomar eso, tienes que hacer esto otro” (se ríe), más que eso la psicóloga no me ayudó mucho, a mi parecer, pero sí de ver a la P1 pará, me sirvió mucho más...” (P2)

Cabe destacar que este elemento facilitador fue visualizado mayormente en P1 y P2 dado principalmente por su modalidad de atención con el centro Kineactual, ya que tuvieron el acceso a compartir su experiencia con otros pacientes quemados. Mientras tanto, P3 al ser atendido en la Mutual de Seguridad se relacionó empáticamente con pacientes con experiencias distintas a la de su condición de salud.

En base a lo anterior debemos considerar que en el momento que el paciente logra incorporar que lo que sucede es una respuesta esperable y además que no es el único que ha tenido estos síntomas, se le entrega una posibilidad de aceptarse u hacerse cargo de su situación, disminuyendo así los temores y creencias irracionales (Carbonell, C., 2002).

Fe

A pesar de que algunas personas afectadas por una gran quemadura, sienten que sus creencias religiosas se quiebran, para otras supone un redescubrimiento o un refuerzo de su fe, lo que a su vez puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismo y de la sensación de control y sentido de la vida (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012). Lo que fue experimentado por dos de los pacientes (P1 y P2):

“...tengo a mi santo, el Padre Hurtado y yo de él me aferré de hecho, o sea, yo me entregué, yo dije que él era el único que me podía ayudar en esto y que intercediera por mí no más y que me ayudara a salir adelante en todo, en todo, en todo, en todos mis procesos; en el proceso de dolor principalmente, después en el proceso emocional y que me guiara

pa poder también, poder transmitirle lo mismo a mis hijos que era lo que me preocupaba después de... sí que, la religión es la base, la base, base...” (P1)

“...Si bien, pa mí la fuerza para poder hacer las cosas parte de Dios primero que nada, em... yo creo que Dios se representa y se materializa en las personas que se allegan a uno o salen o las pone él en el camino, como quieras decirlo, pero sin ellos, sin la cara visible del amor de Dios entre medio ¡no!, no me hubiese podido parar (se ríe)...” (P2)

Foco de rehabilitación

A partir del relato de los pacientes y tras constatarlo como un punto convergente entre ellos, pudimos darnos cuenta que dentro de los elementos que facilitaron la recuperación en momentos de mayor vulnerabilidad de su proceso de rehabilitación, estos reconocen a sus hijos como el centro y empuje de esta.

“...En mí principalmente la fuerza que no me hizo sentir dolor y me hizo salir adelante y luchar fueron mis hijos porque... incomparablemente el amor que los padres le pueden tener a un hijo es infinito, sí que... mis hijos fueron mi gran fortaleza y detrás los papás, los hermanos, los amigos...” (P1)

Formas de crianza

Los pacientes reconocen como elemento en común que la forma de crianza de sus padres, sobretodo la dada por la imagen paterna, les permitió enfrentar de manera incesante e inquebrantable este proceso hasta lograr recuperar su funcionalidad.

“...siempre luchando, siempre luchando y siempre nos enseñó que él que no daba la pelea no, no sacaba nada en provecho, ah ese siempre fue como su lema en todas las cosas, sí para mi totalmente, el que me enseñaran a luchar de chica (ríe)...” (P2)

Resiliencia

La Real Academia Española-RAE define la resiliencia como aquella capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. En este contexto al comparar esta definición con un estudio realizado en personas que han sufrido una gran quemadura se señala que estos pacientes durante el proceso de rehabilitación experimentan cambios en la percepción que se tienen de sí mismos: se sienten más fuertes, más reafirmados en sí mismos, con más experiencia y más capacidad para afrontar dificultades futuras (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012). Siendo igualmente lo expuesto anteriormente reconocido dentro de los relatos de los pacientes.

“...primero me habían dicho que iba a tener que estar seis meses (pausa y suspira) hospitalizada y salí a los dos meses y días, después me dijeron pucha de aquí a que vuelva a caminar y todo van a ser dos años, no, que aprenda a estar bien, a un año más o menos bien, ya parada... bien, me acuerdo de aquí a los siete meses yo ya estaba lista...” (P1)

“...mi proceso de rehabilitación, mira mi... mi proceso básicamente eh, apunta a mi idiosincrasia, me entiende, yo vengo... básicamente de una familia proletaria, de lucha, de

harto esfuerzo, que cuando se caen, se paran, se limpian y siguen y... y bajo esa misma premisa mi proceso digamos, mis ganas funcionaron en esos términos, por mi esencia...”(P3)

Estos elementos intrínsecos se complementan con elementos extrínsecos y/o externos al paciente que acompañan, facilitan y potencian su recuperación a lo largo de su proceso de rehabilitación.

ii. Facilitadores extrínsecos y/o externos al paciente

Apoyo económico

El proporcionar cuidados de calidad a personas con quemaduras requiere un gasto considerable en recursos sanitarios (personal, infraestructura, material, etc.). Actualmente ha aumentado la supervivencia en estas personas y muchas secuelas pueden corregirse, sin embargo, las complicaciones, la morbilidad y la mortalidad siguen siendo elevadas al igual que los costos, si bien no existen estudios que revelen los costes reales de la atención sanitaria a estas personas, debido a la gran variabilidad en su asistencia y a los distintos criterios de ingreso, alta y seguimiento, se estima que estos son muy elevados (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

Los pacientes reconocen que los costos para llevar a cabo su proceso de rehabilitación son elevados, por lo que sin el apoyo económico que tuvieron en su momento (dados por las redes de apoyo, las campañas para recaudar dinero, y su sistema previsional) habría sido un proceso mucho más complicado de solventar.

Para P1 este apoyo económico principalmente se dio mediante la colaboración de sus redes de apoyo (familia, ex marido, amigos), quienes mediante la realización de eventos a beneficios y aportes voluntarios, junto con ello al momento de sufrir el atentado, por motivos de fuerza mayor tuvo que pasar del sistema privado de salud al sistema público, lo cual disminuyó los costos de su tratamiento y pudieron llevarse a cabo de manera óptima.

“...yo no pagué nada porque afortunadamente tenía FONASA A...” (P1)

A diferencia de P1, para P2 el haber pertenecido al sistema privado de salud si bien resulto en mayores costos económicos su tratamiento, reconoce que fue un aspecto facilitador, ya que la paciente menciona que el servicio de urgencia prestador de la atención inicial (HUAP) no le brindo la ayuda requerida y necesaria para ella en ese momento, especialmente en el manejo del dolor. En este sentido, valora más la atención brindada en el Hospital del trabajador (pensionado), la cual pudo financiar gracias a la realización de campañas de ayuda difundidas vía internet, rifas en donde su familia y redes de apoyo constituyeron un rol importante.

“...el haber tenido ISAPRE me permitió llegar al hospital del trabajador que fue donde por lo menos a mí me hicieron sentir mucho mejor, en la posta fue, muy desagradable...” (P2)

Por otra parte P3 destaca la protección financiera brindada por la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (16.744) a raíz de que su accidente ocurrió en un contexto laboral, lo cual le asegura cobertura económica de sus costos de rehabilitación.

“...cada trabajador está protegido digamos por esta ley 16.744 y ante un accidente de esta envergadura o menor envergadura queda protegido de por vida, o sea hoy día yo estoy protegido de por vida ante cualquier dolencia que tenga digamos producto de este

accidente, entonces yo me tengo, no sé, eh... me sale un, eh... un problema en la piel voy al hospital y tengo cero costo, tengo una ficha mmm... el hospital del trabajador, como una mutual..." (P3)

Apoyo emocional

Gonçalves, N. y Cols. (2011) en su revisión integradora de la literatura destacan que el apoyo emocional está asociado a la mejor rehabilitación y calidad de vida de víctimas de quemaduras. En esta misma línea la OMS (2009), apunta a que la sanación psicológica tiene lugar en un ambiente de apoyo, en donde tanto los familiares como el equipo de salud estén disponibles para brindarlo. Estos mismos elementos son identificados por los pacientes, dentro de los cuales reconocen como sus principales apoyos emocionales durante el proceso de rehabilitación a sus familias, redes de apoyo y calidad humana del equipo de salud.

"...con el apoyo de lo externo que básicamente son la familia, eh... los hermanos, los amigos me entiende, que... moralmente ellos te apoyaron me entiende, te daban los a... te alentaban a que tiraras para arriba, porque... bueno, el estar rodeado de personas que te aprecian, te quieren, eh... te, te fortalece y te tira pa arriba, te tira pa arriba..." (P3)

"...Hacia cada lesera esa "X" (kinesióloga de cabecera) es increíble tiene toda la energía yo creo y la traspasa, yo creo que uno consume mucho la energía que ella tiene y del

cariño porque uno viene con todo el daño de... del cambio de imagen que te hicieron (se ríe) y ella lo convierte en cariño, es muy muy de piel la X, es muy linda. Y más que a mí los medicamentos fue la acogida de ella, la que me hizo avanzar...” (P2)

Apoyo familiar

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 de apoyo como escuchar, calmar y conversar para que la persona no se sienta inferior, ofreciendo demostraciones de sentimientos de amor y felicidad hasta su completa recuperación (Gonçalves, N. y Cols., 2011), a su vez según lo planteado por Procter, F. (2010), las familias deben alentar a los pacientes a fin de que estos puedan volver a establecerse en su vida social y profesional tan pronto como sean capaces de hacerlo.

Esto también fue evidenciado durante la investigación por parte de los pacientes, reconociendo el rol indispensable de la contención familiar en su proceso de rehabilitación.

“... si uno tiene una contención familiar así, buena, óptima. Sí. A lo mejor yo tuve la suerte de tener la contención familiar...” (P1)

“...Mi familia, sí la familia mi ex esposo, que en realidad se portó muy bien, muy bien en todo este tema de apoyar eh... mi mamá, mis hermanas, se preocuparon de mi hijo, no

fue... el apoyo de la familia fue espectacular y fue muy indispensable porque en realidad te caí muy fácil, estai tan susceptible de todo, que no, sola no se hubiese podido...” (P2)

“... la importancia de... del apoyo familiar digamos, como, como... como pirámide propia, eh... si digamos ayuda bastante y me ayudo...” (P3)

Apoyo kinésico

Para los pacientes el apoyo kinésico es visto desde una perspectiva de apoyo tanto profesional como emocional, siendo la calidad humana de las Kinesiólogas un facilitador activo dentro de su proceso de rehabilitación, es por ello menester destacar que los pacientes los describen como un profesional que entrega una atención integral, señalando *“que su calidad humana va de la mano con su calidad profesional”*, teniendo la capacidad de reconocer a los pacientes primero desde la individualidad de cada persona y luego como los individuos con una determinada condición de salud que requieren de sus competencias profesionales para su recuperación.

“... la parte emocional la aportan ellas po, si uno habla todo el día con ellas, entonces ellas aparte de mejorarte físicamente aportan con esa calidad humana que tienen; es que interactúan con el paciente, con su problema po, entonces la calidad humana de ellas va de la mano con su calidad profesional (mirando a su Kinesióloga), yo siempre lo he dicho “pa mí son importantes”, yo por eso digo a mi la “N” (kinesióloga de cabecera) me dice

ponete de cabeza y yo me voy a poner de cabeza, nunca me voy a olvidar de lo que hicieron por mí ¡Lógico! No importantísimo...” (P1)

”... Sí, sí el kinesiólogo y que esté presente mirando a la persona, no mirando un caso más de cicatriz rara, en mi caso atrófica llena de queloides y todas las cosas, “X” (kinesióloga de cabecera) veía a la J (refiriéndose a ella misma) que estaba y después miraba las cicatrices de la J, me veía como persona, era más integral, si totalmente, no la “X”...” (P2)

”... bueno la kinesióloga “X” (kinesióloga de cabecera) como facilitador en la parte de compresión, se le puede llamar, estaba a la altura no más po, digamos como un buen profesional, era un apoyo digamos, la cual te orientaba y aplicaba lo que tenía que hacer, porque yo estaba en manos de ella, yo no sabía que aquí tenía que empezar a comprimir, que si no comprimía esto iba a quedar inflado, eh... me entiende, entonces ella era la profesional y siempre estuvo a la altura, o sea y como persona súper noble, o sea, se puede decir una amiga...”(P3)

Apoyo multidisciplinario

El paciente Gran Quemado constituye una preocupación especial para el equipo multidisciplinario, tanto por las complicaciones físicas, como psicológicas a las que se

puede ver enfrentado en su evolución posterior, siendo una ayuda importante en la rehabilitación de estos pacientes. Para los pacientes fue significativo contar con la presencia de un equipo multidisciplinario que facilito su proceso de rehabilitación, al mantener una acción terapéutica coordinada entre los distintos profesionales afrontando de la manera más adecuada su abordaje. Los pacientes destacan la calidad humana del personal sanitario, debido a que la cercanía con estos les permitió desarrollar lazos más allá de lo profesional. Esto se podría entrelazar con lo referido por el Servicio Andaluz de Salud (2011), en donde definen la colaboración entre profesionales de la salud en los cuidados de las personas que han sufrido una quemadura, como el proceso en el que diferentes grupos trabajan juntos para repercutir positivamente en la atención sanitaria. Asimismo Gonçalves, N. y Cols. (2011), resaltan que el equipo de salud, se considera como un importante punto de apoyo social y emocional, en donde dentro de sus características debe contemplar: el trabajo de manera interdisciplinar; que logre identificar la historia anterior del paciente en su interacción con personas significativas, así como aspectos individuales de este, ayudando en su rehabilitación, realizando cuidados con cariño y atención, favoreciendo el apoyo psicológico y la sensibilidad para identificar las reales necesidades de los pacientes.

“...si lo importante es que el equipo humano, el que ayudo digamos a esa mejora, eh... generaron las condiciones digamos para minimizar esos malestares, que sí fueron facilitadores digamos, los cirujanos plásticos, las enfermeras, las ayudantes, todo...” (P3)

En la misma línea Eiroa-Orosa, F. y Cols. (2012) manifiestan que al tratarse de un periodo de mucha vulnerabilidad y dependencia, también parece clave la relación con el personal

sanitario ya que los pacientes logran darse cuenta de la bondad de personas que les ayudan durante el accidente y del trato tan humano de los profesionales.

“... Entonces me topé con esas bellas personas que me ayudaron emocional, físicamente y económicamente porque tienen la calidad profesional y la calidad humana de ellas es impagable...” (P1)

Kineactual

Kineactual es un centro basado en la atención de pacientes con quemaduras de diversa consideración y distintos rangos etarios, entre otras condiciones de salud, por lo que cuando los pacientes requirieron el uso de un traje compresivo tuvieron la necesidad de acceder a un centro de rehabilitación que proporcionara este servicio. Los pacientes identifican a este centro como un elemento facilitador, destacando de sus profesionales la gran amistad, contención emocional y apoyo terapéutico que les brindaron durante todo su proceso de rehabilitación.

“... yo digo que la vida es una consecuencia, por eso yo digo que soy una quema con suerte, porque caí en un lugar en donde me encontré con las Kinesiólogas que fueron mis primeras, mis primeras amigas porque aparte de rehabilitarme y de hacer mi rehabilitación física yo hablé mucho con ellas, conversé mucho con ellas, fueron las primeras en decirme y aclararme muchas cosas....” (P1)

En este sentido, la órtesis compresiva adquiere relevancia dentro del tratamiento de pacientes quemados, a raíz de que una vez que se ha reparado la cubierta cutánea, será importante evitar la aparición de cicatrices hipertróficas y retracciones, que pueden provocar graves deformidades, lo que agravará las secuelas físicas y psicosociales del paciente, de ahí la importancia de iniciar lo más precozmente posible el tratamiento kinésico (Romaguera, M., 2011), así pues los propios pacientes señalan la relevancia del uso de estas órtesis compresivas, ya que además de todos los beneficios terapéuticos aportados por el traje compresivo, también les permitieron volver nuevamente a conectarse con su entorno más cercano, a pesar del tiempo y las complicaciones que les llevo adaptarse a él.

“... ¡Ay! Al principio es puro dolor porque todo te raspa y te duele, si yo... yo viví cuando me pusieron el traje compresivo, ahí fue cuando yo descansé pero yo no me podía poner prácticamente nada porque todo me dolía...” (P1)

Redes de apoyo

Los pacientes identifican a las redes de apoyo como la base de la rehabilitación, siendo las más destacadas el apoyo familiar, de los amigos y el equipo humano detrás de los profesionales.

“...Yo diría que son la base de la rehabilitación, en general, porque si bien, yo te puedo hablar de mi fuerza personal, el apoyo de las demás personas, del entorno, eh... que te está

tratando, que te está viendo y que lo hacen con cariño, que lo hacen con dedicación ¡espectacular! Y más la familia, o sea, el complemento de todo el grupo a mí me ayudó mucho, pa mi fue importante...” (P2)

Este extracto señalado por P2 durante la investigación, lo podemos relacionar con lo planteado por De los Santos, C. (1999), indicando que la mejor predicción del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuenta el paciente, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. Igualmente Gonçalves, N. y Cols. (2011), mencionan que una fuente importante de apoyo son los amigos, la comunidad y los profesionales de la salud.

“...Eh... son importantes las, como dices tú estos facilitadores en la vida po porque uno puede tener muchas ganas, puede tener la actitud pero también tiene que contar con... cosas de apoyo, con redes de apoyo...” (P1)

Si bien, un accidente constituye una experiencia traumática que genera dificultades, cambios en la vida de estas personas y en el cómo estos se relacionan con su entorno cercano, es una experiencia que aporta a mejorar y estrechar los lazos con las diferentes redes de apoyo, es por ello que los pacientes sienten la necesidad de compartir lo ocurrido, de discutirlo y buscarle explicación que puede llevarlos también a abrirse más, a compartir sentimientos, a aceptar la ayuda de los demás y/o a utilizar más el apoyo social. Es así como los pacientes que han experimentado mejoras en la relación con los demás a través de

la quemadura narran sobre todo el apoyo que han sentido durante el tratamiento y la recuperación (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012).

“...al momento de tu accidente eh... el acercamiento se acentúa porque hay un cierto grado, no un cierto grado que esta la solidaridad me entiende, y ahí llegan todos y en cierta medida digamos, esos facilitadores es grato, porque a mi hermano que no lo veía hace seis meses, lo viste en esas condiciones, rico me entienden, o sea cuentas con el hermano, cuentas con el tío, cuentas con el amigo, cuentas con el vecino, o sea con el compañero de trabajo...”(P3)

Por consiguiente, al considerar que la vida después de una lesión por quemadura, en particular, una lesión grave que puede llevar a algún ajuste significativo de esta, el que los pacientes gran quemado cuenten con el apoyo y la rehabilitación, permite que puedan desarrollar una vida plena (Procter, F., 2010).

II. Percepción y valoración de los facilitadores

Los principales facilitadores identificados en el transcurso de la investigación fueron extraídos desde las propias vivencias de los pacientes y agrupados de manera jerárquica, pero no por ello minimizando su valor, ya que estos se complementan y la falta de uno de ellos alteraría el equilibrio necesario para llevar a cabo un proceso de rehabilitación tan complejo como el de un paciente gran quemado.

De esta manera los pacientes reconocen a su esencia y características personales como la base, como el facilitador fundamental de su recuperación, siendo ellos mismos los principales actores y gestores de la mejora en su proceso de rehabilitación, junto con ello estos fueron reconociendo que existen otros elementos externos que los rodean, llámense por un lado la familia y los amigos y por otro los profesionales del equipo de salud quienes representan los pilares en los que se sustenta esta base y que albergan el proceso culmine de esta estructura, que es el recuperar, mantener y potenciar la funcionalidad (figura N°3).

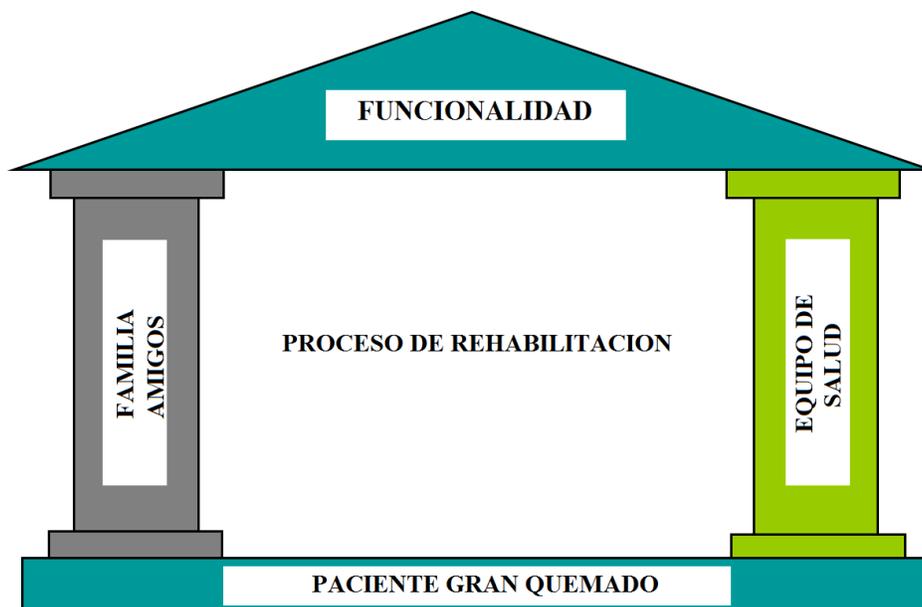


Figura N°3: Esquema que representa la percepción y valoración de los facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado.

Estos facilitadores adquieren una valoración especial y singular dependiendo de la forma en cómo se fueron manifestando a través del proceso de rehabilitación de cada uno de los pacientes, si bien debemos considerar que cada paciente los menciona desde su particularidad, de igual forma podemos distinguir aspectos comunes entre ellos.

“...o sea la clave fundamental es uno, uno es el principal actor en la mejora, porque los demás son elementos externos, como usted lo dijo, facilitadores, porque el principal actor es uno, la base, exacto. Es la base, si tú puedes tenerlos todos y muchos más pero si tu estas con una depresión que te tiene en el submundo, no vas a lograr ver más allá po, si el tema es ver más allá, tener una proyección digamos para levantarte, pero como le digo el

punto es eso, uno es el principal, que los demás ayudan, si ayudan, cuando uno está dispuesto...” (P3)

Cada paciente comparte la percepción de que la presencia de estos elementos facilitadores hicieron más óptimo y llevadero su proceso de rehabilitación, por lo que sin la presencia de estos su recuperación desde una perspectiva más biopsicosocial hubiese sido un proceso con mayores dificultades y barreras.

“...Pero los facilitadores en la vida del ser humano, si po obvio que tienen que estar presentes y eso es lo que sirve po, si... no puede ser, o sea, es más óptimo el proceso existiendo este tipo de facilitadores...” (P1)

Estos facilitadores suplieron las carencias tanto físicas, emocionales como sociales transgredidas por la injuria térmica y formaron parte de las herramientas que les permitieron levantarse, seguir adelante y recuperar su participación en la sociedad. Asimismo, Eiroa-Orosa, F. y Cols. (2012), plantean que todos los pacientes gran quemado se reconocen más dependientes y capaces de recurrir a los demás, reconociendo que al estar solos en este camino les hubiera sido mucho más difícil.

“...Yo creo que fueron mis pies que no tenía, mis manos que no servían, fueron los ojos que me dificultaban usar y en algunos momentos también apoyaron mi corazóncito, yo creo que fueron muchas cosas que suplieron...” (P2)

Las tasas crecientes de sobrevida en pacientes con grandes quemaduras ha resaltado los temas de rehabilitación, tales como contracturas en la cicatrización, limitaciones funcionales, dolor, y por lo tanto el rol del Kinesiólogo (Sociedad De Kinesiología En Quemados Y Cirugía Plástica Reconstructiva, 2007). Es así como los pacientes reconocen a los miembros del equipo de salud como facilitadores de su proceso de rehabilitación, por lo que al enmarcarnos dentro del equipo multidisciplinario a cargo del proceso de recuperación de un gran quemado, estos destacan la relevancia y valoración de la presencia del Kinesiólogo dentro de este.

“...Sí, sí el kinesiólogo y que esté presente mirando a la persona, no mirando un caso más de cicatriz rara, “X” (kinesióloga de cabecera) veía a la J (refiriéndose a ella misma) que estaba y después miraba las cicatrices de la J, me veía como persona, era más integral, si totalmente, no la “X”...” (P2)

En el marco de la rehabilitación de pacientes gran quemado, el kinesiólogo juega un rol fundamental en la prevención y recuperación de secuelas estético-funcionales. Por lo tanto, el tratamiento kinésico debe ser precoz, desde la etapa aguda y una vez que esta etapa ha sido superada se inicia un proceso continuo e integral hasta la rehabilitación física total en la que el paciente alcance el máximo nivel funcional posible, además de ser relevante el trato que reciben los pacientes por parte de este profesional, sobresaliendo su presencia según lo señalado por estos, dentro del equipo multidisciplinario de rehabilitación.

“...No, no pa na, sin kinesiología no hubiese sido lo mismo, para nada, o sea, yo creo que incluso sin la compresión quizás no sé cómo hubiese quedado, pero sin la persona humana que vio las compresiones, si tengo claro que no hubiese estado como estoy ahora, en mi ni siquiera la psicóloga había logrado que yo estuviera pará, con todos los medicamentos que me tenían bombardea, estaba dopá entera, me daban pastillas pa dormir, pa despertar, pa poder salir, pa poder manejar pa todo, pa concentrarme, pa todo, o sea, estaba con una cantidad de medicamentos horrible y con la “X” (kinesióloga de cabecera) las empecé a soltar po (sonríe)...” (P2)

“...bueno la kinesióloga “X” (kinesióloga de cabecera) como facilitador en la parte de compresión, se le puede llamar, estaba a la altura no más po, digamos como un buen profesional, era un apoyo digamos, la cual te orientaba y aplicaba lo que tenía que hacer, porque yo estaba en manos de ella, yo no sabía que aquí tenía que empezar a comprimir, que si no comprimía esto iba a quedar inflado, eh... me entiende, entonces ella era la profesional y siempre estuvo a la altura, o sea y como persona súper noble, o sea se puede decir una amiga...”(P3)

En síntesis, es de suma importancia el trabajo kinésico en la rehabilitación del paciente gran quemado, sobretudo en su rol de alentar al paciente para que este pueda valerse por sí mismo y efectuar así una transición sin problemas a su ambiente familiar y laboral (Scaglione, G. 1998).

“...yo digo que la vida es una consecuencia, por eso yo digo que soy una quemada con suerte, porque caí en un lugar en donde me encontré con las Kinesiólogas que fueron mis primeras, mis primeras amigas porque aparte de rehabilitarme y de hacer mi rehabilitación física yo hablé mucho con ellas, conversé mucho con ellas, fueron las primeras en decirme y aclararme muchas cosas...” (P1)

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. Es por ello que los ámbitos psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente (Amado, M., 2012). Es en este sentido que los pacientes a pesar de su particularidad atribuyen valoraciones semejantes a su proceso de rehabilitación, reconociendo a su proceso de rehabilitación como un proceso largo y doloroso, adoptando un sentido emocional importante siendo los logros alcanzados y las personas que formaron parte del mismo los motivantes de su mejoría.

“... ¡Sí! De corazón, de sentimientos. El proceso de mi rehabilitación fue un proceso hermoso, hermoso, porque era solamente avanzar, avanzar y avanzar y cada vez mejor...”
(P1)

“... mi proceso de rehabilitación lo defino como arduo, valioso, provechoso, doloroso, de crecimiento, agradecida de Dios y las personas, de cada detalle que me ha acompañado en este proceso de rehabilitación, lo que he aprendido y lo que soy, agradezco cada día, de lo contrario no sería quien soy ahora, una mujer plena... conocí hermosas personas que están detrás y van más allá de lo profesional, el querer es poder...” (P2)

“...yo mi proceso de rehabilitación, yo lo defino digamos, básicamente como... como un proceso de lucha, de fortaleza, porque mi formación fue así y... y todos los elementos que a mí me entregaron, apuntaron digamos, a eso y... y recabando todos esos elementos los llevé digamos básicamente a, a... tirarme pa arriba y salir lo antes posible con una mejora y retomar digamos, mi vida a corto plazo, porque era mi proyecto...” (P3)

III. Cambios en las dimensiones biopsicosociales

Las grandes quemaduras constituyen un problema de salud con gravísimas consecuencias biopsicosociales que afectan su calidad de vida (Terrón, R. y Cols., 2010), dado principalmente por las consecuencias y/o secuelas físicas, psicológicas y sociales causadas por la quemadura (Gonçalves, N. y Cols., 2011). De ahí que Procter, F. (2010) plantea que este modelo es particularmente pertinente para los pacientes sobrevivientes a lesiones de tipo quemadura y a su vez en la literatura se apoya firmemente el uso de la intervención temprana y el modelo biopsicosocial en pacientes con condiciones de salud distintas a un paciente gran quemado. A propósito de lo anterior, la situación en Chile propuesta por la Guía Clínica del Gran Quemado sugiere y recomienda que los pacientes quemados que lo requieran puedan acceder a un programa integral para el manejo emocional y la reinserción laboral y social.

A propósito del “Modelo de atención Biopsicosocial”, este constituye una opción para impulsar el enfoque holístico de la atención integral a las personas con discapacidad, desde esta perspectiva, el modelo trasciende al enfoque biomédico y aborda a la persona en forma integral, desde el reconocimiento de los derechos humanos, la autonomía, la integración, las capacidades y los apoyos, enfatizando en la interacción de la persona con discapacidad y el ambiente donde vive, considerando las determinantes sociales que influyen y condicionan la discapacidad (OMS, 2011). En concordancia a lo planteado por este modelo y dentro de los profesionales del equipo multidisciplinario, el kinesiólogo cumple uno de los roles importantes dentro de este proceso, siendo reconocido por los propios pacientes del estudio

gracias al desarrollo de una relación cercana entre paciente y tratante, lazos que se ven estrechados debido por un lado a los largos periodos de tiempo que caracterizan este proceso de rehabilitación que junto a la empatía y contención emocional que el profesional suscita, su profesionalismo, dedicación y presencia constante durante todo el proceso de rehabilitación y dado el estado de vulnerabilidad en que se encuentra el paciente, contribuyen a la optimización de este proceso.

Es así como en el contexto actual de la rehabilitación basándonos en el modelo biopsicosocial planteado por la CIF, se reconocen la presencia de elementos contextuales intrínsecos y extrínsecos que afectan el funcionamiento de un individuo con una determinada condición de salud y en el cómo este conduce su vida en relación al entorno. Estos elementos contextuales, pueden actuar como facilitador y/o barrera dentro de un proceso de rehabilitación por lo que desde la arista del abordaje del paciente gran quemado surgen los facilitadores implicados en su proceso de rehabilitación, reconocidos por la OMS en el 2001 como aquellos factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad, pudiendo prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación puesto que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción.

Por tanto es menester mencionar que dentro de un proceso de rehabilitación con la complejidad inherente que rodea al paciente gran quemado, se desarrollan a lo largo de este una serie de cambios que repercuten de manera significativa en las distintas esferas de su

vida, ya sea a nivel biológico, psicológico y social, provocando cambios profundos en la forma de ver su vida y el enfrentar las diversas circunstancias presentes en ella.

Ahora bien, desde esta perspectiva, durante la investigación pudimos visualizar los cambios en las dimensiones biopsicosociales implicadas en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemado, los que para efectos prácticos de la investigación fueron divididos en dos grandes grupos “*Aprendizajes*” (figura N°4) y “*Rehabilitación*” (figura N°5).

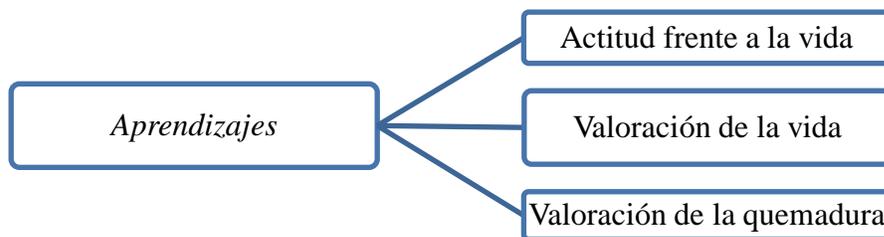


Figura N°4: Esquema que representa los cambios en las dimensiones biopsicosociales expresados como aprendizajes.

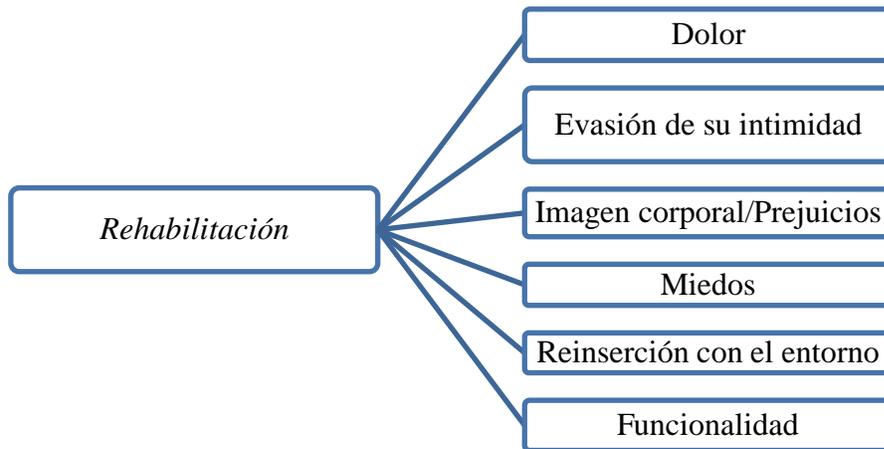


Figura N°5: Esquema que representa los cambios en las dimensiones biopsicosociales experimentadas por los pacientes durante el proceso de “rehabilitación”.

Aprendizajes

Dentro de los “aprendizajes” experimentados por los pacientes a lo largo de su proceso de rehabilitación estos mencionan que aprendieron a valorar los pequeños detalles del día a día, a vivir el aquí y ahora sin desplazar a las personas significativas de sus vidas, valorando así la experiencia de haberse quemado, vista como un suceso que les permitió madurar y crecer como seres humanos, redescubriendo el sentido de sus vidas y que esta les dio una segunda oportunidad para poder disfrutar de las cosas que fueron desplazando anteriormente. En este sentido Eiroa-Orosa, F. y Cols. (2012) manifiestan que los pacientes experimentan un proceso por el cual aprenden a valorar los pequeños detalles, a relativizar, echando de menos la rutina anterior, aunque también a los seres queridos, debido en gran parte al tiempo que no pueden disfrutar produciéndose una aceptación paulatina del proceso

de curación, existiendo incluso casos en los que se produce un proceso de maduración, aumento de la humildad y tolerancia, estando además muy relacionado a la aceptación de problemas posteriores al comparar las situaciones.

“...Aprendí que hay que tocar, que las palabras no son nada sin hechos, uno tiene que decir y hacer y... y nunca dejar pa después nada, uno tiene que hacerlo ahora ¡ya! Uno tiene que vivir la vida día a día pero uno tiene que entregar día a día también, lo que sea a quien sea...” (P1)

“...De nuevo. Si, si me dan la opción pasaría por esto de nuevo, sí, o sea, si el cambio es así, es el crecimiento que he tenido, porque así lo veo, un crecimiento enorme. No po, no sé si hubiese llegado a los cuarenta, primero en el estado en que estoy (se ríe), en el sentido de bien ¡ah!, eh... y, y, y con la madurez que tengo ahora, no sé si lo hubiese logrado a como venía (P2)

“...la vida hay que disfrutarla, porque en realidad uno no la compra, no la compra no más, o sea tenemos que vivir hay que disfrutar la vida, disfrutar con nuestra gente, nuestros seres queridos, familia y hacer lo que uno antes se privaba...”(P3)

Uno de los cambios biopsicosociales relevantes, es el cambio en su “actitud frente a la vida” que experimentan los pacientes tras el accidente. De los Santos, C. (1999) plantea que el paciente emocionalmente maduro será capaz de aceptar de forma consciente su

enfermedad y, si fuera el caso, la muerte. El equipo de salud deberá concientizar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la efectividad del tratamiento que se seguirá con él, por lo que se experimenta un cambio en la filosofía de la vida apreciando más lo que se tiene, se valoran más los detalles. En la misma línea Eiroa-Orosa, F. y Cols., (2012) refieren que un porcentaje importante de personas tras un hecho traumático cambia su escala de valores, prioriza otros aspectos, tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las pequeñas cosas.

“...el cambio es hoy día, tenemos que vivir, disfrutar, hacer lo que siempre uno se truncó o dejó de lado, de hacer, porque nuestras prioridades en la vida, digamos son muy cortas, o sea tú no sabes lo que te puede pasar mañana, uno no tiene comprada la vida eternamente, si porque la vida cotidiana es muy compleja...” (P3)

Asimismo, existe un gran porcentaje de personas que pueden experimentar un crecimiento en forma de mayor madurez en su modo de ver el mundo y la relación con los demás y si mismos (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012).

“...tengo el agradecimiento de tener la familia que tengo, los amigos que tengo, soy una agradecida de la vida, nada más...” (P2)

Se produce un proceso de “*valoración de la vida*”, de valoración del papel que se cumple en el mundo, muchos pacientes lo refieren en relación a la familia. En los casos en los que se ha percibido amenaza vital sobre todo, refieren la suerte que han tenido al poder superar el accidente y minimizan las secuelas (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012).

“...Soy una agradecida de la vida y si yo volviera a nacer elegiría esta misma vida con atentado y todo ¡me mamo los dos meses en la posta! Por todo lo bueno, (se ríe) te lo juro. Si, lindo, lindo, lindo, lindo, no tengo nada que decir...” (P1)

Durante el proceso de rehabilitación algunos individuos reportan cambios a nivel personal que se han concretado en mejoras en la calidad de vida e incorporación de conductas de autocuidado, sintiéndose más fortalecidos por la experiencia. Así existe la posibilidad de poder reconstruir a partir de una experiencia tan desestructuradora, y cambiar la sensación de la persona de ser víctima del trauma y ser "perseguido" por éste, a una sensación en que es capaz de aprender del pasado, enfrentarse a las exigencias del presente y proyectarse en el futuro con nuevas expectativas y una nueva sensación de confianza en sí mismo (Carbonell, C., 2002).

“...Sí. Si po, yo creo que no sería quien soy sin el accidente y ahora soy feliz, antes no era feliz...” (P2)

Algunos pacientes refieren verse más capaces de superar cosas que antes del accidente no les hubiese sido posible. Otros refieren ser más decisivos. La experiencia para algunos les ha ayudado a crecer, salir fortalecidos, aunque estas experiencias no son verbalizadas en muchos casos, simplemente se les ve más dispuestos a afrontar los problemas y buscar alternativas (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012). Esto estaría dado principalmente por lo que denominamos “*valoración de la quemadura*”, siendo los propios pacientes quienes la perciben como un suceso que les permitió un crecimiento personal que quizás nunca hubiese sido posible sin esta experiencia.

“...si me preguntas ¿si volvieras a nacer? Yo elijo esta misma vida hasta con atentado y todo, porque después de uno tiene otra percepción de la vida...” (P1)

“...Mi accidente, digamos, me permita replantearme y replantearme ¿para qué? Para que eh... mi vida sea más amigable; sea más... más rica digamos en, en, en querer digamos funcionar como persona por que al final tú tienes dos opciones: o avanzas, digamos, asumiendo y asimilando digamos de que tu accidente te va a permitir seguir viviendo y actuar, digamos, normal... o, digamos, vivir de lamentaciones y yo no he caído en ese juego porque no me interesa tampoco...” (P3)

Rehabilitación

Habitualmente la “*rehabilitación*” es un proceso largo de recuperación, a nivel médico y fisioterapéutico, que supone varios meses de rehabilitación y curas, para conseguir flexibilizar la nueva piel que se regenera. Si no hay una mejoría suficiente, puede requerir de más intervenciones, incluso años después del ingreso. A nivel estético también puede conllevar un efecto adverso. Adaptarse a las cicatrices, especialmente en zonas del cuerpo muy visibles y superar las barreras sociales y laborales con las que se encuentran cuando intentan recuperar sus actividades previas a la lesión, forman parte de algunos de los obstáculos con los que los pacientes se pueden encontrar. Además del propio proceso de aceptación de los cambios en la imagen corporal (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012).

Los planes de intervención deben ser coherentes con el nivel de funcionamiento del paciente teniendo en cuenta el contexto ambiental y psicosocial que influyen en su recuperación, el cual debe ser progresivo para ayudar al paciente quemado a volver dentro de lo posible a su nivel anterior de función y participación (ANZBA, 2007). Asimismo, Eiroa-Orosa, F. Y Cols. (2012) refieren que hay que considerar que cada paciente tiene sus particularidades y vive el proceso de recuperación de una manera muy particular, de esta forma dependiendo de los casos con los que se trata, se puede llegar a impresiones algo diferentes.

Un aspecto para tener en cuenta en relación a los cambios sufridos durante el proceso de rehabilitación es el “*dolor*”, definido como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociado a una lesión tisular o potencial. Por lo que el dolor asociado a las

quemaduras comprende el dolor de fondo que acompaña tanto a la lesión inicial, así como el causado por los procedimientos terapéuticos, los cambios de vendajes y el desbridamiento de las heridas (Niño, J., 2010). En este mismo enfoque, los grados elevados de ansiedad y la atención en el estímulo generador originan mayor percepción del dolor. El dolor también se incrementa cuando es movido en la cama, al transportarlo, al realizar los ejercicios y al tomar tejido sano para injertos (De los Santos, C., 1999).

“...Puro dolor, puro dolor, porque mira si en realidad aparte de todo lo que a uno te pasa a mí el hecho de que me dieran vuelta pa cambiarme las sábanas era una tortura. Es ¡terrible! ¡Terrible los dolores! Mucho, o sea todo lo que te hacían...” (P1)

Las quemaduras suponen en sí mismas, en no pocas ocasiones, un importante impacto físico y psíquico, agravado por el recuerdo del trauma vivido, el sufrimiento y dolor del cuidado de las lesiones y el tratamiento (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

“... era ardor y dolor, me dolía mucho la piel, el contacto con la piel, me ardía y me dolía me ardía y me dolía y, no era heavy...” (P2)

“...Entonces el dolor era, era un dolor permanente, permanente, y aparte que no podía moverme, no podía darme vuelta, no dormía en las noches...” (P3)

Los pacientes durante el proceso de rehabilitación manifiestan como otro de los cambios significativos en las dimensiones biopsicosociales la “*evasión de su intimidad*”, dados por

el aislamiento del contacto cercano con su pareja, ya que a consecuencia de las cicatrices producto de las quemaduras, los pacientes no se reconocían a sí mismos, y sentían el miedo al rechazo de un otro. Esta inseguridad con el paso del tiempo fue atenuándose en la medida que estos al fin se dieron cuenta que para sus parejas la esencia de su persona interior aún estaba detrás de esas secuelas y era más trascendental que el aspecto físico previo a la lesión. Este proceso de redescubrirse a sí mismo y frente a otro, es reconocido como un proceso largo y difícil de asumir conscientemente, que sin la contención y la comprensión de su entorno no hubiera sido posible.

Zapata, D. y Estrada, A. (2010), aluden a que la percepción de las personas quemadas se hace negativa según la zona de la quemadura. Generalmente, es tan grave que afecta de manera uniforme a la población que la padece e interfiere en sus relaciones interpersonales, laborales y sentimentales, lo cual impide un adecuado desempeño social y psicológico. En particular, esto resulta más significativo en uno de los pacientes, ya que para P2 este proceso, resulto más complejo que para los otros, dado principalmente por el impacto de las secuelas de su quemadura, debido a la localización, profundidad y extensión del daño que trasciende más allá del aspecto físico. Al ser su lesión en el rostro la más evidente a los ojos de los demás, hace que ella no se pueda reconocer a sí misma, negando así su femineidad, su rol de mujer y de pareja, lo que se condice con lo mencionado por Gonçalves, N. y Cols. (2011), señalando que la visibilidad de la quemadura en las manos y rostro se relaciona con la limitación de actividades sociales y ocupacionales.

“...no, no fue muy fácil estar, volver a ser mujer, que me costó mucho, incluso yo me negué incluso por un año a tener regla y el médico el ginecólogo hizo todas las investigaciones y no había nada, entonces darse cuenta que en realidad era yo la que me estaba negando y era en todo sentido, en general ah, entonces volver a armarme como mujer y volver a creérmela volver a sentirme coqueta, volver a sentirme sexy, no, es un montón de cosas, costo mucho...” (P2)

Por otro lado, las quemaduras dejan a menudo un recordatorio visible de un período traumático y difícil, las cicatrices, que pueden ocasionar un trauma psíquico a la persona quemada, impidiéndole llevar una vida normal, relaciones personales, utilización de ropa adecuada, problemas en baños públicos, entre otros (Servicio Andaluz de Salud, 2011), siendo esto lo que repercute de manera significativa en los pacientes víctimas de grandes quemaduras, especialmente en aquellos afectados en zonas definidas como especiales, siendo las áreas más significativas para estos pacientes el rostro y las manos, las cuales provocan un cambio brusco en su autopercepción viéndose afectadas de manera significativa su *“imagen corporal”* y autoestima; por ello resulta relevante que la familia y el entorno que los rodea, les brinde a diario a los pacientes estímulos positivos que ayuden a la aceptación de los cambios en su imagen corporal.

Los pacientes en un inicio se ven impactados con las secuelas estéticas que poseen y aunque existen diferencias en la textura y tonalidad de la piel, llegan a desarrollar con el

tiempo la aceptación de estas, logrando percibir las y reconocerlas como parte de ellos, es decir, “*viéndose a sí mismos pero con otra piel*”; siendo reconocido tanto por P1, P2 Y P3.

“...El cuerpo uno es lo que más se mira po, entonces definitivamente era yo con otro cuerpo o con otra piel, entonces había que enfrentarlos sí o sí...” (P1)

“...cuando me vi en el espejo después maquillada me puede volver a ver de nuevo bien, a verme como a mí me gusta verme, coqueta cachai, mujer, que era lo que no veía, no me veía, te lo juro que no me veía, se me había ido...” (P2)

“...yo me quiero po tal como soy, que tengo ciertos cambios en mi cuerpo lo sé, lo noto cuando me visto, cuando me baño, me entiende y se nota, o sea se siente, noto la diferencia que tiene este brazo con este otro, que están marcados, marcadísimas, pero a pesar de eso, bueno (riéndose), es lo que tengo no más po, es lo que me quedo, nada más...” (P3)

Dentro de los problemas relacionados a los cambios en la imagen corporal, surgen y acompañan al paciente en este proceso los “*prejuicios*”, los cuales son definidos por la Real Academia Española-RAE, como aquellos juicios u opiniones generalmente negativas que se forman inmotivadamente de antemano y sin el conocimiento necesario. Estos prejuicios influyen en el proceso de aceptación de estos pacientes generando así un círculo vicioso, dado por la alteración de la imagen corporal que lleva al desarrollo de prejuicios en las

personas, alimentando de igual forma la auto-negación de estos pacientes que hacen ineficiente su capacidad de afrontamiento ante esta situación, contribuyendo a desvirtuar aún más la alteración de la imagen corporal, y por ende la aceptación.

“...en la segunda pega que fui, que no me conocía nadie, fue re-complicado, desde ir a la entrevista pa adelante, porque no sé, ponte el tipo tuvo al sutileza de preguntar, pero usted no tiene problema en ir a hablar con usuarios, no yo no, quizás el usuario tenga problemas, pero yo no, pero yo puedo hablar bien, si te fijas no tengo problemas para hablar, pero que te digan eso igual es fuerte, me sentí discriminada...” (P2)

Eiroa-Orosa, F. y Cols. (2012), señalan que al momento del alta algunos no quieren estar con gente a su alrededor, solo con los suyos, por inseguridad de las secuelas. En este sentido para los pacientes, su familia constituyó un refugio, ya que estos no generaban opiniones negativas frente a su imagen corporal, surgiendo desde ahí las primeras señales de aceptación.

“... yo sé que hasta el día de hoy yo voy a algún lugar y me pongo el bikini y me van a mirar, me van a mirar por mis injertos, me van a mirar porque tengo la piel diferente y porque la gente es curiosa y quieren saber pero a mí me da exactamente lo mismo, yo ya conozco las miradas sí que... pero no, ningún cuento con eso...” (P1)

Por otra parte, como sentimientos asociados al trauma por la quemadura han sido descritos: angustia, estrés, miedo, y ansiedad, los que pueden dificultar el enfrentamiento de la situación, o sea, la rehabilitación (Gonçalves, N. y Cols., 2011). En este sentido se presenta uno de los cambios biopsicosociales tras la quemadura, los “miedos”, definido por la Real Academia Española-RAE como aquella perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario, los cuales se fueron manifestando de distintas formas en cada uno de los pacientes; es así como en P1 su miedo principal radica en la eventual circunstancia de ver a terceros afectados por lesiones producto de una quemadura.

“...Ni siquiera le tengo miedo al fuego. Sí, me da miedo el fuego en los demás, para los demás... en ellos me da miedo, o sea porque es lo más cercano que yo tengo, pa mí es muy doloroso saber que alguien se quema por todo el proceso...” (P1)

Sin embargo, para P2, estos miedos están relacionados a elementos que evocan el recuerdo vivido del momento del accidente (sirenas de ambulancia, bomberos, y olor a parafina), que incluso influyen en el desarrollo de su vida cotidiana.

“...los ruidos de las ambulancias, al principio cuando manejaba tenía que parar, fuera en carretera, fuese donde fuese porque tenía que ver donde mierda venia y dejarla pasar, ahora ya estoy como más atenta, espero que pase, cachay, pero siempre tengo que identificar a donde está, cachar a donde está y ver que pase...” (P2)

Mientras que P3 experimento miedos ante la eventual dependencia de terceros, ya que en la etapa aguda de rehabilitación y por su condición de salud, este debió ser asistido tanto por el personal de salud como por su familia, producto de la significativa pérdida de funcionalidad, lo cual fue superado en la etapa intrahospitalaria.

“...el pensar estando hospitalizado era básicamente en eso, o sea, el no verme habilitado con todas mis funciones a, a... al cien por ciento, o sea, mover una mano, mover un dedo...” (P3)

Otro aspecto importante a considerar, es que para los pacientes de este estudio, la “reinserción con el entorno” implicó la primera satisfacción de su proceso de rehabilitación, debido a que marcó el alta hospitalaria, la vuelta al hogar y el reencuentro con su entorno habitual; en este sentido para P1 este cambio contribuyó a reafirmar su existencia.

“...Yo creo que una de las cosas más emocionantes ¡volver po! O sea ¡estay viva! O sea ahí yo me di cuenta que si quedé viva (con emoción asiente con su cabeza), o sea yo ahí en la posta mientras no saliera de la posta de, de, de... del hospital y no llegara a mi casa...” (P1)

En ciertas ocasiones, las secuelas pueden llegar a cronificarse y los pacientes no pueden recuperar su trabajo o actividad anterior, pudiendo incluso llegar a convertirse en personas altamente dependientes (Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012). Es así que para P2 la reinserción con el entorno resultó ser un cambio más complejo, ya que a raíz de esto debió recurrir al desarrollo de estrategias que le permitieran enfrentar su vida de forma normal y adecuada, dado que este cambio generó un impacto en la realización de sus actividades de la vida diaria y su consiguiente repercusión en la participación.

“...me costó mucho, no sé, ir al mall por ejemplo, pero por mi hijo, mi hijo necesitaba tener una vida normal de nuevo em... el volver a trabajar también fue muy fregado porque la pega que yo hacía, ya no la podía hacer...” (P2)

Considerando que la quemadura afecta principalmente a personas del sexo masculino en edad productiva y sus secuelas tienen implicaciones importantes en el retorno al trabajo y en la reintegración social de esas personas (Gonçalves, N. y Cols., 2011), P3 identifica su reinserción laboral como un propulsor emocional de seguir con su proceso de rehabilitación.

“...el hecho de reinsertarme laboralmente, fue otro elemento que me empezó a tirar digamos anímicamente y a mantenerme, a mantenerme digamos... firme...” (P3)

Si bien el reintegro al trabajo es un importante indicador de recuperación, no es posible olvidar que el individuo es un ser que se desenvuelve en otros ámbitos (familiar y social), es por esto que muchos pacientes requieren continuar en tratamiento a pesar del alta al trabajo y término del reposo, con el fin de seguir reestructurando sus vidas en forma integral (Carbonell, C., 2002), hecho experimentado por P3, quien tras el alta hospitalaria y su posterior reinscripción al ambiente laboral, aún se encuentra utilizando el traje compresivo y asistiendo a controles de forma regular con el médico cirujano en la Mutual de Seguridad.

Es así como estos cambios en las dimensiones biopsicosociales en un paciente gran quemado repercuten de alguna u otra forma en el restablecimiento de la funcionalidad, entendiendo “*funcionalidad*” según lo planteado por la OMS en el 2001 como una entidad compleja que incorpora tanto la capacidad física y el rendimiento, así como la capacidad psicológica, social y cognitiva. En este contexto, las lesiones por quemaduras pueden tener un impacto devastador en nuestras capacidades para realizar actividades de la vida diaria que abarcan desde los roles individuales, familiares incluso hasta dentro de la comunidad; de la misma manera los impedimentos físicos combinados con disfunciones psicosociales presentan serios desafíos para los sobrevivientes de quemaduras que se enfrentan a meses e incluso años de rehabilitación, por lo tanto, es necesario tener en cuenta el impacto no sólo de la lesión por quemadura, sino también factores ambientales, socioculturales y físicos que repercuten en la vida de la persona cuando ayudamos a reestablecer la funcionalidad (ANZBA, 2007). Es por ello que Procter, F. (2010) plantea que las personas deben ser

alentadas a volver a sus rutinas diarias normales tan pronto como sea posible y establecerse en sus roles de vida previos a la lesiones por quemaduras en la medida que sea posible.

“... No si yo tuve que aprender a caminar de nuevo, no era capaz de estar en pie, yo tuve que aprender a caminar de nuevo (tomandoselo con humor)...” (P1)

Eiroa-Orosa, F. y Cols., 2012 señalan que los pacientes se ven con una gran pulsión a volver a la normalidad, su funcionamiento es limitado y restringe su capacidad de acción, se cansan más fácilmente y se ven forzados a tener que realizar las cosas con más calma. Si bien P2, experimenta limitaciones en el desarrollo de actividades extra programáticas que la conectan con su hijo, ella ha sido capaz de generar estrategias que le permitan realizarlas.

“...de repente, mmm... pa hacer cosas con mi hijo, me pongo a jugar y cuestiones y yo sé que hay movimientos que no puedo hacer (refiriéndose a girar su cuello), pero ya me acostumbre a girarme, son cosas que uno va agarrando como motricidad de, de, del mismo impedimento, pero no me molesta ya, no, no me causa problema...” (P2)

Así como P2 con sus deterioros estructurales logra llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, Procter, F. (2010) menciona que el aumento de la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana lleva a un aumento de la autoestima y el sentido de independencia y

los conducen a un aumento de niveles de motivación su deseo de mejorar; ya sea bañarse, ir al baño, alimentarse, asearse, vestirse y lograr habilidades vocacionales incorporados como objetivos terapéuticos, para lograr aumento del rango de movimiento, fuerza, motricidad fina y equilibrio.

“...ahora no tengo ninguna limitación por ejemplo para lavarme el pelo o vestirme, eso mejoro con el proceso de rehabilitación, como te decía hace un rato yo había perdido la movilidad en el caminar, en mis brazos, la fuerza, pero el proceso de rehabilitación ayudo a recuperar todo eso, quizás no en un cien por ciento, pero si en alto porcentaje...” (P3)

No obstante, el objetivo final para los pacientes que han sufrido quemaduras, es retomar nuevamente sus roles previos a la lesión y con ello recuperar su capacidad funcional, es por esto que el reestablecimiento de la función implica también el reestablecimiento del desempeño ocupacional promoviendo la máxima optimización de las habilidades y competencias de estos, y con ello minimizar las disfunciones físicas y psicosociales.

IV. *Manifestación y estimulación de los facilitadores*

En el transcurso de la investigación logramos develar la manera en que se manifiestan estos facilitadores dentro del proceso de rehabilitación de pacientes gran quemado. Es así como estos pacientes declararon que el “*origen de los facilitadores*” se remonta a algo que estaba presente previo al accidente, llámense afrontamiento, constancia terapéutica, empatía, características de la personalidad, fe, foco de rehabilitación, formas de crianza, resiliencia, apoyo económico, apoyo emocional, apoyo kinésico, apoyo familiar, apoyo multidisciplinario, Kineactual, traje compresivo, redes de apoyo, los cuales se fueron manifestando y fortaleciendo durante el proceso.

Para P1 la génesis de estos facilitadores se remonta a los aspectos inculcados por sus padres sobre todo en la forma de crianza desde pequeños, sin llegar a pensar que alguna vez tendría que recurrir a estos, adquiriendo así un especial valor desde el momento del accidente.

“...Estaban presentes porque es como una, es como, es como la... la enseñanza sería que nosotros siempre tuvimos con nuestros padres, siempre se hablaron cosas y siempre surgieron a lo mejor algún tipo de problemas en que nosotros echábamos mano a esto, ahora nunca pensé que me iba a pasar a mí y que iba a tener que usarlos sí o sí y... y de la mejor de las maneras...” (P1)

Asimismo para P2 las relaciones construidas previas al accidente, constituyen facilitadores que se fueron manifestando y fortaleciendo a lo largo de su proceso de rehabilitación, es decir, estos facilitadores ya se encontraban formando parte de su vida previo al accidente, potenciándose posteriormente.

“...Si po, por el mismo proceso donde me fueron colocando, donde se fueron dando las cosas aparecieron, o sea, no sé cómo hubiese sido si me hubiese quedado en la posta central todo el rato por ejemplo. Estaban previos al accidente, cada uno en sus trabajos, eh... amistades ya formadas, de hecho la única amistad nueva fue la enfermera, pero los demás estaban todos en sus... ya existían en sus labores o como amigos...” (P2)

Igualmente P3 reconoce que los facilitadores de su proceso de rehabilitación, se encontraban ya presentes, dado que la cercanía no era la misma, señalando que “era más distante” que la producida con el accidente.

“... las ganas de vivir siempre han estado, me entiende, lo que te comentaba, era que anterior al accidente los facilitadores eran más distantes no más, y las demostraciones de afecto y de cariño eran más distantes pero estaban, siempre han estado, lo que el accidente genero fue digamos la solidaridad, el cariño que fue en forma masiva en ese minuto me entiende...” (P3)

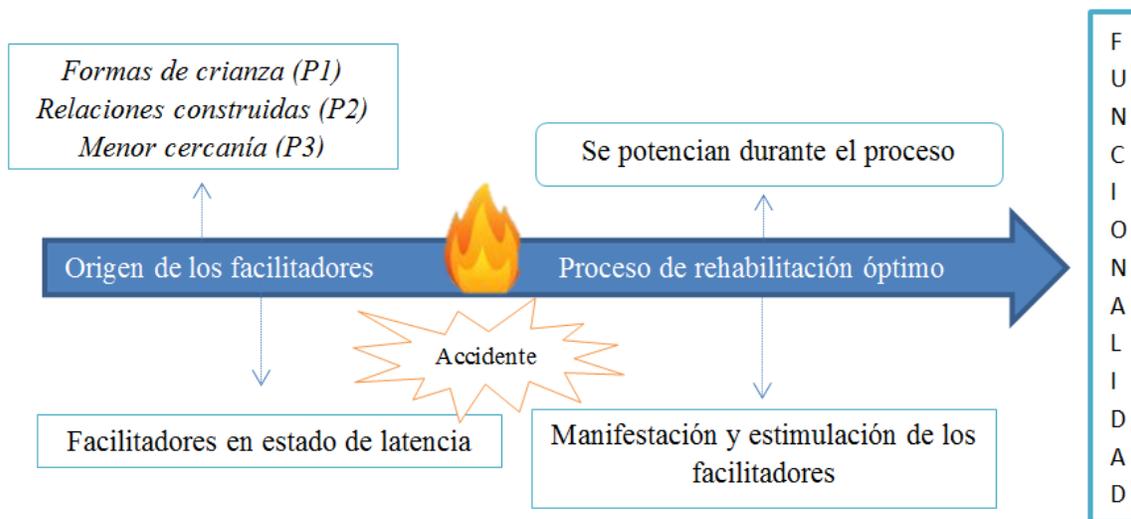


Figura N°6: Esquema que representa el origen de los facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

CONCLUSIONES

A continuación se expresan las conclusiones más relevantes emanadas de las relaciones entre las categorías de análisis, pertenecientes a las cuatro metacategorías construidas durante el desarrollo de la presente investigación.

Dado por las consecuencias y repercusiones a causa de la quemadura, damos cuenta que estas trascienden las secuelas físicas, afectando de manera importante e incluso mayormente la esfera psicosocial del paciente, su familia y la relación con su entorno, alterando así el equilibrio previo a la lesión. Esta esfera psicosocial muchas veces en el sistema de salud no es considerada con la magnitud que debiera, por lo que el abordaje de estos pacientes debido a la gravedad y urgencia en la asistencia que requieren, tiene por objetivo mejorar el pronóstico y minimizar la magnitud de las secuelas, priorizando así el cuidado de la esfera física, sin embargo, posteriormente no debemos dejar de considerar que es un paciente que requiere un periodo de rehabilitación largo, complicado y de gran costo, por lo que debiese estar enfocado en la recuperación tanto de las esferas físicas, emocionales como sociales, para lograr así una óptima reintegración a su entorno biopsicosocial, alcanzado idealmente la máxima funcionalidad.

Es en este contexto que surge la necesidad de una rehabilitación integral que considere dentro de este proceso las esferas biopsicosociales que rodean al paciente, considerando que este, más allá de lo individual, constituye un ser social que se encuentra en constante interacción con su entorno y por ende la alteración de esta dinámica bidireccional

contribuye al desarrollo de barreras que obstaculizan la adecuada reinserción del paciente a su rol en la sociedad, por lo que al ver al paciente desde una perspectiva más holística, como un ser biopsicosocial nos debe guiar en la comprensión de la importancia de un tratamiento integral del paciente quemado, que va más allá de la preservación de la vida y cicatrización de las heridas. Ahora bien, desde la perspectiva de las barreras, las barreras económicas limitan la posibilidad que tienen los pacientes de acceder a una rehabilitación con un enfoque integral, ya que según lo señalado por estos sin el apoyo económico brindado por los distintos actores involucrados en su rehabilitación, este proceso no se hubiera llevado a cabo de la misma forma. En este sentido, fue necesaria la realización de beneficios, recurrir a las diversas redes de apoyo, inclusive los profesionales de la salud aportaron en el aspecto más burocrático de este proceso.

A pesar de la existencia de profesionales capacitados para la atención de este tipo de pacientes los recursos para acceder a ellos se encuentran limitados, surgiendo de esta manera una necesidad terapéutica importante que se preocupe de brindar una rehabilitación integral a los adultos con secuelas por quemaduras y minimizar así los costos de su tratamiento. En este sentido, es relevante considerar que los profesionales que se ven confrontados a este tipo de pacientes lleven a cabo programas de rehabilitación enfocados en la subjetividad del paciente gran quemado, considerando su completa recuperación tanto física como psicosocial; de igual forma, así como para los niños existe una institución como COANIQUEM que rehabilita integralmente al niño y adolescente quemados, previniendo y actuando en conjunto con sus redes de apoyo (familias, benefactores, sociedad), ofreciendo de forma gratuita un tratamiento de excelencia para así mejorar la calidad de vida y el

futuro de sus pacientes, siendo objetivos de rehabilitación aún pendientes en los pacientes adultos.

En este sentido a pesar de la existencia de la Guía clínica Gran Quemado desde el año 2007, esta considera solamente el tratamiento de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, quedando al debe con la rehabilitación integral ya que la discapacidad y reinserción social de los pacientes quemados no han sido aún evaluadas en nuestro país, siendo esto necesario en los pacientes con grandes quemaduras ya que la GPC solo menciona que *“los pacientes que lo requieran puedan acceder a un programa integral para el manejo emocional, reinserción laboral y social”*, en los cuales los aspectos psicológico y social forman parte importante del tratamiento y por ende debiesen ser considerados para alcanzar una rehabilitación integral. Además no contempla a aquellos pacientes que quedan fuera de la categoría de paciente “gran quemado”.

Es en este escenario que debemos considerar que las quemaduras si constituyen un problema de salud pública por sus altos costos en salud y la magnitud de las secuelas que dejan detrás, surgiendo la necesidad de proponer estrategias que disminuyan las barreras económicas a las que se ven enfrentados estos pacientes, por las repercusiones que trae consigo en el proceso de rehabilitación, debiendo de esta manera incluirse un plan de prevención de las quemaduras y el cómo las personas pueden disminuir su incidencia y daño una vez ocurridas, orientada a la población general, con más énfasis en los grupos etarios de mayor riesgo, esto en el contexto de lo mencionado por la OMS en el año 2008, que plantea que la prevención es la clave, siendo en primer lugar la mejor manera de tratar

una quemadura, evitando que suceda, por lo que la implementación de programas de prevención que resulten eficaces se enfrentarán a barreras similares a las que se presentan al aplicar esfuerzos para mejorar la atención aguda, siendo la prevención mucho más rentable, menos costosa y abarcando un mayor número de personas.

Existen determinados elementos presentes en el proceso de rehabilitación de los pacientes, que pueden brindarles mayor contención y hacer de su proceso de rehabilitación, un proceso más llevadero, viéndose más capaces de superar cada uno de los obstáculos durante este proceso. Es así como tras el desarrollo de esta investigación, los resultados nos permitieron constatar la existencia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemado, así como la relevancia de la existencia de estos facilitadores desde la subjetividad y particularidad de los distintos pacientes.

Desde la premisa que planteamos anteriormente sobre la existencia de elementos facilitadores, es que tras constatar su presencia y relevancia, surge la necesidad de señalarlos como elementos fundamentales para hacer de la rehabilitación, una rehabilitación integral, visto desde el modelo de intervención biopsicosocial, dado que estos elementos al estar presentes en la vida de una persona pueden adquirir el rol de facilitadores y resultan determinantes en el proceso de rehabilitación de los pacientes. Esto, reafirma la importancia de una intervención con enfoque biopsicosocial para la recuperación de los pacientes, dado que el estado psicológico que presentan estos durante su proceso de rehabilitación afecta la recuperación física que puedan alcanzar, es por ello la necesidad de abordar al paciente más allá de la recuperación de la esfera física, siendo necesario contar

con un apoyo multidisciplinario para el abordaje del paciente tanto en la etapa intrahospitalaria como extrahospitalaria, considerando que los cambios en las dimensiones biopsicosociales que experimentan estos pacientes son de diversa naturaleza, así como la adaptación a su nueva realidad; es por ello que las redes de apoyo constituyen un soporte importante durante este proceso.

Es en este contexto que surgen elementos facilitadores de este proceso que fueron divididos en el transcurso de la investigación en facilitadores intrínsecos (codificados como afrontamiento, constancia terapéutica, empatía, características de la personalidad, fe, foco de rehabilitación, formas de crianza, resiliencia) y facilitadores extrínsecos (codificados como apoyo económico, apoyo emocional, apoyo familiar, apoyo kinésico, apoyo multidisciplinario, Kineactual, traje compresivo, redes de apoyo). Los pacientes categorizaron estos facilitadores según la importancia que adquirieron en su proceso de rehabilitación, dejando en primer lugar sus propias características internas, en segundo lugar las redes de apoyo y por último el apoyo y calidad humana de los profesionales de la salud, siendo por ello menester mencionar, que sin la presencia de los elementos facilitadores intrínsecos la rehabilitación no se hubiera podido concretar, ya que por más que se cuente con los elementos facilitadores extrínsecos, es decir, redes de apoyo y el equipo de salud, sin las ganas y voluntad del paciente de recuperarse, los resultados funcionales alcanzados por estos hubieran requerido mayor tiempo, mayores costos; en otras palabras, las barreras presentes en este proceso se hubieran potenciado.

A pesar de existir una variedad de facilitadores comunes entre los pacientes del estudio, la “*Resiliencia*” constituye el facilitador más relevante dentro de las características internas de los pacientes, ya que tiene la potencialidad de englobar la totalidad de estos facilitadores intrínsecos, identificados por ellos, siendo esta entendida como la capacidad de algunas personas de recuperarse de situaciones traumáticas extremas, reflejando la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación positiva a pesar de la exposición a experiencias adversas; considerándose un componente adecuado de adaptación psicosocial (Cabanyes, J., 2010).

Otro punto convergente entre los pacientes, importante de considerar, es que dentro de los facilitadores implicados en su propio proceso de rehabilitación, la familia y los amigos, en otras palabras como elemento facilitador, las redes de apoyo, constituyen el principal soporte dentro de su recuperación.

Dentro del equipo multidisciplinario participe del proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados, los pacientes destacan la importancia de la calidad humana de los profesionales de la salud, en donde el rol del kinesiólogo sobresale, no solo por su calidad profesional, sino que también por la calidad humana tras él, sin restarles importancia al resto del equipo de salud, que al no estar contemplado dentro de los objetivos de esta investigación no fue considerada la valoración atribuida al resto de los profesionales por separado (médico, enfermera, terapeuta ocupacional, entre otros); igualmente es importante mencionar que dentro del contexto de la rehabilitación del paciente gran quemado, estos

reconocen como trascendental la incorporación del kinesiólogo dentro de equipo multidisciplinario.

La percepción y valoración atribuida por los pacientes a los facilitadores de su proceso de rehabilitación recae en la importancia de ser imprescindibles y constituir la base para lograr su recuperación biopsicosocial, ya que al estar presentes les permitieron sortear los obstáculos y las diversas circunstancias surgidas a medida que se desarrolló el proceso de rehabilitación, reconociendo que sin su presencia no les hubiera sido posible alcanzar el objetivo final de esta, logrando reestablecer de manera óptima las distintas esferas en las que se rige la vida de estos pacientes, ya sea biológica, psicológica y social. Más aún, sumado al grado de deterioro funcional que presentaron producto de las quemaduras, estos elementos jugaron un papel trascendental al suplir funciones y actividades básicas de la vida diaria que en ese momento los pacientes se veían limitados de realizar. No obstante, los pacientes definen y valoran su proceso de rehabilitación como un proceso *“hermoso, de lucha y gran fortaleza”*, caracterizado por ser un largo periodo de constantes logros que fueron alcanzados a medida que iban recuperando su funcionalidad.

Los pacientes luego de vivir la experiencia de sufrir una quemadura de gran magnitud, experimentan cambios en sus dimensiones biopsicosociales, los cuales fueron señalados en la presentación de los resultados como aprendizajes y rehabilitación. Es así como uno de los principales aprendizajes luego de ocurridas las quemaduras se manifiesta a través de la valoración que le atribuyen los pacientes a este suceso, ya que a pesar de ser una experiencia traumática y con diversas consecuencias en las distintas esferas

biopsicosociales del paciente, les permitió valorar nuevamente su vida, sufriendo cambios profundos en el modo de enfrentarla, traducándose en un gran crecimiento tanto a nivel espiritual como social.

Por otro lado, dentro de la rehabilitación de pacientes que han sufrido una gran quemadura, se producen una serie de consecuencias que repercuten en las dimensiones biopsicosociales de estos, viéndose alteradas principalmente la percepción de su imagen corporal, menoscabo que es reforzado por los prejuicios sociales que muchas veces implican enjuiciamientos que dificultan la reinserción con el entorno del paciente y por consiguiente el reestablecimiento de su funcionalidad, en este contexto, el apoyo brindado por sus más cercanos constituyen el refugio y la contención para estos pacientes, facilitándoles de esta forma el camino hacia la aceptación de su nueva imagen corporal, hecho que les permitirá retomar nuevamente su cotidianidad y capacitarlos para realizar su vida de la manera más normal dentro de sus posibilidades.

En cuanto al origen de los facilitadores, los pacientes lograron develar que estos elementos se encontraban presentes previos al evento, en un estado de latencia, debiendo recurrir a ellos desde el momento del accidente como una herramienta para afrontar la complejidad de este proceso. Estos facilitadores, fueron manifestándose cada vez con mayor fuerza durante el desarrollo de su proceso de rehabilitación, los que a su vez se fueron potenciando y haciendo de este un proceso óptimo.

En síntesis, podemos reafirmar la presencia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados, estando presentes en todos los pacientes, pero que sin embargo, su manifestación es más significativa al instante en que ocurren eventos que ponen en riesgo la integridad de la vida del paciente, pudiendo ser estimulados y reforzados en el transcurso del proceso de rehabilitación, por lo que su principal relevancia tras constatar su existencia por la influencia en la recuperación de los pacientes, creemos relevante y trascendental el hecho de que estos puedan ser estimulados en aquellos pacientes que carecen de ellos, mediante la ideación de estrategias que puedan subsanar su falta, otorgándoles a los profesionales la posibilidad de dirigir el proceso de rehabilitación de estos pacientes desde la mirada del modelo biopsicosocial, con un abordaje holístico para garantizar que el proceso de recuperación sea llevado de la mejor forma posible.

Por consiguiente, los profesionales de la salud, especialmente el kinesiólogo al trabajar con pacientes gran quemados, deben tener la claridad de la complejidad resultante al intentar guiar su proceso de rehabilitación, siendo fundamental para alcanzar un resultado satisfactorio abordarlo desde la particularidad de su subjetividad y con especial consideración en las esferas biopsicosociales transgredidas con la lesión. Por ende, mientras mejor llevado sea su proceso de recuperación y se logre el reestablecimiento de estas esferas biopsicosociales, el paciente será capaz de reintegrarse a su entorno habitual alcanzando mejores resultados funcionales y por tanto mejorías en su calidad de vida a largo plazo.

CONSIDERACIONES FINALES

Las grandes quemaduras constituyen un problema de salud con gravísimas consecuencias a diferentes niveles: pacientes y sus familiares, profesionales sanitarios y sistema de salud (Terrón, R. y Cols., 2010).

Más allá del rol como profesional que pueden adoptar los integrantes del equipo de salud, en especial el kinesiólogo al verse enfrentado a pacientes que han sufrido una gran quemadura, es importante considerar la empatía, la capacidad de escucha activa y la calidad humana que se tiene en el trato de estos, ya que se refleja como contención emocional y apoyo que puede contribuir a mejorar el manejo y por consiguiente el resultado a largo plazo de su proceso de rehabilitación, haciendo de este un proceso abordado desde un enfoque holístico e integral que considere las distintas esferas biopsicosociales; con la participación del paciente como el principal actor de su rehabilitación.

Es importante considerar que los cambios son difíciles pero no imposibles, que el principal cambio parte de nosotros, por lo que al modificar la percepción que tenemos como profesionales de la salud sobre los pacientes y la relación que establecemos con ellos, dejamos atrás la mirada biomédica de este, considerándolo más allá de lo biológico, como un ser biopsicosocial.

Finalmente, en el transcurso de esta investigación se nos permitió develar que si existen facilitadores dentro del proceso de rehabilitación de pacientes gran quemado, haciendo de

este un proceso más óptimo, sin embargo, es importante mencionar que es necesario realizar estudios en personas con escenarios diferentes pudiendo quizás continuar esta investigación abordando el tema desde las barreras que se presentan obstaculizando el proceso de rehabilitación de estos pacientes o cómo se desarrolla el proceso de rehabilitación en pacientes que carecen de estos facilitadores y sus repercusiones en las esferas biopsicosociales del paciente y su consiguiente calidad de vida.

*“No es la discapacidad lo que hace difícil la vida,
sino los pensamientos y acciones de los demás”*

Organización panamericana de la salud, 2011

BIBLIOGRAFIA

1. Ahumada, X. y Arévalo, D. (2011). Estudio fenomenológico basado en la experiencia de una persona durante su proceso de rehabilitación tras una gran quemadura: “algo más que huellas en la piel”. Tesis de pregrado para optar al título de Kinesiólogo. Universidad de Playa Ancha. Valparaíso, Chile. 36-37.
2. Albornoz, C. y Cols. (2011). El GES promueve la equidad en el tratamiento del gran quemado de la tercera edad. *Revista Médica de Chile*. v. 139. Santiago, Chile. 1465-1470.
3. Albornoz, C. y Cols. (2013). Epidemiología del paciente gran quemado en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago. *Revista Médica de Chile*. v. 141. Santiago, Chile. 181-186.
4. Allué, M. (2013). Características psicológicas del Gran Quemado. Máster Universitario en Enfermería de Urgencia y Cuidados Críticos. Universidad de Oviedo, Asturias. España. 1-46.
5. Amado, M. (2012). Proceso de intervención de fisioterapia en el paciente quemado. *Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda*. Universidad de A Coruña, España. 19-21.
6. Australian and New Zealand Burn Association (ANZBA). (2002). *Burn Survivor Rehabilitation: Principles and Guidelines for the Allied Health Professional*.
7. Blankeney P. y Cols. (2008). *Psychosocial Care of Persons with Burns Injuries*.

8. Blasco, T. y Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (I). Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. Nure Investigación, n°33. Madrid, España.
9. Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. v. 3(4). Madrid, España. 145–151.
10. Carbonell, C. (2002). Posttraumatic stress disorder: clinical and psychotherapy. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. v.40. Supl. 2. Santiago, Chile. 69-75.
11. Carvajal, C. (2002). Posttraumatic stress disorder: clinical profile. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. v.40 supl.2. Santiago, Chile. 20-34.
12. Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica, v. 34, (3). Universidad del Valle. Colombia. 164-167.
13. Chouza, M. y Cols. (2004). Fisioterapia en los pacientes quemados. Quemaduras tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. v. 7(2). 107-113. Córdoba, Argentina.
14. Curiel, E. y Cols. (2006). Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado. Unidad de cuidados intensivos Hospital Regional Carlos Haya. Malaga, España. 363-369.
15. Dahl O. y Wickman M. (2003). Adapting to Life After Burn Injury-Reflections on Care. Journal of Burn Care & Research.
16. Danilla, S. y cols. (2004). Mortality trends from burn injuries in Chile: 1954 a 1999. Burns. v. 30. Santiago, Chile. 348-356.

17. Danilla, S. y Cols. (2011). Análisis Crítico de Guía Clínica GES gran quemado versión 2007. *Revista Chilena de Cirugía*. v.63. (3). Santiago, Chile. 262-269
18. De los Santos, C. (1999). Guía básica para el tratamiento del paciente quemado herramienta compresiva y sencilla para encarar el manejo de las injurias térmicas. Editorial Alfa & Omega Santo Domingo. República Dominicana.
19. Echeverría, M. y Cols. (2006). Adaptación transcultural de la “Burns specific pain anxiety SCALE-BSPAS” para ser aplicada en pacientes quemados brasileños. *Revista Latino-am Enfermagem*. v. 14 (4). Universidad de Sao Paulo, Brasil. 1-10.
20. Eiroa-Orosa, F. y Cols. (2012). Crecimiento post traumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar. *Acción Psicológica*. v.9. n°2. Departamento de psiquiatría, Hospital Universitario Vall d’Hebron. Univesidad Autónoma de Barcelona, España. 47-58.
21. Franulic, A. y González, X. (2000). Adaptación psicológica y social del paciente quemado: seguimiento a 6 meses. Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador. Santiago, Chile. 40-43.
22. Freddi, O. y Kestens, G. (2006). Quemaduras graves. *Medicina intensiva*. Editorial el Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 1-28.
23. Gonçalves, N. y Cols. (2011). Factores Biopsicosociales que interfieren en la rehabilitación de víctimas de quemaduras: revisión integradora de la literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.19 (3). SP, Brasil. 1-9.
24. Hospital de Urgencias de la Asistencia Pública (2006). Guía Clínica del manejo del paciente Gran Quemado. Santiago, Chile. 9.

25. López, C. (2007). Enfoque Kinésico del tratamiento del paciente quemado. Revista científica Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. 10.
26. Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Revista de investigación en psicología. Facultad de Psicología Universidad Nacional Mayor de San Marcos. v. 9. (1). Caracas, Venezuela. 123-146.
27. Martín, J. y De Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés post traumático en víctimas de situaciones traumáticas. Universidad del país Vasco. Psicothema v.16, nº 1. España. 45-49
28. Ministerio de Salud (2007) Guía Clínica Gran Quemado. Santiago, Chile. 1-49.
29. Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaria de Previsión Social (2011). Normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Biblioteca del Congreso Nacional. 29.
30. Niño, J. (2010). Despersonalización en pacientes quemados. Revista colombiana de Psiquiatría. v.39. nº1. Bogotá, Colombia. 168-177.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF versión abreviada. 1-240.
32. Organización Panamericana de la salud (2011). Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional. San Salvador, El Salvador. 1-33.
33. Pardo, G. y Moreno, I. (2010). Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Una revisión. Annuary of Clinical and Health Psychology. V.6. Universidad de Sevilla, España. 17-21.

34. Peck, M. y Cols. (2009). A global plan for burn prevention and care. Bulletin of the World Health Organization. v.87.802-803
35. Pedreros, C. y Cols. (2007). Inhalation injury in burned patient: A review. Revista Chilena de enfermedades respiratorias. v. 23. n°2. Santiago, Chile. 1-12.
36. Procter, F. (2010). Rehabilitation of the burn patient. Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India. v. 43. 1-19.
37. Richard, R. y Cols. (2008). A Clarion to Recommit and Reaffirm Burn Rehabilitation. Journal of Burn Care & Research.
38. Richard, R. y Cols. (2009). Burn Rehabilitation and Research: Proceedings of a Consensus Summit. Journal of Burn Care & Research. v. 30. 543-573
39. Rodríguez, G. y Cols. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Algibe. Málaga, España. 32-44.
40. Romaguera, M. (2011). Servicios Quemados. Extraído el día 25 de febrero del 2014. Desde http://www.Kinequem.cl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=34&Itemid=60.
41. Sandín, M. (2003) investigación cualitativa en educación, fundamentos y tradiciones. Madrid. Editorial Mc Graw-Hill/Interamericana de España, 61-63.
42. Scaglione, G. (1998). Bases de la rehabilitación kinésica en el paciente quemado un enfoque general. Magazine Kinésico.
43. Servicio Andaluz de Salud. (2011). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla, España. 15- 104.

44. Sociedad De Kinesiología En Quemados Y Cirugía Plástica Reconstructiva (2007).
Guías Clínicas Kinésicas en Quemaduras. Santiago, Chile. 1-16.
45. Terrón, R. y Cols. (2010). Diseño de un programa de apoyo psicosocial de la enfermera especialista en salud mental dirigido a pacientes ingresados en la unidad de quemados y sus familiares. Biblioteca las Casas. Granada, España.
46. Villegas, J. (2006). El perfil de los pacientes quemados graves. Santiago, Chile.
47. Viñas, J. y Cols. (2009). Epidemiology of lesions provoked by burns. Cuba.
48. World Health Organization (2004). Violence and Injury Prevention and Disability.
Extraído el día 17 de febrero del 2014. Desde http://www.who.int/violence_injury_prevention/index.html
49. World Health Organization (2012). Burns. Extraído 17 de febrero de 2014. Desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>.
50. Zapata, D. Y Estrada, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización, Medellín, Colombia. *Biomédica* v.30. 492-500.

ANEXOS

Anexo N°1 Consentimiento informado primera entrevista P1

 UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Aplicación de Entrevista en Profundidad y Observación)

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**, *proyecto de tesis para obtener el grado de Licenciadas en Kinesiología de las estudiantes María Francisca González y Catalina Gajardo cuya profesora guía es la investigadora Lorena Sotomayor Soto, docente de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.*

El objetivo principal de este trabajo es identificar la presencia y relevancia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

Si acepta participar en este estudio requerirá responder una entrevista en profundidad de modalidad semi estructurada que tiene por objetivo obtener información relevante que nos permita acercarnos al significado que le atribuyen los pacientes gran quemados a la experiencia vivida, de manera flexible y natural, durante los meses de mayo a octubre del presente año. Esta actividad se efectuará de manera individual y el tiempo estipulado para ella es de 90 minutos aproximadamente. Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la entrevista en profundidad a responder. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y su presentación será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a profundizar en los aspectos facilitadores del proceso de rehabilitación en personas que han sufrido grandes quemaduras.

Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con la profesora responsable, Sra. Lorena Sotomayor Soto a los teléfonos 76075437- 27562157 o a su mail institucional lorena.sotomayor@umce.cl

Si desea efectuar consultas respecto de sus derechos como participante puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación a través de la Dirección de Investigación de la UMCE al teléfono 2412440.

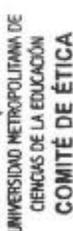
Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**.

Manifiesto mi interés de participar en este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente estudio (Firma y Nombre)



Fecha: 10/7/2003

 UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA

Campus Macul | Av. José Pedro Alessandri 774, Ñuñoa, Santiago
Teléfono: (56-2) 2412441 | Fax: (56-2) 2412699 | Correo electrónico: direccion.investigacion@umce.cl

Anexo N°2: Consentimiento informado segunda entrevista P1



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Aplicación de Entrevista en Profundidad y Observación)

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**, proyecto de tesis para obtener el grado de Licenciadas en Kinesiología de las estudiantes María Francisca González y Catalina Gajardo cuya profesora guía es la investigadora Lorena Sotomayor Soto, docente de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es identificar la presencia y relevancia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

Si acepta participar en este estudio requerirá responder una entrevista en profundidad de modalidad semi estructurada que tiene por objetivo obtener información relevante que nos permita acercarnos al significado que le atribuyen los pacientes gran quemados a la experiencia vivida, de manera flexible y natural, durante los meses de mayo a octubre del presente año. Esta actividad se efectuará de manera individual y el tiempo estipulado para ella es de 90 minutos aproximadamente. Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la entrevista en profundidad a responder. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y su presentación será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a profundizar en los aspectos facilitadores del proceso de rehabilitación en personas que han sufrido grandes quemaduras.

Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con la profesora responsable, Sra. Lorena Sotomayor Soto a los teléfonos 76075437- 27562157 o a su mail institucional lorena.sotomayor@umce.cl

Si desea efectuar consultas respecto de sus derechos como participante puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación a través de la Dirección de Investigación de la UMCE al teléfono 2412440.

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**.

Manifiesto mi interés de participar en este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente estudio (Firma y Nombre)

Fecha: 18/11/2013

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA

Anexo N°3: Consentimiento informado primera entrevista P2



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Aplicación de Entrevista en Profundidad y Observación)

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**, proyecto de tesis para obtener el grado de Licenciadas en Kinesiología de las estudiantes María Francisca González y Catalina Gajardo cuya profesora guía es la investigadora Lorena Sotomayor Soto, docente de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es identificar la presencia y relevancia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

Si acepta participar en este estudio requerirá responder una entrevista en profundidad de modalidad semi estructurada que tiene por objetivo obtener información relevante que nos permita acercarnos al significado que le atribuyen los pacientes gran quemados a la experiencia vivida, de manera flexible y natural, durante los meses de mayo a octubre del presente año. Esta actividad se efectuará de manera individual y el tiempo estipulado para ella es de 90 minutos aproximadamente. Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la entrevista en profundidad a responder. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y su presentación será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a profundizar en los aspectos facilitadores del proceso de rehabilitación en personas que han sufrido grandes quemaduras.

Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con la profesora responsable, Sra. Lorena Sotomayor Soto a los teléfonos 76075437- 27562157 o a su mail institucional lorena.sotomayor@umce.cl

Si desea efectuar consultas respecto de sus derechos como participante puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación a través de la Dirección de Investigación de la UMCE al teléfono 2412440.

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**.

Manifiesto mi interés de participar en este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente estudio (Firma y Nombre)

Fecha: 30-07-2013

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA

Anexo N°4: Consentimiento informado segunda entrevista P2



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Aplicación de Entrevista en Profundidad y Observación)

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio **"Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados"**, proyecto de tesis para obtener el grado de Licenciadas en Kinesiología de las estudiantes María Francisca González y Catalina Gajardo cuya profesora guía es la investigadora Lorena Sotomayor Soto, docente de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es identificar la presencia y relevancia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

Si acepta participar en este estudio requerirá responder una entrevista en profundidad de modalidad semi estructurada que tiene por objetivo obtener información relevante que nos permita acercarnos al significado que le atribuyen los pacientes gran quemados a la experiencia vivida, de manera flexible y natural, durante los meses de mayo a octubre del presente año. Esta actividad se efectuará de manera individual y el tiempo estipulado para ella es de 90 minutos aproximadamente. Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la entrevista en profundidad a responder. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y su presentación será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a profundizar en los aspectos facilitadores del proceso de rehabilitación en personas que han sufrido grandes quemaduras.

Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con la profesora responsable, Sra. Lorena Sotomayor Soto a los teléfonos 76075437- 27562157 o a su mail institucional lorena.sotomayor@umce.cl

Si desea efectuar consultas respecto de sus derechos como participante puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación a través de la Dirección de Investigación de la UMCE al teléfono 2412440.

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio **"Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados"**.

Manifiesto mi interés de participar en este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente estudio (Firma y Nombre)

Fecha: 19-01-2014

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA

Campus Macul | Av. José Pedro Alessandri 774, Ñuñoa, Santiago
Teléfono: (56-2) 2412441 | Fax: (56-2) 2412699 | Correo electrónico: direccion.investigacion@umce.cl

Anexo N°5: Consentimiento informado primera entrevista P3



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Aplicación de Entrevista en Profundidad y Observación)

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**, *proyecto de tesis para obtener el grado de Licenciadas en Kinesiología de las estudiantes María Francisca González y Catalina Gajardo cuya profesora guía es la investigadora Lorena Sotomayor Soto*, docente de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es identificar la presencia y relevancia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

Si acepta participar en este estudio requerirá responder una entrevista en profundidad de modalidad semi estructurada que tiene por objetivo obtener información relevante que nos permita acercarnos al significado que le atribuyen los pacientes gran quemados a la experiencia vivida, de manera flexible y natural, durante los meses de mayo a octubre del presente año. Esta actividad se efectuará de manera individual y el tiempo estipulado para ella es de 90 minutos aproximadamente. Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la entrevista en profundidad a responder. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y su presentación será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a profundizar en los aspectos facilitadores del proceso de rehabilitación en personas que han sufrido grandes quemaduras.

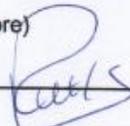
Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con la profesora responsable, Sra. Lorena Sotomayor Soto a los teléfonos 76075437- 27562157 o a su mail institucional lorena.sotomayor@umce.cl

Si desea efectuar consultas respecto de sus derechos como participante puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación a través de la Dirección de Investigación de la UMCE al teléfono 2412440.

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**.

Manifiesto mi interés de participar en este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente estudio (Firma y Nombre)



Fecha: 24 Julio 2013

Campus Macul | Av. José Pedro Alessandri 774, Ñuñoa, Santiago
Teléfono: (56-2) 2412441 | Fax: (56-2) 2412699 | Correo electrónico: direccion.investigacion@umce.cl

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Aplicación de Entrevista en Profundidad y Observación)

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**, proyecto de tesis para obtener el grado de Licenciadas en Kinesiología de las estudiantes María Francisca González y Catalina Gajardo cuya profesora guía es la investigadora Lorena Sotomayor Soto, docente de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es identificar la presencia y relevancia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados.

Si acepta participar en este estudio requerirá responder una entrevista en profundidad de modalidad semi estructurada que tiene por objetivo obtener información relevante que nos permita acercarnos al significado que le atribuyen los pacientes gran quemados a la experiencia vivida, de manera flexible y natural, durante los meses de mayo a octubre del presente año. Esta actividad se efectuará de manera individual y el tiempo estipulado para ella es de 90 minutos aproximadamente. Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente. La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la entrevista en profundidad a responder. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y su presentación será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a profundizar en los aspectos facilitadores del proceso de rehabilitación en personas que han sufrido grandes quemaduras.

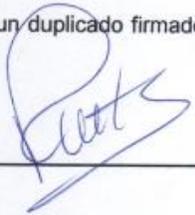
Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con la profesora responsable, Sra. Lorena Sotomayor Soto a los teléfonos 76075437- 27562157 o a su mail institucional lorena.sotomayor@umce.cl

Si desea efectuar consultas respecto de sus derechos como participante puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación a través de la Dirección de Investigación de la UMCE al teléfono 2412440.

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio **“Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación de pacientes gran quemados”**.

Manifiesto mi interés de participar en este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente estudio (Firma y Nombre)



Fecha: 16-NOV-2013

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
COMITÉ DE ÉTICA

Anexo N°7

Preguntas entrevista en profundidad: Parte N°1

Antecedentes Personales

- ¿Qué edad tiene actualmente?
- ¿Cuál es su estado civil? ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
- ¿Dónde vive actualmente?
- ¿Con cuántas personas vive? ¿Quiénes son? ¿Cuál es su parentesco?
- ¿Cuál es su actividad laboral actualmente?
- ¿Completó sus estudios básicos, medios o de nivel superior? (técnico o profesional)
- ¿Tiene algún pasatiempo? ¿Es lo mismo que hacía antes?
- ¿Cómo son sus relaciones familiares?
- ¿Presenta antecedentes mórbidos?
- ¿Cuáles son sus hábitos de vida? (alcohol, drogas, tabaquismo).

Antecedentes del accidente

- *Cuéntenos de su accidente ¿Cómo sucedió?*
- *¿Cómo ha sido el proceso que ha vivido desde el alta hospitalaria?*
- *¿Cómo fue su proceso de volver a casa? ¿Qué sentimientos tuvo al volver a su entorno habitual?*
- *¿Cómo ha sido tu proceso de reintegración social?*

- *¿De qué manera este accidente ha tocado su vida? ¿Qué ha significado esta vivencia para usted?*
- *¿Podría referirse a su proceso de rehabilitación fuera del hospital? ¿En qué ha consistido?*

Rol de la familia en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado

- *¿Qué es lo que pasó con su familia en relación el accidente? ¿Se vio afectada la familia? ¿Fue un punto de apoyo para usted?*
- *¿Cuál es la importancia de su familia en su proceso de rehabilitación?*
- *¿Cómo se vio afectada la relación con su entorno? (social, laboral, amistades).*

Autoimagen y percepción personal

- Nos podría hablar sobre quién es usted: ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo siente que las personas lo ven?
- ¿Cómo ha cambiado su vida desde el momento del accidente? ¿Qué aspecto de su vida se ha visto más afectado por la quemadura?
- ¿Cómo ha cambiado su personalidad y la forma de enfrentar sus problemas?
- ¿Cuáles eran las cosas más importantes para usted antes del accidente? ¿y ahora?
- ¿Qué es lo más le preocupa en estos momentos?
- ¿Cómo se proyecta a futuro?

Anexo N°8

Preguntas entrevista en profundidad: Parte N°2

Identificación de los facilitadores del proceso de rehabilitación

- Desde su vivencia ¿qué cosas han favorecido y facilitado su proceso de rehabilitación?
- ¿Alguien le ha ayudado en su proceso de rehabilitación?
- ¿Qué significan para usted las personas que lo han acompañado desde el momento del accidente? (equipo de salud, familia, amigos).
- Tomando en consideración su proceso de rehabilitación: ¿Qué elementos motivadores tiene para persistir en la obtención de logros y avances en su rehabilitación?
- ¿Considera el rol del Kinesiólogo como facilitador de su proceso de rehabilitación?

Percepción y valoración de los facilitadores del proceso de rehabilitación

- ¿Cuál es la importancia que usted le atribuye a los facilitadores en su proceso de rehabilitación?
- ¿Qué piensa que hubiera sido de su rehabilitación sin la presencia de estos facilitadores? ¿Habría sido igual su rehabilitación?
- ¿Considera que la forma en que se ha llevado a cabo su proceso de rehabilitación ha sido un facilitador de esta? ¿en qué lo ha visto reflejado?

- De los facilitadores identificados por usted: ¿Cuál de ellos tendría mayor importancia? ¿Por qué lo considera el más importante?
- ¿Cuál es la importancia para usted de la presencia de un facilitador específico? (depende de los facilitadores identificados por el paciente).

Cambios en las dimensiones biopsicosociales

- ¿Qué miedos ha experimentado a lo largo de su proceso de rehabilitación? ¿qué le han impedido realizar?
- ¿Sus relaciones sociales se ha visto afectadas por su condición de salud?
- ¿Cómo ha repercutido el accidente en la realización de las actividades de la vida diaria?
- ¿Qué significado ha tenido para usted y su familia el haber sufrido este accidente?

