



**Universidad  
Andrés Bello®**

UNIVERSIDAD ANDRES BELLO

Escuela de Kinesiología

## **Metasíntesis cualitativa de la experiencia de vida en el proceso post hospitalario de personas mayores de 18 años con quemaduras severas.**

Proyecto de Tesis de Pregrado para Optar al Grado de Licenciatura en Kinesiología

Autores:

Boris Cristian Delgado Calderón, Roberto Andrés Martínez Álvarez,

Tamara Angélica Orellana Aravena, Sebastián Alejandro Salinas Garay.

Profesor Tutor: Iván Silva Satlov.

Santiago de Chile 2017

# 1. Índice

2. Abstract	4
3. Resumen	5
4. Introducción	6
5. Problema de Investigación	8
● Descripción del problema	8
6. Formulación de la pregunta problema	10
7. Justificación	10
8. Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
9. Propósito	12
10. Marco Teórico	13
● Epidemiología y Contexto	13
● Epidemiología Internacional Quemaduras	13
● Contexto Nacional Gran Quemados	13
11. Ámbito Clínico	16
● Modelo Biopsicosocial	16
● Rehabilitación	16
● Kinesiología y rol del Kinesiólogo en Gran Quemados	17
12. Aspectos relevantes	19
● Vida Cotidiana	19
● Imagen y Esquema Corporal	19
● Prejuicios, estereotipos y discriminación	20
● Dolor	21
13. Antecedentes	22
● Antecedentes investigativos	22
● Quemadura mayor	27
➤ Gran Quemado	27
● Funciones corporales	28
● Estructuras corporales	28
● Deficiencias	28
● Actividad	29

● Participación	29
● Limitaciones en la Actividad	29
● Restricciones en la Participación	29
● Factores Ambientales	29
● AVISA	29
● Superficie corporal quemada (SCQ)	30
● Profundidad	32
14. METODOLOGÍA	34
● Diseño Metodológico	34
● Población	37
● Muestra	37
● Aspectos éticos de la investigación	38
● Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
● Técnicas para el análisis de información	42
● Criterios de rigor	43
15. Resultados y Discusión	45
● Elaboración de Categorías	45
● Actividad laboral	47
● Modelo Biopsicosocial	48
● Aspectos positivos	49
● Consecuencias	50
● Esquema corporal	51
● Etapa previa	51
● Facilitadores	52
● Factor Social	53
● Redes de Apoyo	55
● Terapia	55
16. Síntesis integradora	56
17. Discusión	58
18. Conclusión	67
19. Referencias	70
20. Anexo 1	77
21. Anexo 2	79

## 2. Abstract

This thesis is created from a qualitative methodology with an approach based on a metasynthesis model, which consists of the interpretation and analysis of qualitative studies in a specific population, which in our thesis is translated into Gran Quemados, defined under the criteria of the Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), or people with major burns defined by the American Burns Association (ABA), all this in a Post Hospitable context.

Is presented the problem about how the survivors of high complexity burns live the stage described above, emphasizing key aspects of a person's daily life such as work activity, social relationships, body image, among others.

Eleven qualitative studies were selected and analyzed with the Atlas ti software, demonstrating results that encompass sequels from all areas, whether physical, psychological and social. Synthesized into 10 categories that give us a global vision of how the lives of burn survivors are affected.

It can be concluded that the lived experience by a person with severe burns is much wider than just a physical sequel, it will be a process with many adversities and repercussions, where an effective and personalized rehabilitation to the context of the survivor in a biopsychosocial model will be vital to have success in the return to their activities, social reintegration, work among others.

### 3. Resumen

Esta tesis es creada a partir de una metodología cualitativa con un enfoque basado en un modelo de metasíntesis, el cual consiste en la interpretación y análisis de estudios cualitativos en una población en específico, que en nuestra tesis se traduce a Gran Quemados, definidos bajo los criterios del Ministerio de Salud (MINSAL), o personas con quemaduras mayores definidos por American Burns Association (ABA), todo esto en un contexto Post Hospitalario.

Se presenta la problemática sobre cómo las personas sobrevivientes a quemaduras de alta complejidad viven la etapa descrita anteriormente, dando énfasis en aspectos claves del diario vivir de una persona como lo son la actividad laboral, relaciones sociales, imagen corporal, entre otras.

Fueron seleccionados 11 estudios de carácter cualitativo y analizados con el software Atlas ti, demostrando resultados que abarcan secuelas de todo ámbito, ya sea física, psicológicas y sociales. Sintetizadas en 10 categorías que nos otorgan una visión global de como se ve afectada la vida de los sobrevivientes a quemaduras.

Se puede concluir que la experiencia por la cual atraviesa una persona con quemaduras severas es mucho más amplia que solo una secuela física, será un proceso con muchas adversidades y repercusiones, donde una rehabilitación eficaz y personalizada al contexto del sobreviviente en un modelo biopsicosocial será vital para tener un éxito en la vuelta a sus actividades, reinserción social, laboral entre otras.

## 4. Introducción

Las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial, tanto por su morbilidad, como mortalidad (Albornoz, Villegas, Peña & Whittle, 2013). Actualmente los avances médicos han permitido un crecimiento en la sobrevivencia de las personas que han sufrido algún tipo de quemadura, generando así una gran población de quemados en Chile y el mundo (MINSAL, 2016). Esto ha traído consigo numerosas secuelas existentes en la población sobreviviente a una quemadura, las cuales pueden abarcar distintas áreas de la vida de una persona, transformándose en una realidad poco abordada de carácter nacional, no así en el contexto internacional.

Nuestro objetivo como investigadores fue abordar áreas que se pueden ver influenciadas en las vidas de las personas que han sido expuestas a un evento de esta magnitud; nos motivó buscar una temática poco conocida entre los estudiantes de pregrado como estudiantes de Kinesiología, como por ejemplo personas que han vivido quemaduras severas, y así estas puedan responder a nuestra pregunta de investigación, explorar este proceso desconocido, poder aportar a la comunidad científica de salud entregando datos claves e importantes para una nueva visión de rehabilitación en personas sobrevivientes a quemaduras severas.

Cabe mencionar que nuestro interés como grupo, desde un inicio fue realizar una investigación a través de metodologías cualitativas, puesto que nos permite dar voz a los protagonistas y así conocer la perspectiva o experiencias únicas de las personas que viven un fenómeno en particular, otorgando nuevos significados a un tema relevante.

Para esto realizamos una búsqueda, en la cual encontramos información de distintos estudios cualitativos, lo que nos va a permitir integrar hallazgos encontrados en estos estudios y traducirlos en una síntesis interpretativa de datos, incluyendo distintos ámbitos de la investigación cualitativa, como fenomenologías, teoría fundamentada, estudio de caso y otras descripciones integradas y coherentes de fenómenos, eventos

o casos en un ámbito concreto. En mayores términos, esta investigación se realizó mediante la metodología de una Metasíntesis (Mahtani, et al., 2007)

Como estudiantes de Kinesiología, y desde la base de un modelo Biopsicosocial necesitamos conocer lo que opina y piensa la persona, de la cual vamos a formar parte de su rehabilitación. Este proceso que se vive después del alta hospitalaria es tan importante como la estadía de la persona en el hospital, sin ser uno más relevante que otro, sino que son procesos que van de la mano y son complementarios. Esto además es un aspecto que está dentro de nuestra formación, ya que se nos enseña a ver a la persona de forma integral y no solamente desde el punto de vista de la patología; como es mencionado en este artículo “La integración de las perspectivas de supervivencia de quemaduras ofrece un medio para reafirmar la rehabilitación de quemaduras” (Kornhaber R, February 2014) nos ayuda aún más a entender que la experiencia y opiniones de los usuarios es clave para saber el rumbo que está teniendo el proceso de rehabilitación en Chile.

Finalmente, en nuestra tesis presentamos conceptos tanto clínicos como sociales. Desde lo clínico abarcamos las *Quemaduras severas*, descritas por la American Burns Association (ABA) y *Gran Quemado*, descritos por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), junto con los aspectos psicosociales intervenidos en las personas sobrevivientes de una quemadura como lo son la imagen corporal propia, la percepción de la sociedad con respecto a estas personas y el retorno al trabajo.

## 5. Problema de Investigación

- Descripción del problema

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío), químicos (cáusticos) y biológicos, que provocan alteraciones que van desde un simple eritema transitorio hasta la destrucción total de las estructuras (MINSAL, 2016).

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública mundial, tanto por su mortalidad como por su morbilidad, la que -en palabras de Albornoz et al. (2013)- podría traducirse en discapacidad. A nivel mundial una de cada 10 muertes es a causa de quemaduras y, en países de mayor ingreso, la incidencia de quemaduras va disminuyendo, mientras que en países de bajos y medianos ingresos, va en aumento (Peck, 2011).

Las quemaduras son una de las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2011).

En el Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007, se estimó que en ambos sexos se pierden 7981 años de vida ajustados por discapacidad (índice AVISA) por causas de quemaduras y corrosiones (Minsal, 2008). Sumado a lo anterior, en Chile no se cuenta con estudios acerca de tasas de reinserción social o laboral, de oportunidades y costos en rehabilitación (Albornoz et al. 2013).

Con el incremento de las tasas de supervivencia y, como consecuencia de ello, el aumento de la discapacidad por quemaduras, se ha renovado el interés en la investigación en el ámbito de la recuperación y rehabilitación de personas gran quemadas, sin embargo, las publicaciones en Chile sobre esta temática son escasas (Albornoz et al., 2013).



Las quemaduras no son solo heridas sobre la piel ya que; como lo señala Kornhaber, et al. (2014), conllevan diversas repercusiones en la vida de los sobrevivientes tanto físicas, psicológicas y sociales. La magnitud de estas repercusiones y de cómo sobrellevarlas o superarlas tiene una estrecha relación con la superficie quemada, un buen proceso de rehabilitación, red familiar y/o social. Dejando en evidencia que el abordaje de una quemadura severa debe ser más allá del manejo médico.

Siendo un problema de salud pública a nivel mundial es de vital importancia la creación de planes de intervención Bio-psicosocial en los procesos de rehabilitación y posterior al alta de ésta, que abarquen los aspectos que se ven alterados en la vida de un sobreviviente a quemaduras.

Por lo tanto, es importante abarcar conceptos, como actividad laboral, clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud, consecuencias de la injuria, esquema corporal, entre otros; Que se desarrollan luego de abandonar el centro hospitalario donde se encontraba la persona. No olvidemos que la prevalencia de este accidente se da en personas laboralmente activas y es un problema de salud a nivel mundial (Albornoz et al. 2013). Es así como nos surgen varias interrogantes sobre qué ocurre luego de finalizar la hospitalización del Gran Quemado. Buscamos y recopilamos información que nos aportó antecedentes a nuestro problema. Nos percatamos que nuestra búsqueda no fue exitosa en encontrar testimonios o casos de Gran Quemados después del alta hospitalaria en Chile, en donde relatan cómo fue su proceso de reinserción a su vida normal luego de la interrupción ocasionada por las grandes quemaduras, pero sí a nivel internacional (Dunpath, Chetty & Van Der Reyden, 2014).

Esta investigación apunta hacia metodología cualitativa puesto que nos proporciona “profundidad a los datos ya obtenidos gracias a investigaciones del tipo cuantitativo, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Nos entrega la facilidad de poder cambiar el sentido de la investigación, sin tener ésta, un sentido longitudinal y único. Necesitamos de ambos enfoques para enriquecer nuestro estudio y para tener un pilar sobre el cual iniciar nuestra investigación. Posterior a la revisión de variados

estudios cualitativos a través de las distintas bases de datos como PubMed, Science Direct, entre otros; nos llevó a plantear la siguiente pregunta de investigación:

## 6. Formulación de la pregunta problema

*¿Qué dicen los estudios cualitativos existentes a nivel internacional frente a los aspectos intervenidos, ya sean sociales, emocionales y laborales, en la vida de las personas sobrevivientes a una quemadura, en un contexto post hospitalario?*

## 7. Justificación

Es por esto que las quemaduras en el ámbito internacional y nacional, está siendo un campo de investigación más abordado a través del tiempo. A consecuencia, el porcentaje de mortalidad por quemaduras va en descenso y la prevalencia se mantiene o disminuye lentamente, ya que el manejo de una persona gran quemada en una etapa aguda es muy avanzado y cuenta con los conocimientos necesarios; evitando que estos casos empeoren. La prevalencia a que una persona experimente quemaduras graves se mantiene ya que siempre son propensos a ocurrir, como accidentes domésticos, laborales etc. (Minsal, 2016). Por estos motivos, pensamos que es importante e innovador abordar una investigación en personas quemadas a partir de metodologías cualitativas, puesto que podría otorgar una nueva visión a las investigaciones ya realizadas en este ámbito y así aportar con información acerca del proceso que viven las personas que experimentan quemaduras graves, conocer lo que sucede con ellas una vez finalizada su etapa hospitalaria y en qué condiciones se incorporan a su hogar o su actividad laboral.

Junto con esto los estudios cualitativos que abarcan el proceso post hospitalario de estas personas se encuentran en su mayoría a nivel internacional. Lo que si encontramos a nivel nacional son tesis de pregrado no publicadas en revistas científicas, como por ejemplo lo son la tesis llamada “Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente Gran Quemado” de Gajardo & González (2014)

de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, en donde se relatan los factores que se ven presente durante el proceso de rehabilitación y que actúan de manera favorable para este, la siguiente tesis tiene por nombre “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” de Ahumada & Arévalo (2011) de la Universidad de Playa Ancha, el cual relata la experiencia de una persona durante su etapa de rehabilitación posterior a la injuria, sin embargo, estas no se sitúan en el mismo contexto de nuestra investigación, por lo que creemos que es necesario tener una interpretación general de esta temática y así poder sistematizar estas experiencias, recopilando las afecciones principales que deben enfrentar los sobrevivientes.

Este estudio se enfoca en personas de sexo masculino y femenino, mayores de 18 años, a través de la evidencia proporcionada por investigaciones cualitativas. Se indagó respecto a una temática hasta ahora poco estudiada a nivel nacional: “Cómo una quemadura interviene en la vida de una persona sobreviviente a está”

Se obtuvo información que permitió contribuir al conocimiento de esta área e identificar necesidades de las personas.

Finalmente buscamos la posibilidad de construir categorías conceptuales para futuras investigaciones en discapacidad y rehabilitación en personas con quemaduras severas.

## 8. Objetivos

### Objetivo general

- *Obtener una interpretación general de la experiencia de vida de Personas mayores de 18 años, con quemaduras severas en una etapa post hospitalaria.*

### Objetivos específicos

- Develar los elementos que forman parte de la vida de los participantes de los distintos estudios cualitativos con quemaduras severas.
- Conocer cómo se relacionan en el ámbito laboral, familiar y recreativo, los participantes con quemaduras severas de los distintos estudios cualitativos
- Identificar similitudes y diferencias de la experiencia de vida de los participantes de los distintos estudios cualitativos con quemaduras severas.

## 9. Propósito

La finalidad de esta metasíntesis cualitativa fue explorar la experiencia que viven las personas mayores de 18 años con quemaduras severas, una vez que finalizan la etapa hospitalaria.

A través de esta metodología, y con su posterior análisis de datos apoyados en el software Atlas-ti. Se obtuvo un conocimiento general de las consecuencias que dejan las quemaduras severas, y como son enfrentadas, una vez que la persona deja su contexto hospitalario.

## 10. Marco Teórico

- Epidemiología y Contexto

- Epidemiología Internacional Quemaduras

Las quemaduras representan a más de 300.000 muertes cada año en todo el mundo, siendo la gran mayoría no fatales. En el año 2008 en Estados Unidos hubo 410.149 quemaduras no fatales. De acuerdo con Peck (2011) a nivel mundial ha habido una reducción en la mortalidad debido a quemaduras. A modo de ejemplo, el autor señala que en Australia ha sido más de un 50% en hombres, mientras que en Brasil se redujo de 1.1 a 0.5 por 100.000 mujeres quemadas. Países como Canadá, Francia, México, Panamá, Tailandia, el Reino Unido y Venezuela también vieron bajas en su mortalidad (Peck, 2012).

- Contexto Nacional Gran Quemados

El año 2013 en la revista médica de Chile se informó que más de 6.000 pacientes requieren hospitalización por quemaduras. Estas son un problema a nivel mundial, “tanto por su mortalidad como por su morbilidad” (Albornoz et al. 2013, p. 181) Gran parte de la morbilidad se debe a los avances que ha tenido el tratamiento en los últimos años que a nivel nacional ha provocado que la mortalidad disminuya en todos los grupos etarios, a excepción del grupo de adulto mayor, entre los años 1969 al 2000 (Albornoz et al. 2013).

Estadísticamente en el año 2012 se registraron un total de 684 egresos hospitalarios según la superficie corporal quemada, de los cuales, en los hombres 108 incluyen desde el 20% de la superficie del cuerpo quemada, hasta el 90% o más, representando

el 15,78% de egresos hospitalarios por esta causa en donde de esos 108 egresos, 52 corresponden al rango etario de 18 – 64 años. Estos 52 egresos representan el 7,6% del total de los egresos hospitalarios (Minsal, 2012).

El hospital de urgencia asistencia pública (HUAP) es el principal centro de atención pública para usuarios con quemaduras mayores, al cual ingresaron 936 pacientes entre los años 2006 y 2010, en donde el promedio de edad fue de 47,2 años y teniendo el 72% menos de 60 años, lo que es muy relevante ya que aún son laboralmente activos (Albornoz et al. 2013).

Por otra parte, los ingresos por quemaduras graves son más frecuentes en el género masculino (65,7%) comparado con en el género femenino (34,3%). También se informa que el 24% presenta alguna característica social que eventualmente podría hacer más difícil la rehabilitación como el abandono social, drogadicción, alcoholismo, antecedentes psiquiátricos, pacientes privados de libertad, deterioro orgánico cerebral, secuela neurológica o depresión. Además de que el 99% pertenece a los niveles socioeconómico medio y bajo (Minsal, 2016).

El agente productor de las quemaduras más frecuente corresponde al fuego en un 73%, seguido por escaldaduras (18%) y electricidad (8%).

También se observó que el 68% de los accidentes eran a nivel domiciliario, un 9,2% ocurría en el trabajo, un 3,5% en la vía pública, las agresiones corresponden al 3,3% de los casos, las auto agresiones eran el 9,2% y un 6,8% era de origen desconocido (Albornoz et al. 2013).

En el ámbito legislativo de salud pública, es relevante mencionar que el año 2007 se incorporó Gran Quemados a las Garantías Explícitas de Salud (GES). Además de que en Chile a partir de la promulgación de la ley 20.422 comenzó “El nuevo paradigma sobre discapacidad que ya no centra su análisis en la condición de salud de la persona, como único elemento constitutivo de ésta, sino que nos llama a entender la discapacidad como el resultado de la interacción de esa deficiencia con elementos contextuales, como barreras del entorno y restricciones a la participación en la sociedad. Lo anterior implica que en este nuevo modelo, es la sociedad la que debe hacer las adecuaciones para incluir a las personas con discapacidad, eliminando esas

barreras y evitando esas restricciones que impiden que estas personas puedan estar en igualdad de condiciones con las demás” (Senadis, 2013).

Además de definir a la discapacidad como:

“toda persona que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Junto a esto establece que la comisión de medicina preventiva e invalidez (COMPIN) es el encargado de determinar el tipo y grado de la discapacidad de las personas en Chile.

Se entenderá por condiciones de salud que pueden causar discapacidad, las siguientes:

a) Deficiencias físicas: Comprometen la movilidad para realizar actividades propias de una persona sin discapacidad, alteran la capacidad física o interfiere con la destreza motora sin importar su sexo, edad, cualidades étnicas, etc.

b) Deficiencias sensoriales: Involucra a todas las deficiencias que puedan ser auditivas, visuales y/o para comunicarse plenamente.

c) Deficiencia Mental se dividen en:

1. Deficiencia Mental de causa psíquica: son trastornos en el comportamiento adaptativo, de probable permanencia en el tiempo originado por una enfermedad Psíquica.

2. Deficiencia Mental de causa intelectual: la padecen las personas el cual su coeficiente intelectual es menos de 70 puntos en un test validado por la Organización Mundial de la Salud (Minsal, 2012).

## 11. Ámbito Clínico

### ● Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial trasciende del modelo biomédico, como cambio en la forma de ver a la persona que se le prestarán las diversas atenciones. Esta persona se toma como un sujeto integral, con una vida más allá de la patología o enfermedad que se está tratando, se reconocen todos sus derechos, familia y entorno. Es un modelo general, que plantea que los factores biológicos, psicológicos y factores sociales, juegan un rol importante en el funcionamiento humano, en el contexto de la enfermedad o en cómo perciben esta (Organización Panamericana de Salud, 2012).

Por lo tanto esto implica que hay determinantes internos y externos que influyen en la salud, estas esferas se van relacionando entre sí.

La rehabilitación de una persona se verá influenciada por las emociones, pensamientos y conductas que emergen de la situación que está viviendo.

En el contexto sanitario la persona cambia de ser paciente a un ser participativo, en donde toma una rol importante de su propia rehabilitación (Organización Panamericana de Salud, 2012).

### ● Rehabilitación

La rehabilitación es un concepto de importancia en las personas que viven quemaduras severas, en específico en un contexto posterior al alta médica, ya que es durante esta etapa en donde se evidencia este proceso; el cual consiste en la “búsqueda de asistir a las personas que experimentan una pérdida funcional como resultado de una enfermedad o lesión y necesitan volver a aprender cómo realizar actividades de la vida diaria para volver a tener su máxima funcionalidad” (OMS, 2012); Esta rehabilitación no solo atribuye el regreso de la funcionalidad como tal, sino también del entorno social en el cual esta está envuelto la persona y su regreso a este, así se puede, en combinación



de los dos términos, hablar de la capacidad de lograr y mantener el funcionamiento óptimo en el ambiente.

Se puede ir hablando, y articulando, los distintos conceptos expresados anteriormente, ya que como se mencionó, la epidemiología de personas que han experimentado una quemadura ha ido en aumento, en un contexto de sobrevida. Esto a nivel nacional se puede traducir de igual manera, debido a que un porcentaje importante de la sociedad chilena que vivencia una quemadura severa sobrevive a esta, específicamente por el avance científico expresado en los últimos años. Es por esto que luego de vivida la quemadura, es donde la persona entra en un proceso de igual o mayor complejidad que la hospitalaria, específicamente un proceso de discapacidad, ya que es aquí donde ámbitos de la persona en base a la sociedad se ven alterados, urgiendo la necesidad de un plan para que estos vuelvan a la normalidad, esto último definido como inclusión. Finalmente para que esta inclusión logre ser exitosa se necesita de un modelo que va más allá del biomédico, ya que se necesitan herramientas que interpreten a la persona como un ser integral, en donde se tomen en cuenta aspectos sociales, familiares y psicológicos de la persona para lograr un correcto funcionamiento en esta.

## ● Kinesiología y rol del Kinesiólogo en Gran Quemados

Al hablar de kinesiología, para dar un mayor entendimiento a su significado en base al estudio científico del movimiento humano, al origen etimológico de la palabra; La palabra kinesiología proviene del griego Kínesis (Movimiento) y logos (Estudio). Junto con la expertis en el conocimiento del movimiento humano, en el ámbito clínico, el kinesiólogo tiene por objetivo restablecer y mantener las capacidades máximas de movimiento y funcionalidad a través del período de la vida en donde se vea afectada, siendo así íntimamente relacionado con el concepto de rehabilitación mencionado anteriormente (Gamboa & Yávar, 2007)

La kinesiología no solo aporta una ayuda necesaria para la etapa de rehabilitación y recuperación funcional de la persona a la cual se le identifica alguna condición de salud, sino también esta abarca variados ámbitos que se presentan en los distintos momentos de la vida de una persona, como lo es por ejemplo, en la etapa previa a una condición de salud establecida; en este contexto se llevan a cabo etapas tan

importantes como la misma rehabilitación de una persona. Estas etapas son definidas como promoción y prevención de la salud. En el ámbito de la promoción de la salud podemos mencionar que consiste en una “amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la *prevención* (“prevenir el daño, las limitaciones funcionales y restricciones en individuos expuestos a movimientos alterados debido a factores de salud o médicos, socioeconómicos, y de estilos de vida”(Gamboa & Yávar, 2007) y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación”(OMS, 2016). En esta instancia se incluye la interacción que tiene el kinesiólogo con la comunidad y el rol educativo que este realiza, lo que responde al enfoque Biopsicosocial, junto con el retorno de la funcionalidad, que quisimos mantener durante la investigación.

El rol del Kinesiólogo en Gran Quemados es la rehabilitación, está según la Guía Clínica del Minsal, se divide en: rehabilitación en fase aguda e intermedia y a largo plazo.

Fase aguda e intermedia: en esta fase la persona Gran Quemada está expuesta a variadas complicaciones de su cuadro de base, desde una infección a patologías concomitantes, entre otros. Como se menciona en la Guía Clínica de Gran Quemados del Minsal año 2016, el cuadro de base puede verse agravado por inmovilización prolongada, posiciones mantenidas, intervenciones quirúrgicas a repetición, sedación, compromiso respiratorio y demás. El Kinesiólogo será de vital importancia en esta fase para evitar las complicaciones que se mencionaron anteriormente, realizando: movilización precoz, kinesioterapia respiratoria, posicionamientos y manejo de cicatrices e injertos.

Esta fase será primordial para manejar las posibles secuelas de las personas con quemaduras severas, si estas atenciones no se realizan de manera correcta, se pueden presentar complicaciones mayores una vez que la persona abandona el centro hospitalario (Minsal, 2016).

Dentro de la Fase de rehabilitación a largo plazo y no menos importante, las acciones del Kinesiólogo son manejo de cicatrices y retracciones, ejercicios, elongaciones,

reeducación motriz, actividades terapéuticas, reacondicionamiento físico, masoterapia o movilización tegumentaria y fisioterapia (Minsal, 2016).

## 12. Aspectos relevantes

### ● Vida Cotidiana

Al hablar de vida cotidiana la podemos definir como:

*“La vida de todo hombre que constituye el centro de la historia. Por ello, representa la esfera de la realidad que conciben los individuos, susceptible a los cambios y modificaciones del contexto social, lo que permite considerarla como un espacio en permanente construcción. En ese espacio, el hombre va elaborando y desarrollando la subjetividad y la identidad, a través del análisis de su propia esencia como ser social y la identificación con su cultura, en el marco de la organización y reorganización de su entorno para la satisfacción de sus necesidades mediatas e inmediatas”* (Uribe, 2014).

Esta vida cotidiana se nutre de hechos que se van presentando en el día a día, influenciados por factores políticos, económicos, sociales dentro de un contexto determinado. Es un proceso de construcción subjetiva, que hace referencia al proceso de formación del propio “Yo”, en términos básicos, lo que se capta, percibe e interpreta individualmente. Lo que quiere decir que es algo personal en donde ejercerán influencia los factores externos e internos que se presentan en el contexto en el cual se desarrolla la persona (Uribe, 2014).

### ● Imagen y Esquema Corporal

Un aspecto importante que presenta un cambio en la vida de una persona que vivencia una injuria es la imagen corporal, la cual implica una conciencia reflexiva del cuerpo o, en otros términos, una “representación” del cuerpo. La cual se puede diferenciar del

término esquema corporal, ya que este último hace referencia a - según Gallager. (1986) “significa un funcionamiento experiencial y dinámico del cuerpo viviente en su entorno, es decir, se diferencia en este ámbito la propia “imagen” o como se definió anteriormente en la representación del cuerpo a el movimiento del cuerpo y el reconocimiento de este en el espacio.

Esquema corporal: se identifica como un proceso de integración sensoriomotora, y se reconoce como un proceso de reconocimiento del cuerpo como un todo a partir del movimiento y la postura. Representa el conocimiento de las características espaciales del cuerpo, constituido gracias a la información sensorial actual y previa (Sarmiento, 2014).

Imagen corporal: depende de una idea preconcebida de cuerpo. Bajo esta concepción, el cuerpo es entendido como una unidad biocultural, donde no solo los procesos fisiológicos resultan de interés, pues existen procesos psíquicos y culturales que establecen una conexión que deriva en identidad. Entendiendo por identidad el reconocimiento del sujeto en tres planos:

- El primero responde a la conciencia de su existencia, el sí mismo
- El segundo plantea la existencia del otro, conocido por el otro
- El tercero donde no sólo se reconoce y reconoce al otro, sino también el otro lo reconoce

Generando un sentimiento de diferenciación/identificación en las personas (Sarmiento, 2014).

## ● Prejuicios, estereotipos y discriminación

Para poder relacionar estos conceptos entre sí, es necesario conocer el significado de cada uno de ellos. Entenderemos por prejuicio, como “una actitud negativa hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo” (Montes Berges, 2008).

Un estereotipo se entiende como una “característica asociada a una categoría cognitiva que es usada por los perceptores para procesar información sobre el grupo o miembros

del grupo”, o bien “un conjunto comprimido de creencias consensuadas sobre las características de un grupo particular” (Montes Berges, 2008).

Por otra parte, discriminación según la Real Academia Española, 2017 hace mención al trato desigual hacia una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, apariencias, entre otros.

A partir de los estereotipos puede ejercer la idea de lo aparentemente bello o aceptable ante la sociedad y de la mano dar paso a los prejuicios sobre lo distinto o lo que no encaja en ella, llegando así a la discriminación y segregación de personas o grupos ya sea por miembros externos o por las mismas personas afectadas que tienden aislarse del resto (Montes Berges, 2008)

## • Dolor

Etimológicamente dolor, en inglés es “pain”, proviene del latín “poena”, que significa castigo (Perez-Cajaraville, Abejón, Ortiz & Pérez, 2005). Y fue definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial" (Puebla, 2005). Esto coincide con los testimonios de quemados, ya que, las personas después de una quemadura pasan por diferentes momentos de dolor, en un principio el dolor experimentado es producto de la lesión tisular que aumenta la actividad de los nociceptores; sumado a la extensión de las quemaduras hacen que el tratamiento, rehabilitación y las actividades de la vida cotidiana se les dificulten, ya que, la persona en gran parte de las actividades siente dolor como por ejemplo en la curación de heridas, al vestirse entre otras actividades. Todo esto hace que se les dificulte mucho o sean incapaces de realizar lo que desean llevándolos a sentir frustración y depresión (Píriz-Campo & Martín, 2014).

Además, el dolor está asociado al aislamiento social, por el hecho de no querer hacer nada para evitar el dolor, ya que, las personas que sufren quemaduras tienen un grado elevado de ansiedad y una permanente atención en los estímulos generadores de dolor, lo que origina un mayor grado de percepción dolorosa y, por esto, los mecanismos endógenos inhibitorios están disminuidos. Además de querer evitar

infecciones y mostrar las cicatrices a las demás personas (Larrea, Ávila y Raddatz, 2015).

## 13. Antecedentes

### ● Antecedentes investigativos

Actualmente hemos encontrado investigaciones de carácter tanto cualitativo como cuantitativo en el área a investigar, que son gran quemados, situación de discapacidad y el proceso de rehabilitación de esta persona. Es así como desde el punto de vista de la rehabilitación hemos encontrado distintas frases que aportan a nuestra investigación como “la pérdida de la función y la independencia puede ser una limitante física que requiere rehabilitación agresiva para mejorar la funcionalidad” (Kornhaber et al., 2014), en donde se hace énfasis en la recuperación en la independencia física y emocional. Por otro lado a la salida del centro hospitalario los participantes experimentaron una restricción en su movilidad lo cual significaba una fuente importante de estrés (Kornhaber et al., 2014), es por esto que se debe buscar en las personas una total adherencia y motivación en su rehabilitación para que en un futuro no se vean limitadas por una situación de discapacidad, así las personas han identificado diversos factores que influyen en la motivación y adherencia, como por ejemplo, el apoyo familiar, donde refieren que este provee una mejor calidad de vida (Kornhaber et al., 2014). También se identificó a la educación de la terapia como un importante factor de adherencia y como consecuencia una mejor rehabilitación (Kornhaber et al., 2014), esto se manifiesta según algunos relatos encontrados en una investigación de carácter cualitativo, los cuales refieren que:

- “Dolía terriblemente y no tenía ni idea de por qué debía usarlo - sólo me dijeron que debía” (haciendo referencia a que la persona no recibe la información acerca de la enfermedad) (Kornhaber et al., 2014).

- “Por ejemplo, yo no sabía si en el verano debía usar protección solar” (Kornhaber et al., 2014).

Sumado a estos relatos, se identificó que la falta de educación sobre el objetivo de la terapia a base de presión contribuyó a comportamientos no adherentes para la rehabilitación. Así podemos comprobar, como mencionamos anteriormente, que una baja adherencia y motivación tiene como consecuencia un mal o nulo proceso de rehabilitación, lo que a la larga lleva, tanto por factores físicos y emocionales una situación de discapacidad (Kornhaber et al., 2014).

Las limitaciones experimentadas en el regreso al trabajo incluyen quemaduras en las manos y extremidades superiores, cicatrices hipertróficas y contracturas, dolor, hipersensibilidad de la piel, problemas psicológicos en curso, las dificultades para la reinserción en el mercado laboral y la reacción de los demás a una lesión por quemadura severa (Gonçalves et al., 2011). Todo lo anterior se traduce a cómo una persona Gran Quemado puede llegar a una situación de discapacidad debido a la cantidad de factores que aquí se mencionan, en algunos casos avalados por investigaciones. Se menciona que participantes que sufrieron quemaduras en las extremidades superiores, reportaron algún tipo de cambio en su vocación en comparación con aquellos que sufrieron quemaduras en otras áreas de su anatomía (Gonçalves et al., 2011). A esto se suma la responsabilidad que se tiene por parte del equipo de salud de obtener un completo conocimiento y lograr un cuidado e intervención exitosa, ya que el conocimiento limitado de cuidados de la herida de un Gran Quemado tiene un impacto negativo en la cicatrización de heridas que retrasa indebidamente la vuelta al trabajo (Kornhaber et al., 2014).

Según el estudio de Mackey et al. (2009), se indicó que el dolor era una razón principal para no volver al trabajo, en esto se hace énfasis al manejo después del alta hospitalario que se debe tener con la persona Gran Quemado, específicamente en su manejo del dolor (Mackey et al. 2009), para esto la persona y la familia a menudo

necesitan ayuda para encontrar la manera de volver a una vida normal a pesar de las modificaciones de las funciones del paciente y la discapacidad percibida (Öster, 2010).

Varios problemas se han identificado para la consecuencia de una situación de discapacidad, los cuales se han mencionado anteriormente, pero según Öster los problemas más frecuentes fueron reportados en los dominios de la sensibilidad al calor, el retorno al trabajo y la imagen corporal (Öster, 2010).

Dentro de esto algunos estudios han revelado que el 10 % de los individuos con lesiones por quemaduras no retornan al trabajo en un plazo de dos años después de la lesión y que 1-15 % tiene una incapacidad permanente para el trabajo. (Öster, 2010). Otro estudio de 24 meses informó que quemaduras de gran tamaño, quemaduras en las extremidades se asocia con factores de no retorno al trabajo (Öster, 2010).

Un ámbito bastante importante de la vida cotidiana también, es la vida social presente en cada uno de nosotros. En una persona Gran Quemada esta se ve afectada, ya que primeramente haciendo referencia a que las quemaduras son una causa de discapacidad y desfiguración, es en este último término el que influye en el ámbito social de las personas, llevando a la discriminación social y restricción en la participación (Öster, 2010).

"Trastorno de estrés postraumático no sólo se ha encontrado que afectan funcionamiento sino también ha relacionado con diversos índices de salud y la discapacidad"(Corry, Klick & Fauerbach, 2010).

"En las poblaciones de la comunidad, trastorno de estrés postraumático se ha relacionado con una mayor discapacidad, incluso después de controlar los trastornos psicológicos comórbidos y se asocia con el exceso de deficiencias relacionadas con el trabajo" (Corry, et al., 2010).

Es necesario entonces explorar sobre personas que han experimentado quemaduras



graves. Según lo encontrado no son exclusivamente del ámbito físico, sino que también psicológicos. Por ejemplo, se menciona que una de las principales dificultades con las que queda la persona son las cicatrices, que muchas veces termina restringiendo movimientos (Agbenorku et. al, 2012), estas son aún más complicadas cuando se dan en determinadas partes del cuerpo como en articulaciones (disminuyen el rango de movimiento articular considerablemente) o en partes del cuerpo que son visibles como rostro, cuello y manos que en el caso de estas últimas también tienen un rol fundamental desde el punto de vista funcional (Agbenorku et. al, 2012).

Así mismo todas estas partes del cuerpo que reciben quemaduras y quedan a la vista, generan muchas veces problemas psicológicos como de autoestima, de confianza, depresión, ansiedad, alucinaciones, aislamiento y de hostilidad con el medio. Estos generan complejos de inferioridad, alejamiento social y desprecio, las personas tienden a esconderse o evitar el contacto con los demás. A todo esto, se le denomina estrés traumático mantenido que se refiere no solo a la experiencia de la quemadura, sino que también, a la experiencia constante del dolor, al difícil período de hospitalización, tratamiento y rehabilitación, como también el miedo al encuentro con la sociedad una vez dado de alta la persona (Discapnet, 2018).

En un estudio realizado en Egipto, se midió la calidad de vida de las personas que han sufrido algún tipo de quemadura grave, en donde fue medida mediante la escala breve de salud específica en quemados por una encuesta separada en 9 ítems (habilidades simples, funciones de la mano, afecciones, imagen corporal, relaciones interpersonales, sexualidad, sensación al calor, régimen de tratamiento y trabajo), medidos del 0 al 4, siendo 0 extremadamente y 4 ninguna/nada. En los resultados expresados, la mayoría de las personas recibieron tratamiento quirúrgico (injertos de piel) (Elsherbiny, Salem, El-Sabbagh, Elhadidy, & Eldeen, 2011). En relación a complicaciones locales un 18% sufrió de cicatrices hipertróficas (Elsherbiny et. al, 2011), en el ámbito de las deformidades por quemadura un 28% sufrió deformidades a nivel de la cara y un 8% en las manos (Elsherbiny et. al, 2011), hablando de limitación en la actividad, específicamente en el ámbito de asearse y vestirse, un 34 y 24% respectivamente presentó extremas dificultades en estas actividades (Elsherbiny et. al, 2011). En los factores psicológicos un 20% de las personas presentó sentimientos de soledad, más

de un cuarto de las personas (28%) refirieron sentimientos de frustración en el ámbito sexual y un 8% manifestó no querer llevar algún tipo de tratamiento para sus quemaduras (Elsherbiny et. al, 2011).

En el ámbito laboral, un 32% de las personas refirieron tener una extrema interferencia con sus trabajos, junto con un 34% que experimentaron extremas dificultades trabajando o en la realización de tareas anteriores, es en este dominio donde se expresa un mayor descenso de la calidad de vida en hombre que en mujeres (Elsherbiny et. al, 2011). Buscando la causa de las alteraciones expresadas anteriormente se encontró que algunas de las complicaciones locales que se pueden presentar son las contracturas, siendo estas las más comunes, afectado a la mitad de las personas, seguido de las cicatrices hipertróficas (Elsherbiny et. al, 2011). Así, en cuanto a las dimensiones de calidad de vida, en este estudio se interpretó que el mayor impacto negativo en la salud y las puntuaciones más bajas según los dominios de calidad de vida se registraron en la sensibilidad al calor, trabajo e imagen corporal (Elsherbiny et. al, 2011).

El estrés de las quemaduras en ocasiones provoca una crisis psicológica, la apariencia física se verá alterada y la autoestima suele verse afectado de manera adversa en el paciente, que ha sufrido una quemadura mayor (Elsherbiny et. al, 2011). Volviendo al ámbito laboral, dicho deterioro se demuestra en que tienen un profundo impacto en la autoestima de las personas que sufren de limitación de movimiento secuelas por quemaduras, lo que restringe su libertad y paralizando en ellos el trabajo y las representaciones sociales que eran comunes antes de la quemadura (Elsherbiny et. al, 2011).

Menor calidad de vida se mostró en personas que no trabajaron después de quemaduras. Esto está de acuerdo con los hallazgos de (Dyster-Aas, Kildal, & Willebrand, 2007) que demostró que los pacientes que no trabajaron, tuvieron una menor calidad de vida relacionada con la salud y más síntomas de trastorno por estrés postraumático (Elsherbiny et. al, 2011).

## 14. Términos básicos

Para comprender el contexto de nuestra tesis, definimos los siguientes términos básicos:

### ● Quemadura mayor

Esta fue descrita por la American Burns Association (ABA), la cual responde a ciertos criterios en específico que una persona debe presentar para ser definida como tal, estos son

- 25% de la superficie corporal quemada (SCQ) de 2° en adultos.
- 10% de la SCQ de 3° en niños o adultos.
- Quemaduras por alto voltaje.
- Injuria por inhalación con o sin quemaduras.
- Cualquier quemadura significativa en cara, ojos, orejas, genitales, manos y pies.
- Quemaduras y trauma concurrente.
- Quemaduras en personas de alto riesgo, diabetes, embarazos, EPOC, cáncer, etc.
- Pacientes psiquiátricos.

### ➤ Gran Quemado

Pacientes con Índice de gravedad de Garcés (IG) > 70 puntos (Anexo 2) o con quemaduras de espesor intermedio (AB) o profundas (B) de > 20% de superficie corporal quemada (Anexo 3), pacientes > 65 años con 10% o más de quemadura AB o B, pacientes con quemaduras respiratorias o por inhalación de humo, pacientes con quemaduras eléctricas por alta tensión, pacientes quemados politraumatizados y/o con patologías graves asociadas (Minsal, 2016).

En el diagnóstico del paciente quemado se debe considerar:

- 1) La extensión de las quemaduras
- 2) La profundidad de las quemaduras
- 3) La localización de las quemaduras (cara, cuello, manos, pies, pliegues articulares, genitales, periné, mamas, axila)
- 4) La edad y sexo del paciente
- 5) Peso y estado nutricional del paciente
- 6) Las comorbilidades del paciente
- 7) El estado de conciencia del paciente
- 8) El agente causal, mecanismo y tiempo de acción
- 9) El escenario en que ocurre la quemadura
- 10) Las lesiones concomitantes
- 11) El tiempo de evolución de la quemadura

## ● Funciones corporales

Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas) (Organización mundial de la salud [OMS], 2001).

## ● Estructuras corporales

Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes (OMS, 2001).

## ● Deficiencias

Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida (OMS, 2001).

- **Actividad**

Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo (OMS, 2001).

- **Participación**

Es el acto de involucrarse en una situación vital (OMS, 2001).

- **Limitaciones en la Actividad**

Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades (OMS, 2001).

- **Restricciones en la Participación**

Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales (OMS, 2001).

- **Factores Ambientales**

Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas (OMS, 2001).

- **AVISA**

Años de Vida Ajustados por Discapacidad, estipulan la cantidad de años perdidos en salud a causa de una discapacidad, enfermedad y muerte, expresada en una unidad de medida común para los tres estados: el tiempo medido en años (MINSAL, 2008).

- Superficie corporal quemada (SCQ)

Determinar la extensión de la SCQ o TBSA (Siglas en inglés) puede ser algo complejo, sobre todo en las primeras horas después de la quemadura, debido a que la presencia de eritemas que pueden llevar a una sobreestimación de la SCQ. Pero existen 3 métodos para determinar la SCQ, los que se utilizan dependiendo de cada caso y se explicaran a continuación:

- A. Superficie de la palma: la superficie de la palma de la mano, incluyendo los dedos, equivale aproximadamente al 1% de la superficie corporal total. Este método resulta útil en quemaduras pequeñas (menor al 15% de la superficie corporal) o muy extensas, cuando se evalúa la superficie no quemada del cuerpo (quemaduras mayores al 85% de la superficie corporal). Sin embargo, para quemaduras medianas, este método resulta impreciso.
- B. Regla de los 9 de Wallace: el cuerpo se divide en áreas equivalentes al 9%. Se utiliza para estimar la extensión de quemaduras medianas y grandes en adultos. No es preciso en niños. (Minsal, 2016)

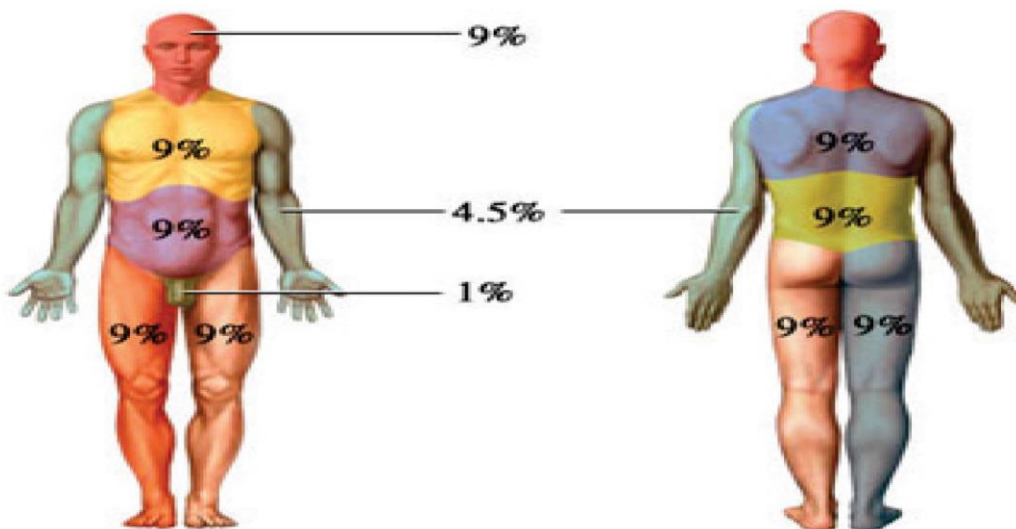


Imagen Nº 1 - Representación Regla de los 9 de Wallace (Minsal, 2016)

C. Plantilla Lund & Browder: este método es el más preciso, si es usado correctamente. Compensa las variaciones de la forma del cuerpo en las distintas edades, por lo que puede ser usada con mayor precisión en los niños. Tener presente que en casos de obesidad mórbida estas proporciones se ven alteradas (Minsal, 2016).

ÁREA	EDAD EN AÑOS				ADULTO	°° segundo grado	°° tercer grado	°° TOTAL
	0-1	1-4	5-9	10 - 15				
Cabeza	17	15	13	9	7			
Cuello (ant. y post.)	2	2	2	2	2			
Tronco anterior	16	16	16	17	18			
Tronco posterior	11	11	11	12	13			
Glúteo derecho	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Glúteo izquierdo	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Genitales	1	1	1	1	1			
Brazo derecho	4	4	4	4	4			
Brazo izquierdo	4	4	4	4	4			
Antebrazo derecho	3	3	3	3	3			
Antebrazo izquierdo	3	3	3	3	3			
Mano derecha.	2	2	2	2	2			
Mano izquierda	2	2	2	2	2			
Muslo derecho	6	7	8	8 1/2	8 1/2			
Muslo izquierdo	6	7	8	8 1/2	8 1/2			
Pierna derecho	5 1/2	5 1/2	5 1/2	6	6			
Pierna izquierdo	5 1/2	5 1/2	5 1/2	6	6			
Pie derecho	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2			
Pie izquierdo	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2			
<b>TOTAL</b>								

Imagen Nº 2 – Plantilla de Lund & Browder

(Minsal, 2016)

Es posible utilizar rápidamente la regla de los 9 pero se puede sobreestimar o subestimar el cálculo para requerimiento de líquidos; es más exacto el diagrama de Lund & Browder ya que compensa las diferencias en el tamaño de los segmentos corporales, propias de la edad.

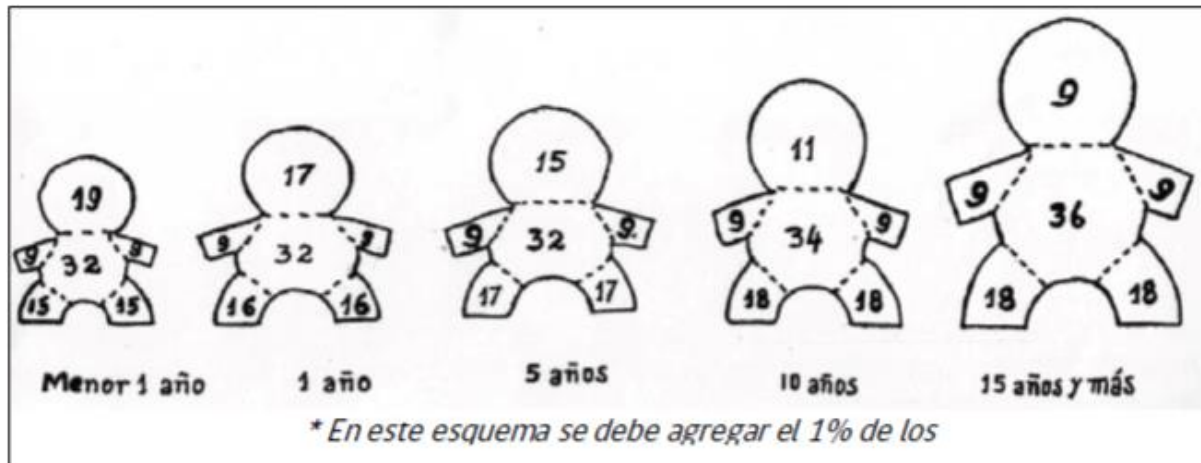


Imagen Nº 3 – Plantilla de Lund & Browder  
(Minsal, 2016)

## ● Profundidad

La evaluación de la profundidad de la quemadura puede ser compleja. Existen distintas clasificaciones, siendo las más utilizadas la clasificación de Benaim, Converse-Smith y ABA (American Burns Association). Las quemaduras son dinámicas y la profundidad de una quemadura puede progresar. La hipotermia transitoria, al producir vasoconstricción, puede generar mayor profundidad que la real, por lo que la reevaluación es fundamental.



Tabla N°1: Profundidad de las quemaduras, según distintas clasificaciones.

Benaim	Converse- Smith	ABA*	Estrato cutáneo lesionado	Pronóstico
Tipo A	Primer grado	Epidérmica	Epidermis	Curación espontánea en 7 días sin secuelas
Tipo AB-A	Segundo grado superficial	Dérmica superficial	Epidermis Dermis papilar	Debería epidermizar espontáneamente en 15 días con secuelas estéticas. Si se complica puede profundizar
Tipo AB-B	Segundo grado profundo	Dérmica profunda	Epidermis Dermis papilar sin afectar faneras profundas	Habitualmente termina en injerto con secuelas estéticas y/o funcionales. Puede requerir escarectomía tangencial
Tipo B	Tercer grado	Espesor total	Epidermis Dermis Hipodermis hasta músculo y hueso	Requiere escarectomía precoz e injerto o colgajos

(Minsal, 2016)

Tabla N°2: Características clínicas de las quemaduras según la clasificación de profundidad de Benaim.

	TIPO A (superficial)	TIPO AB (Intermedia)	TIPO B (Total)
Características clínicas	<p>Flictenas; color rojo; turgor normal.</p> <p>Apariencia de quemadura de sol.</p> <p>Dolor intenso.</p>	<p>Superficial: Color rosado, homogénea; llene capilar normal; dolor; humedad; folículos pilosos intactos.</p> <p>Profundo: Color moteado o blanco, retraso o ausencia de llene capilar; folículos pilosos no intactos.</p> <p>Disminución de la sensibilidad</p>	<p>Sin flictenas; color blanco grisáceo; sin turgor;</p> <p>Dermis seca, blanca o carbonizada, piel arrugada, insensibilidad</p> <p>Dolor ausente.</p>

(Minsal, 2016)

## 15. METODOLOGÍA

### ● Diseño Metodológico

Hoy en día la cantidad de información recopilada a nivel cualitativo en relación a las quemaduras, se encuentra en su mayoría a nivel internacional.

Como mencionamos anteriormente, en Chile la información sobre personas quemadas se encuentra en el ámbito de la investigación cuantitativa, la cual ha ayudado en gran medida a elevar la sobrevivencia de las personas que han sufrido esta injuria, dando énfasis en el contexto hospitalario de la persona quemada.

Es en el ámbito de la etapa post hospitalaria, específicamente la rehabilitación, en donde se carece de conocimiento, es por esto que la metodología que fue seleccionada por nuestro grupo fue la metasíntesis, ya que por la finalidad de esta clase de estudios, podemos lograr aportar con un conocimiento del proceso post hospitalario que viven las personas con quemaduras severas.

Históricamente, según Schreiber, indica que el término meta-análisis cualitativo o metasíntesis fue utilizado en primera instancia en 1985 por Stern y Harris, los cuales lo utilizaron para referirse a una síntesis de un grupo de hallazgos de investigaciones cualitativas (Schreiber, 1989)

Pero es al día de hoy, donde la metasíntesis, ya más definida como una metodología, se define como “un movimiento que busca la síntesis e interpretación del conocimiento científico a través de la puesta en marcha de nuevas alternativas de investigación que buscan interpretar el conocimiento científico y potenciar su utilidad en la práctica” (Moreno, 2012). Esta metodología en particular implica rigor en la selección del conocimiento tal como lo indica Gálvez “...el nivel más alto de complejidad de la investigación secundaria cualitativa es la metasíntesis y se define como la integración y síntesis de hallazgos, realizada a partir de varios metaestudios cualitativos”.

La metasíntesis tiene por objetivo crear interpretaciones de todos los estudios seleccionados y estudiados “en un dominio determinado que se mantienen fieles a la

interpretación de cada estudio por separado” (Moreno, 2012). Así este tipo de metodología es referida como un “estudio de estudios” (Moreno, 2012), que intenta sintetizar los resultados de diversos estudios de carácter cualitativo para encontrar una nueva perspectiva más allá de los resultados de cada estudio individual.

Para los componentes de los cuales se conforma esta metodología cualitativa, podemos encontrar diversos aspectos, como por ejemplo:

**Muestra:** la cual a través de diversos estudios basados en metasíntesis, se encuentra que no existe un estándar para determinar el tamaño de la muestra. (Campbell et al., 2003)

**Selección de la pregunta de investigación:** refiere sobre la posibilidad de realizar una revisión exhaustiva de la literatura que esté disponible en el área de interés a escoger, para finalmente determinar la producción de conocimiento en el fenómeno elegido (Moreno, 2012). Así, y correlacionado con lo mencionado anteriormente en el ítem de la muestra, se llega a la afirmación de que no necesariamente debe haber un número de investigaciones cualitativas que abarque el fenómeno escogido. Junto con esto se menciona, en diversos estudios, que el hecho de incluir gran número de estudios en la metodología de metasíntesis puede llegar a generar errores en la interpretación debido a la gran cantidad de información a analizar; es por esto, que diversos autores afirman que al estar frente a la presencia de una gran cantidad de información sobre un fenómeno, esta se debe acotar mediante la presencia de criterios de inclusión y exclusión específicos que permitan la interpretación de dicha información. Finalmente, y siguiendo la línea de estos mismos autores, todos mencionados en la tesis de Moreno, recomiendan a la utilización como mínimo, entre 10 a 12 estudios como un número adecuado para la realización de una metasíntesis (Moreno, 2012)

**Calidad de estudios seleccionados:** Para este aspecto en especial, los autores recomiendan excluir estudios que no contengan todos los criterios éticos (Moreno, 2012), para nuestro caso, un criterio de exclusión fue la no aprobación de un comité de

ética para los diferentes estudios. Es por esto que cada investigación presente en este estudio está aprobada por comités de ética respectivo para cada investigación.

Técnica para proceso de interpretación de Metasíntesis cualitativa: este aspecto está basado hacia un proceso para transformar los hallazgos en conceptos (Moreno, 2012). Durante nuestra investigación, esta etapa se realizó mediante un trabajo de carácter inductivo, es decir, la codificación y categorización de los datos, adquiridos mediante la utilización del software Atlas.ti, fueron recopilados con la intención de formar una interpretación coherente con respecto al fenómeno abordado.

El software Atlas.ti actúa como una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos encontrados en las investigaciones recopiladas. Este simplemente ayuda a los investigadores agilizando considerablemente algunas de las actividades implicadas en el análisis e interpretación de datos cualitativos. (Moreno, 2012)

De acuerdo a la teoría y dando respuesta a nuestro método usado, esta se puede abordar, mediante la definición de distintos autores expresado en la tesis de Moreno, en donde se refiere la creación de una taxonomía de hallazgos, la cual “debe desarrollarse inductivamente, mostrando los conceptos incluidos en los informes, organizándose de tal forma que proporcionen bases conceptuales descriptivas, modelos o hipótesis de trabajo”. (Moreno, 2012)

La organización basada en la taxonomía es realizada a partir de categorías y subcategorías que van a permitir agrupar e integrar estos hallazgos, siendo esta última desarrollada con la lectura. Son las categorías, según Glaser, el principal aspecto que representa un patrón o conducta. (Moreno, 2012). Esta deberá saturarse para poder analizar su poder de explicación y deberá poderse explicar en relación a su relevancia respecto de otras categorías. (Moreno, 2012)

## ● Población

Buscamos artículos de investigación científica de carácter cualitativo, entre estos se incluyen fenomenología, estudio de caso, entre otros, que estudien los distintos aspectos de la vida de personas con quemaduras severas. Para la búsqueda de estos artículos se utilizó la base de datos Pubmed, Science Direct y la proporcionada por la biblioteca de la Universidad Nacional Andrés Bello.

## ● Muestra

Para evitar ciertos errores en la interpretación de datos debido a una excesiva base de información, se utilizaron criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Estudios Cualitativos	Estudios que en la muestra incluyeran menores de edad.
Artículos científicos que interpretaran las experiencias que viven las personas mayores de 18 años, fuera del contexto hospitalario con quemaduras mayores, según los criterios de la ABA.	Estudios con participantes con enfermedad psiquiátricas
Estudios que fueron publicados desde el 2008 en adelante.	Estudios que utilizaran solo la metodología cuantitativa.
	Artículos científicos que no cumplan con los criterios mínimos de ética

Tabla N°4: Criterios de Inclusión y Exclusión

- Criterios de inclusión:

1. Estudios cualitativos.
2. Artículos científicos que interpretan las experiencias que viven las personas mayores de 18 años, fuera del contexto hospitalario con quemaduras mayores, según los criterios de la ABA:
  - 25% de la superficie corporal quemada (SCQ) de 2° en adultos.
  - 10% de la SCQ de 3° en niños o adultos.
  - Quemaduras por alto voltaje.
  - Injurias por inhalación con o sin quemaduras.
  - Cualquier quemadura significativa en cara, ojos, orejas, genitales, manos y pies.
  - Quemaduras y trauma concurrente.
  - Quemaduras en personas de alto riesgo, diabetes, embarazos, EPOC, cáncer, etc.
  - Estudios que fueron publicados desde el 2008 en adelante.

- Criterios de exclusión:

- 

1. Estudios que en la muestra incluyeran menores de edad.
2. Estudios con participantes con enfermedades psiquiátricas.
3. Estudios que utilizaran solo la metodología cuantitativa.
4. Artículos científicos que no cumplan con los criterios mínimos de ética.

- Aspectos éticos de la investigación

Debido a que nuestra investigación ocupa como fuente de información estudios publicados, en donde a partir de estos se lleva a cabo un proceso de interpretación y/o creación de hipótesis, se aplicará como parámetro ético el reconocimiento de la propiedad intelectual utilizada, mediante las citas expuestas en esta investigación.

La Propiedad Intelectual (PI) “agrupa a los derechos legales (reconocimiento y explotación) entregados por un determinado Estado, que protegen las creaciones intelectuales humanas. Dentro de estas creaciones se encuentran las invenciones, obras literarias, científicas y artísticas, entre otros.” (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015)

En la legislación chilena existe la Ley N° 17.336 de Propiedad Intelectual, en donde en su Artículo 1° establece que:

#### LEY N° 17.336

Artículo 1°- La presente ley protege los derechos que, por el solo hecho de la creación de la obra, adquieren los autores de obras de la inteligencia en los dominios literarios, artísticos y científicos, cualquiera que sea su forma de expresión, y los derechos conexos que ella determina.

El derecho de autor comprende los derechos patrimonial y moral, que protegen el aprovechamiento, la paternidad y la integridad de la obra. (Mineduc, 2017)

Finalmente, todos los artículos seleccionados contaban con la aprobación de un comité de ética local

## ● Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos de nuestra investigación realizamos una búsqueda con los siguientes descriptores Burns and Qualitative and Research and Rehabilitation, en las distintas bases de datos, como Pubmed, ScienceDirect para la posterior selección de estudios cualitativos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

A continuación, presentamos una tabla resumen de los estudios:

Tabla N°5: Tabla resumen de Estudios

Base de Datos	Descriptor	Número de artículos encontrados	Número de artículos pertinentes	Nombre artículos
Biblioteca Universidad Andres Bello	Burns, qualitative research and rehabilitation (2008 al 2017)	112	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores biopsicosociales que interfieren en la rehabilitación de víctimas de quemaduras: revisión integradora de la literatura</li> <li>- The dynamic experience of pain in burn patients: A phenomenological study</li> <li>- The main concern of burn survivor in Iran</li> <li>- Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: A qualitative analysis.</li> </ul>
Pubmed	Burns and	47	4	- The life impact of burns: the



	qualitative research and rehabilitation			<p>perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barriers and facilitators to work reintegration and burn survivors' perspectives on educating work colleagues</li> <li>- The experience of acute burns of the hand - patients perspectives.</li> <li>- Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: an integrative review.</li> </ul>
Science Direct	Burns and qualitative research and rehabilitation	26	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Return to work after burn - a prospective study</li> <li>- Return to work after burns: A qualitative research study</li> <li>- Adult burn</li> </ul>

				survivors' views of peer support: a qualitative study
--	--	--	--	---

La información fue obtenida a través de las siguientes estrategias de búsqueda:

- Recursos electrónicos
  - Artículos académicos disponibles en la base de datos de la biblioteca de la Universidad Nacional Andrés Bello (UNAB)
  - Recursos disponibles a través de la Web, como Pubmed, Science Direct y Unab
- Recursos Físicos
  - Tesis disponibles en el servicio de biblioteca de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación

Para llevar a cabo un correcto procedimiento de búsqueda, se utilizó un formato señalado en Moreno (2012), la cual establece dos tipos de búsqueda, ya sea por palabras claves o autor.

- El uso de palabras claves se subdivide en dos categorías, las relacionadas con el método (Qualitative Research) y las relacionadas con la temática (Burns, Rehabilitation).
- La búsqueda a través del autor es de acuerdo a fuentes primarias o encontradas en otros artículos de revisión pertinentes al caso.

## ● Técnicas para el análisis de información

Para el análisis de información utilizaremos el programa Atlas.ti, que nos sirve para “segmentar datos en unidades de significado; codificar datos (en ambos planos) y construir teoría (relacionar conceptos y categorías y temas)” (Hernandez, Fernandez, &

Baptista, 2010). Luego de esto llevaremos a cabo la codificación de los datos que comienza con:

A.- Codificación Abierta, donde se van mostrando los datos obtenidos de los distintos métodos de recolección de información que utilizaremos. El primer paso del proceso de análisis comienza con la reducción de información que se recoge a partir de la codificación, Estos se van agrupando en distintas en categorías, propiedades, temas o grupos que le den a los datos cierta unidad significativa, para así comenzar a revelar significados potenciales y desarrollar ideas, donde saldrán nuestros primeros códigos (Hernandez et al., 2010)

B.- Codificación Axial, con la que se agrupan los datos identificados, separados y codificados por el investigador, para crear vínculos entre categorías y temas, y construir un modelo del fenómeno estudiado (Hernandez et al., 2010).

C.- Codificación Selectiva, “consiste en describir e interpretar el significado profundo de las categorías”. Esta codificación actúa de manera que integra y refina categorías a los fines de construir teoría. Este último tipo de codificación implica descubrir las categorías centrales de la investigación. Una vez identificadas las categorías centrales, se construye alrededor de ellas una red de conceptos como forma de ir integrando las categorías y generando teoría (Corbin, 2002).

## ● Criterios de rigor

Como ha sido mencionado, dentro de la selección de estudios estos fueron sometidos a criterios de inclusión. Es importante destacar que no se descartaron hallazgos de investigación por cuestiones de calidad, puesto que la metasíntesis se basa en los hallazgos encontrados relacionados con el fenómeno como tal en este caso experiencia de personas con quemaduras mayores, aun cuando el objetivo de la investigación primaria, no lo hubiese planteado así (Moreno, 2012).

Lo anterior no significa que nuestra investigación carezca de rigor metodológico puesto que cumple con los criterios de investigación cualitativa como:

A.- Credibilidad: en donde se debe captar “el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema” (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010).

A través de un proceso riguroso de búsqueda de los hallazgos de investigación en nuestras bases de datos ya mencionadas anteriormente, con sus descriptores correspondientes, nos permitieron tener un panorama de los reportes de investigación en el fenómeno estudiado y así un sustrato suficiente para la selección de los reportes idóneos para la elaboración de la metasíntesis.

B.- Transferencia: la investigación debe ser apta para que el lector pueda determinar el grado de similitud entre el contexto del estudio y otros contextos, por lo tanto debemos describir con toda amplitud y precisión el ambiente, los participantes, materiales, momento del estudio, etc. (Hernandez et al., 2010). Realizamos una descripción densa de los resultados obtenidos, con el fin de que esta sea entendida por todo lectores, se plantea la descripción de cada categoría con sus respectivos códigos más relevantes.

C.- Confirmación: para esto, nos capacitamos en el manejo de programa Atlas Ti. el cual nos permitió un manejo adecuado, mayor rigurosidad en la codificación y análisis de los estudios, demostramos el diseño metodológico con el fin de minimizar los sesgos y tendencias que se puedan presentar durante la investigación. Este criterio tiene relación con el de Credibilidad. Realizaremos una triangulación sobre las fuentes de información.

# 16. Resultados y Discusión

- **Elaboración de Categorías**

Una vez analizados los artículos científicos, con la ayuda del software Atlas ti, pudimos extraer citas textuales las cuales fueron interpretadas y agrupadas en diversos códigos según el significado y la apreciación que se le fue otorgada. Creamos 33 códigos con los que obtuvimos variadas temáticas y/o matices sobre la vida de los sobrevivientes que van desde repercusiones tanto físicas y personales, hasta influencias en la vida social y cambios en la actividad laboral. El siguiente paso fue asociar los códigos que abordan materias similares o estaban relacionados. Así es como llegamos a la formación de 10 categorías que sintetizan en gran medida los numerosos cambios a los que se ven enfrentados los sobrevivientes. En la tabla se muestra un ejemplo de surgimiento de categorías a partir de los códigos que fueron seleccionados:

Tabla N°1: Categorías y Códigos

Categorías	Códigos
Actividad Laboral	Contexto laboral – Contexto participante – Edad participantes – Facilidades laborales – Factores de riesgo – Participación – Relación quemadura/cambio – Repercusiones económicas – Repercusiones físicas – Secuelas – TBSA – Tiempo de retorno trabajo - Trabajo
Aspectos Positivos	Cambios positivos – Relaciones familiares

Modelo Biopsicosocial	Actividad – Barreras de la rehabilitación – Biopsicosocial – Cambios aspectos de vida – Facilitadores de la rehabilitación – Imagen Corporal – Injuria – MMSS – Participación – Rehabilitación – Relación familiar – Relación sentimental – Relaciones quemados – Relaciones sociales – Repercusiones económicas – Repercusiones físicas – Secuelas – TBSA – Trabajo – Vestimenta
Consecuencias	Actividad – Biopsicosocial – Cambios aspectos de vida – Hábitos – Imagen corporal – MMSS – Participación – Repercusiones económicas – Repercusiones físicas – Secuelas – TBSA – Tiempo retorno al trabajo – Trabajo - Vestimenta
Esquema Corporal	Imagen corporal – Injuria – MMSS – Repercusiones físicas – Secuelas – TBSA – Vestimenta
Etapa Previa	Contexto participante – Edad participante
Facilitadores	Cambios positivos – Contexto participante – Equipo multidisciplinario – Familia – Relaciones quemados
Factor social	Biopsicosocial – Cambios aspectos de vida – Contexto laboral – Familia – Relaciones familiares – Relación sentimental – Relaciones quemados – Relaciones sociales

	- Trabajo
Redes de apoyo	Equipo multidisciplinario – Familia – Fisioterapeuta – Relaciones familiares – Relaciones quemados
Terapia	Barreras de la rehabilitación – Equipo multidisciplinario – Facilitadores de la rehabilitación – Fisioterapeuta – Rehabilitación

Las 10 categorías y sus respectivos dominios los describimos a continuación.

## ● Actividad laboral

Después de experimentar una quemadura, uno de los aspectos de la vida más afectados es el ámbito laboral, lo que se puede comprobar en los estudios analizados, ya que estos mencionan que los cambios en el trabajo fueron los más reportados y tienen un fuerte impacto en la situación financiera de la persona, Debido a que dejan de trabajar por un tiempo o debieron cambiar de trabajo. (Ciofi-Silva et al., 2010)

Las limitaciones experimentadas al regresar al trabajo incluyeron quemaduras en las manos y miembros superiores, cicatrices y contracturas hipertróficas, dolor, hipersensibilidad cutánea, problemas psicológicos en curso, dificultades con la reintegración en la fuerza de trabajo y reacción de otros a una quemadura severa. Además, Ciofi-Silva et al. (2010) afirmó que el 68.7% de sus participantes que sufrieron quemaduras en los miembros superiores, informó de algún tipo de cambio en su vocación en comparación con aquellos que sufrieron quemaduras en otras áreas de su anatomía.

Pero el tener un enfoque multidisciplinario del equipo para planificar el regreso al trabajo, involucrando al equipo médico, fisioterapeutas, psicoterapeutas, el empleador y lo más importante, el paciente puede conducir a un retorno al trabajo más exitoso (Ciofi-Silva et al., 2010). Además, ser proactivo, optimista, persistente y capaz de abogar por uno mismo fueron identificados como las cualidades personales más útiles para el sobreviviente de una quemadura. La motivación también fue reportada como un facilitador. Este concepto estaba estrechamente relacionado con la percepción del trabajo de los sobrevivientes de quemaduras. Para algunos, volver al trabajo fue experimentado como la capacidad de reanudar su rutina diaria y distraerse del dolor (Nguyen et al., 2016). Otro factor importante identificado fue la educación, ya que los clínicos y sobrevivientes de quemaduras las identificaron como una estrategia eficaz para facilitar la integración laboral después de una quemadura (Nguyen et al., 2016). Lo cual se puede ver reflejado en la siguiente cita:

“Algunos pacientes parecían estar relativamente 'inalterados' en consecuencia de sus quemaduras, habiendo recuperado su plena función física y sin ser afectados psicológicamente. Estos pacientes regresaron al mismo trabajo y, a menudo, se beneficiaron de un empleador que los apoyaba, les permitía relajarse en el empleo trabajando desde su casa y a tiempo parcial” (Mackey et al. 2009).

## ● Modelo Biopsicosocial

En el contexto de los modelos de salud el más apto para lograr abordar el suceso de una quemadura es el modelo biopsicosocial ya que abarca todos los factores que integran a una persona. Las barreras y los retos experimentados por los sobrevivientes de la quemadura incluyeron pérdida del funcionamiento físico, cicatrices, amputaciones, dificultad para caminar y realizar actividades de la vida diaria (Kornhaber et al., 2014) como también cambios en las actividades de ocio que fueron reportados más frecuentemente por participantes con quemaduras en áreas visibles como la cara, el cuello y los miembros inferiores (Ciofi-Silva et al., 2010). Esto se demuestra en las siguientes citas:



“Solía ir a piscinas antes del accidente” (Ciofi-Silva et al., 2010).

“Jugué al fútbol pero, después del accidente, tengo miedo de lastimar mi piel” (Ciofi-Silva et al., 2010).

“Yo solía ser muy feliz y bailar mucho, ahora me avergüenzo de mí mismo a causa de mis cicatrices” (Ciofi-Silva et al., 2010).

Además, que las cicatrices en las orejas, nariz, los dedos o las extremidades, junto con la pérdida de cabello, a menudo hacen que la gente mire a los que han sobrevivido a quemaduras graves, lo que puede dificultar la reinserción en la comunidad (Badger & Royse, 2010). Aunque características individuales de los sobrevivientes de quemaduras, como una perspectiva positiva, adaptación, motivación, metas de rehabilitación establecidas y apoyo social, influyeron en la facilitación del proceso de participación social como el regreso al trabajo (Kornhaber et al., 2014).

## ● Aspectos positivos

Las repercusiones de las quemaduras no solo son experiencias catastróficas para los sobrevivientes, ya que muchos participantes relatan sentirse más fuertes después del suceso, el hecho de superar las situaciones de adversidad y además los aspectos positivos de la experiencia con cambios de mentalidad sobre la vida y deseos de vivir (Mackey et al. 2009). Además, algunos participantes rescatan el hecho que el incidente los ayudó a estrechar lazos más fuertes con sus familias y seres queridos (Ciofi-Silva et al., 2010). Los participantes que rescatan los aspectos positivos posterior al incidente, lograban una reinserción social y vuelta al trabajo en menos tiempo (Mackey et al.2009).

## • Consecuencias

Un buen número de estudios apuntan al hecho de que la naturaleza destructiva de la quemadura afecta a muchos aspectos significativos de la vida de las personas afectadas, incluyendo su relación con la belleza externa, con otras personas y las funciones físicas y sociales (Zamanzadeh, Valizadeh, Lotfi, Salehi, & Khalili, 2016), como lo demuestran algunos estudios, en donde señalan que los pacientes con quemaduras informaron dificultades para exponer sus cuerpos, algo que puede ser muy natural para las personas no quemadas. Algunos prefieren quedarse en casa y cambiar sus hábitos sociales, y otros cambian sus hábitos en la vestimenta, por ejemplo tratando de ocultar sus secuelas con ropa apropiada (Ciofi-Silva et al., 2010), ya que la apariencia y la imagen corporal, cuando son afectadas por la quemadura, pueden perjudicar la reinserción social de las personas (Ciofi-Silva et al., 2010). Estos cambios también afectan al trabajo, los autores de un estudio han demostrado claramente cómo los participantes han experimentado interrupciones, dificultades e implicaciones financieras con respecto a limitaciones que abarcan: una licencia, un retiro forzoso, dificultades para adaptarse al entorno de trabajo, un desempeño deficiente, pérdida de empleo, cambio de empleo y las dificultades para lograr nuevos trabajos (Kornhaber et al., 2014), lo que está muy relacionado con las repercusiones físicas que experimentan los sobrevivientes de la quemadura, lo que incluyen pérdida del funcionamiento físico, cicatrices, amputaciones, dificultad para caminar y realizar actividades de la vida diaria como lo son el vestirse. Además de problemas psicológicos que están relacionado a la capacidad de afrontamiento del estrés del paciente y a las estrategias utilizadas por él, que pueden estar relacionadas a varios otros trastornos de orden emocional, psicológica o psiquiátrica (baja autoestima, depresión, trazos de ansiedad, trastorno de personalidad, entre otros) (Zamanzadeh et al., 2016).

## ● Esquema corporal

Dentro de los hallazgos de injurias llama la atención los accidentes de trabajo provocados por la explosión y el incendio de alcohol u otros líquidos inflamables, son frecuentes entre los hombres, lo que resulta en lesiones graves de gran extensión (Ciofi-Silva et al., 2010), hay estudios que asocian el tener un área de superficie corporal quemada mayor a una peor adaptación post hospitalaria (Ciofi-Silva et al., 2010).

Entre los estudios destacan 32 participantes que presentaron quemaduras en al menos uno de sus miembros superiores, en donde refieren que el dolor se presenta y continúa una vez que salen del hospital, siendo un problema en sus vidas, el que a menudo conduce al alto consumo de drogas, o consecuencias psicológicas (Ciofi-Silva et al., 2010), así mismo en otro estudio se describe que los sobrevivientes de quemaduras experimentan dolor severo y sufrimiento en sus actividades diarias después de la quemadura. Estas dificultades fueron recibidas como amenazas y perturbación en la auto-integridad (Zamanzadeh et al., 2016).

Otros participantes informaron dificultades para exponer sus cuerpos, algo que puede ser muy natural para las personas no quemadas. Pero estas personas tratan de esconder las secuelas y otros prefieren no exponerse socialmente teniendo como consecuencia los cambios de sus hábitos (Ciofi-Silva et al., 2010). Lo que lleva a buscar adaptaciones, como por ejemplo algunos participantes informaron cambios en el modo de vestir. Un 43,1% cambiaron el tipo de ropa usada para evitar exponer sus cicatrices al sol o para evitar la observación de su entorno social.

## ● Etapa previa

Existen factores de riesgo que se asocian a quemaduras los cuales según Dunpath, Chetty, & Reyden (2016) plantea que las injurias por quemaduras tienen más incidencia en las comunidades de bajos a medianos recursos y esto se atribuye mayormente hacinamiento, la pobreza, la falta de infraestructura básica, el analfabetismo, la

implementación inadecuada de medidas de seguridad, además del uso de agentes inflamables como fuentes de energía diaria.

También en esta categoría se encuentra el contexto del participante, en que condición de vida se encontraba antes del accidente, si el participante trabajaba o se encontraba desempleado, consumo de drogas, estado económico, entre otros. Ya que estas circunstancias podrían intervenir en el proceso de rehabilitación y reintegración social (Mackey et al. 2009).

## ● Facilitadores

Los estudios destacan la existencia de variados elementos que influyen de manera positiva en el proceso de rehabilitación y reinserción social de los cuales destacan la presencia de un equipo de rehabilitación multidisciplinario con conocimientos sobre el mundo de las quemaduras para abordar de mejor manera al sobreviviente (Gonçalves et al., 2011). Además, el hecho de incorporar a la familia en el proceso como plantea Ciofi-Silva et al. (2010):

“estos equipos de salud podrían incluir a los miembros de la familia como parte del cuidado del paciente y centrar su atención en la recuperación de la estructura y la función, así como en los problemas psicosociales, ayudando a los pacientes y sus familiares a hacer frente a las nuevas situaciones”.

Los autores también destacan la interacción entre sobrevivientes de quemaduras como grupos de apoyo para superar adversidades y potenciarse entre ellos, ya que admiraban como ejemplos de vida a sus compañeros sobrevivientes, Badger & Royse (2010):

*“Un sobreviviente de sexo masculino declaró: “Es increíble que alguien sepa de qué se trata [la recuperación]. . . la picazón, montaña rusa emocional / hormonal.”*

Sin embargo el factor más importante como facilitador en el proceso de rehabilitación y

reintegración es la capacidad del sobreviviente de empoderarse de la circunstancia, tener una actitud optimista frente a la vida, ser proactivo, persistente, capaz de abogar por sí mismo y poseer la motivación de superar la adversidad (Nguyen et al., 2016). En la recopilación de entrevistas de Thakrar et al. (2015) se encontró el relato de un sobreviviente

*"Chris enfatiza la necesidad de mantenerse positivo, lo que implica que esto podría ser más fácil decirlo que hacerlo. Chris desafía las limitaciones planteadas por su quemadura al construir una historia en la que volverá a trabajar y se verá afectado por su lesión sólo "un poco". Al igual que otros hombres, hace un intento manifiesto de reducir la relevancia de su quemadura y el impacto que tiene sobre él llamándola "una cosa pequeña"; demostrando así su positividad".*

Se puede tener un buen equipo multidisciplinario, una familia integral, un empleador cooperador, pero el factor más importante será la actitud del sobreviviente (Mackey et al.2009).

## ● Factor Social

Se sabe que el proceso de rehabilitación de pacientes quemados es complejo, necesita de un equipo multidisciplinario, con enfoque en el cuidado holístico y debe tener como objetivo promover la adaptación, incluyendo las recuperaciones físicas, psicológica y sociales (Gonçalves et al., 2011).

Dentro de un estudio 17 participantes reportaron cambios en sus relaciones familiares (persona significativa u otros miembros de la familia), amigos o ambos. Como por ejemplo menos interacción social, especialmente con los amigos, después del accidente de quemadura. Además, prefirieron quedarse en casa para pasar más tiempo cuidando la cicatriz y evitando llamar la atención de personas que son curiosas acerca del accidente (Ciofi-Silva et al., 2010). Tanto los familiares como los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la adaptación de las víctimas de quemaduras, porque apoyan a la persona durante la recuperación (Ciofi-

Silva et al., 2010). El equipo de salud debe incluir a familiares para el cuidado de la persona y enfocar su intervención tanto en la estructura como en la función de esta, proporcionando así una ayuda a la familia para lograr una mejor adaptación social y laboral de la persona (Ciofi-Silva et al., 2010).

Por otra parte resalta lo que es el apoyo entre compañeros con quemaduras mayores, en un estudio se describe que 12 participantes, expresaron el deseo de contar sus historias de quemaduras para ofrecer apoyo a otras personas que se enfrentan a los desafíos relacionados con esto, así ayudarlos a entender que pueden tener una vida plena después de ser quemado (Abrams, Ogletree, Ratnapradipa, & Neumeister, 2016). En otro estudio cuando se les preguntó las experiencias de apoyo de pares que habían recibido, cinco sobrevivientes de quemaduras identificaron el apoyo informal de los compañeros (por ejemplo, discusiones con otro paciente) y veinticinco tenían contactos formales organizados de apoyo de pares de algún tipo (por ejemplo, el campamento de quemaduras o visita al hospital). Todos los entrevistados informaron opiniones positivas sobre el valor y el efecto beneficioso del apoyo entre compañeros (Badger & Royse, 2010). Por ejemplo estos relatos:

*Una superviviente de 29 años de edad, dijo que le habían dado "un conjunto de herramientas saludables" y que "otros sobrevivientes de quemaduras se convirtieron en modelos a seguir para la recuperación "Permitiéndole" observar cómo responden (entrar en una habitación, presentarse a sí mismo) y [yo] podía imitarlas (Badger & Royse, 2010).*

*Un sobreviviente de quemaduras en sus veinte años mencionó ir a un psiquiatra, pero no sentir ninguna relación. A continuación, dijo: "Cinco minutos con un compañero de apoyo se saltó seis semanas [de recopilación de información]. Sentí una confianza automática. Sabes que puedes confiar en ellos con sentimientos. (Badger & Royse, 2010)*

## ● Redes de Apoyo

Tanto los familiares como los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la adaptación de las víctimas de quemaduras, porque apoyan a la persona durante la recuperación (Mackey et al., 2009). Un equipo multidisciplinario, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, podrían ser útil para organizar e implementar el plan de tratamiento de rehabilitación (Ciofi-Silva et al., 2010). Se sabe que el proceso de rehabilitación de pacientes es muy complejo, necesitan de un equipo multidisciplinario, con enfoque en el cuidado sanitario y debe tener como objetivo promover la adaptación, incluyendo las recuperaciones físicas, psicológicas y sociales (Gonçalves et al., 2011).

## ● Terapia

Uno de los principales problemas en la terapia y rehabilitación de personas que se han quemado es el porcentaje de la superficie corporal quemada, ya que está fue apuntada como un indicador de peor ajuste y calidad de vida en algunos estudios descriptivos, ya que cuanto mayor la SCQ, mayores serán las dificultades con actividades de la casa, del cuidado del cuerpo, de la movilidad, en la integración social y, principalmente, del retorno al trabajo. La gravedad de la quemadura también fue apuntada como un dificultador de la rehabilitación y recuperación de las funciones (Gonçalves et al., 2011). Es por esto que se sabe que el proceso de rehabilitación de pacientes quemados es complejo, además de que el dolor provocado por la quemadura fue apuntado como un factor que dificulta la rehabilitación (Gonçalves et al., 2011).

Las limitaciones funcionales más frecuentemente mencionadas fueron dolor, disfunción termorreguladora (malestar en un clima caliente), falta de resistencia muscular y disminución de la movilidad debido a la formación de cicatrices, un ejemplo de esto es la siguiente cita:

“El 37% de mi cuerpo fue quemado, en muchas áreas como el brazo, la axila, los nervios y los músculos fueron afectados, por lo que esto dio como resultado una falta de fuerza y movilidad (...) y no pude levantar los brazos” (Nguyen et al., 2016).

En cuanto al aspecto psicológico, si bien varios estudios hacen referencia a que el apoyo de la familia y de un profesional en el tema es muy importante. Un estudio sugiere que el compartir con otras personas que también han sufrido quemaduras es muy importante para la rehabilitación, ya que la gran mayoría de los encuestados informó que sus vidas cambiaron al obtener esperanza y perspectiva como resultado del apoyo de los compañeros (Badger & Royse, 2010).

## 17. Síntesis integradora

Una vez finalizado el análisis de las citas, códigos y categorías. Logramos tener una interpretación general de cómo es el suceso, y de qué manera se ve afectada la vida de los sobrevivientes, de la cual podemos afirmar que existe un antes (determinada por la Etapa Previa) y un después (Consecuencias) luego de una quemadura en la vida del sobreviviente, un cambio que se produce y estará influenciado por muchos factores de diversas índoles, siendo los más relevante la *Actividad Laboral*, *Esquema Corporal*, *Factor social*, *Redes de apoyo* y *Terapia*. Estas se relacionan entre sí generando un contexto para el sobreviviente, se pueden ver beneficiadas unas de otras y actuar como *Facilitadores* para lograr que el proceso por el cual vive el sobreviviente sea más ameno y no enfrentar tantas adversidades. Los facilitadores más relevantes para un correcto proceso de rehabilitación se reconocen en una Terapia efectiva y en buenas Redes de apoyo en interacción con el contexto del sobreviviente.

Es ahí donde los Aspectos positivos tienen un papel fundamental en la vida de la persona y su capacidad de lograr anteponerse a la situación y salir adelante.

Todo esto en el marco de un *Modelo Biopsicosocial* que integre todos los factores de la persona, las barreras que puedan existir, el equipo de rehabilitación, sus actividades y participación.



A continuación, se presenta un diagrama con las categorías y sus respectivas relaciones que en conjunto abordan al sobreviviente de una manera global, siendo estas repercusiones físicas, psicológicas, sociales, laborales, entre otras.

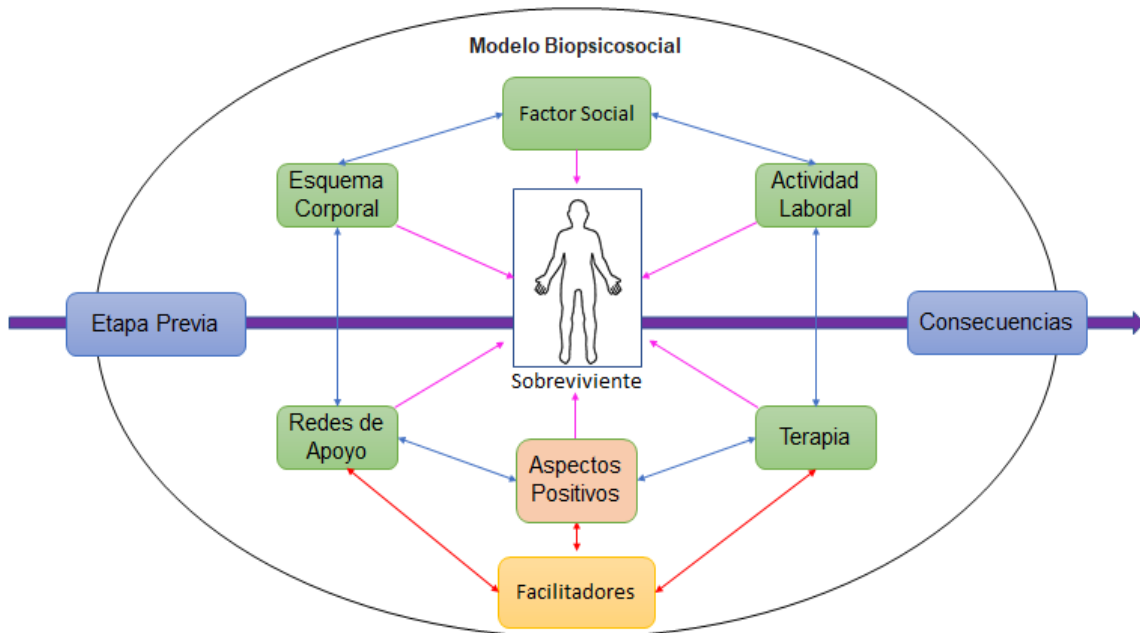


Figura N°1

En el diagrama se presenta una línea de tiempo, en la cual existe una Etapa Previa y Consecuencias a causa de la quemadura. En la parte superior están presentes los conceptos de Esquema Corporal, Factor Social y Actividad Laboral lo que posterior a la injuria pueden verse comprometidos. Por otra parte, bajo la línea de tiempo, se encuentran los conceptos más relevantes para lograr una rehabilitación exitosa, que son una buena Terapia, optimas Redes de apoyo y Aspectos Positivos los que actúan como Facilitadores. El modelo Biopsicosocial engloba todos los conceptos mencionados, los cuales están relacionados entre sí, de manera que pueden influenciarse según el contexto del sobreviviente.

## 18. Discusión

Como mencionamos a lo largo de nuestra investigación, en la actualidad la sobrevivencia de personas que han sufrido una quemadura ha tenido un aumento exponencial a lo largo de los años, esto gracias a los avances tecnológicos que se han ido desarrollando en esta materia (Albornoz et al. 2013) , pero a la vez, no son solo estos avances, los que han logrado tener éxito en materia de tratamientos de persona quemadas, sino también las investigaciones que se han ido realizando a través del tiempo, en su mayoría de carácter cuantitativo, las cuales han aportado información relevante sobre la vida y los procesos que deben vivir los sobrevivientes.

Cuando hablamos de quemaduras, debemos reconocer ciertos factores que pueden aumentar la probabilidad de vivir esta injuria, como por ejemplo según Tanuja Dunpahth et. al., (2016) plantean que las quemaduras presentan una mayor incidencia en poblaciones de bajos a medianos ingresos, lo que presenta como consecuencia un mayor hacinamiento, pobreza, falta en el nivel de infraestructura, deficiencia en la educación, implementación ineficiente de medidas de seguridad, junto con el mayor uso de agentes inflamables como su fuente de energía diaria. Sumado a esto último, en el estudio de (Mackey et al. (2009), pudimos encontrar el contexto en el cual la persona se encontraba previo a la injuria, desde su actividad laboral hasta los hábitos presentes en la persona, que podrían influenciar su proceso de rehabilitación y reinserción, actuando como barreras o facilitadores.

Ya vivida la experiencia de la quemadura, se encontró en los estudio que los accidentes que tenían un cambio significativo en la superficie corporal quemada de las personas, eran los accidentes laborales producidos por la explosión e incendio de alcohol o algún otro tipo de líquido inflamable, las cuales tienen mayor incidencia en el género masculino y tienen como consecuencia la presencia de lesiones graves de gran extensión (Gonçalves et al., 2011), lo que finalmente se asocia a una peor adaptación post hospitalaria (Ciofi-Silva et al., 2010). Cuantitativamente, esto lo podemos asociar al porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ), ya que en nuestro estudio, un

criterio de inclusión fue el hecho de que una persona experimentara una quemadura mayor, la que se expresa mediante el porcentaje de SCQ, el cual tiene que representar un 20% o más. De acuerdo a esto, el estudio de (Ciofi-Silva et al., 2010), refieren que de acuerdo al 100% que representa el total de la muestra estudiada en aquella investigación, un 63.6% de esta, presentó un cambio significativo en su estilo de vida habiendo tenido un 20% o más de superficie corporal quemada. A esto se suma las consecuencias que traerán estas quemaduras, donde podemos destacar secuelas físicas, psicológicas y laborales.

Dentro de las secuelas físicas se acentúan el dolor continuo y dificultad para movilizar las partes del cuerpo afectadas por una quemadura, lo que se traduciría también en un problema para aquellas personas con ocupaciones laborales de carácter manual (Mackey, et al 2009). Esto se pudo evidenciar mediante los relatos de las personas quemadas que fueron estudiadas, ellos relataron que:

“Solía hacer otras actividades en el trabajo, pero después del accidente, me duelen los brazos; mis manos son buenas, pero no tengo fuerza en ellas y me duelen los dedos.” (Ciofi-Silva et al., 2010)

Pero no solo las secuelas físicas son las que se presentan como tal de manera individual en una persona, sino también cuando estas se presentan en gran extensión, ya empiezan a aparecer otro tipo de secuelas, definidas específicamente en el daño de la apariencia corporal.

En algunos estudios donde se hizo referencia a la apariencia, este refirió que “entre las personas con secuelas en su aspecto físico, más de la mitad de ellas sufrían mucha ansiedad en las interacciones sociales”, (Zamanzadeh et al., 2016).

Como consecuencia de la presencia de las secuelas físicas y de apariencia, se pudo encontrar también efectos que eventualmente conducen a la timidez, la ansiedad social y la vergüenza (Zamanzadeh et al., 2016).

Todo este problema forma colectivamente el ciclo defectuoso del desempeño social y la insatisfacción con la vida.

Se encontró un número de estudios que apuntan al hecho mencionado anteriormente, los cuales refieren que la naturaleza destructiva de la quemadura afecta a muchos aspectos significativos de la vida de las personas que tienen estas experiencias de vida, incluyendo aspectos como su relación externa de belleza con otras, las funciones físicas y sociales (Zamanzadeh et al., 2016).

Finalmente la combinación de las secuelas físicas y secuelas de apariencia se ven retratadas por las cicatrices en orejas, nariz, dedos o las extremidades y pérdida de cabello, que a menudo hacen que las personas que se encuentran en el entorno, alrededor del sobreviviente de quemaduras graves los observen, pudiendo generar barreras que pueden dificultar el reingreso a la comunidad (Badger & Royse, 2010).

Debido a los diversos grados de repercusiones físicas y/o psicológicas se tiene un gran impacto en la participación y las actividades de los sobrevivientes de quemaduras, haciendo notar una drástica repercusión en sus vidas, que van desde cambios en el ámbito laboral, ocio, autocuidado, familiar, social e incluso amoroso (Mackey et al. 2009). Va más allá de un espectro centrado en el daño tisular, según el estudio de Ciofi-Silva et al. (2010) 19 participantes (43,1%) del total de la muestra cambiaron el tipo de ropa que utilizaban para evitar exponer sus cicatrices al sol y/o otras personas en su entorno social las visualizarán.

Otro aspecto importante que se ve comprometido en la persona quemada, es el círculo en el cual él se desenvuelve tanto familiar como social, ya que variados estudios se reportaron cambios en estos aspectos (Abrams et al., 2016). Estas repercusiones pueden traer consigo otro tipo de consecuencias que no solo alteran las relaciones intrafamiliares, ya que además tiene efectos en el ingreso familiar, y es aquí donde se evidencia que no solo se produce una afección aislada en la persona quemada, sino también en su núcleo familiar al traer consigo repercusiones económicas (Mackey et al. 2009).

Desde el aspecto social de la persona, teniendo una referencia específica en los amigos, se vio una clara disminución en su interacción social, sobre todo por el hecho de que un porcentaje de las personas sobrevivientes a una quemadura, adquirió cierta

preferencia de quedarse en casa para pasar más tiempo cuidando su cicatriz y junto con esto, evitar llamar la atención de personas que son curiosas acerca del accidente (Ciofi-Silva et al., 2010). Un aspecto mencionado anteriormente y que tiene estrecha relación con la parte social de la persona, son la apariencia personal y la imagen corporal, las cuales cuando son afectadas por una quemadura puede perjudicar la reinserción social de las víctimas de quemaduras (Ciofi-Silva et al., 2010).

Otro aspecto de gran importancia en la vida de estas personas que se ve afectada como consecuencia de una quemadura, son las actividades de recreación y participación social, estas se ven comprometidas cuando hay una afección de las áreas visibles del cuerpo como lo son la cara, el cuello y las extremidades inferiores, las cuales quedan expuestas generalmente durante las actividades de ocio. Así entonces, la visibilidad y extensión de la quemadura se presentan como factores que pueden afectar significativamente las actividades de recreación y participación social (Ciofi-Silva et al., 2010).

Pero no todo los aspectos familiares y sociales dentro de las consecuencias que pueden generar las quemaduras actúan como un factor negativo, sino que al contrario, en el estudio de Mackey et al. (2009), se evidenció que la presencia de familiares y amigos en la vida de los sobrevivientes de quemaduras dieron la motivación necesaria para recuperarse.

Para una correcta recuperación son necesarios ciertos pilares, los cuales influyen directamente en la rehabilitación, partiendo por un equipo multidisciplinario, como médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, que tengan como objetivo promover una correcta adaptación, incluyendo la recuperación física, psicológica y social (Ciofi-Silva et al., 2010), junto con lo último deben ser capaces de generar planes de intervención que involucren a la familia como parte del cuidado del paciente y que centren sus atenciones en todos los aspectos que interfiere una quemadura, de esta manera centrar la atención en la recuperación de la estructura y la función, así como en problemas de carácter psicosocial, ayudando tanto a los propios pacientes como al componente familiar de este, y hacer frente a las nuevas situaciones . Este último componente actúa como un

agente importante para la adaptación de las personas quemadas, ya que es la familia la que apoya a la persona durante la recuperación de ella. (Kornhaber et al., 2014).

Dentro de la etapa de rehabilitación en el cual está inmersa la persona quemada, existen componentes que interfieren en que este proceso sea exitoso o dificultoso, estos componentes se representan específicamente en barreras y facilitadores de la rehabilitación. Dentro del primero, se encontró, que la falta de conocimiento y educación que se proporciona a los sobrevivientes de quemaduras por los profesionales de salud en relación con la terapia y el cuidado de heridas puede actuar como una barrera para la rehabilitación (Kornhaber et al., 2014). Sumando más consecuencias que puede generar la falta de apoyo educativo de los profesionales de la salud, una de ellas fue que facilitó los comportamientos no adherentes, los cuales fueron demostrados en el estudio de Ripper et al.(2009), en el cual los participantes mostraron poco conocimiento de porque debían adherirse a las terapias de quemaduras, mediante el siguiente relato en el cual se pone en evidencia la falta de conocimiento de una persona en un contexto de vestimenta especial para el tratamiento de las cicatrices:

“Me dolía terriblemente y no tenía ni idea de por qué debería usarlo - sólo me dijeron que debía” (Kornhaber et al., 2014)

El dolor es un componente generado por la quemadura que fue apuntado en una revisión como un factor que dificulta la rehabilitación (Gonçalves et al., 2011). Esto debido a las consecuencias que genera el dolor en la persona, como se menciona por ejemplo en el estudio de Boluda et al. (2016), en donde se relata que luego de dejar el hospital el dolor continúa siendo un problema en sus vidas, de acuerdo a este se puede apreciar el siguiente relato, el que por causa de dolor se refiere que:

*“después de dejar el hospital, me mantuve por más de un mes con un sentimiento de inseguridad, necesitando el apoyo de otros, con miedo al fuego y al dolor.”* (Boluda et al. 2016)

Esto se puede complementar junto a las otras investigaciones encontradas, como por ejemplo se menciona en el estudio de Kornhaber et al., 2014, en el cual un participante de este hace referencia sobre la sensación de vivir expuesto al dolor mediante el siguiente relato:

“Tienes que aprender a vivir con el dolor... tienes que adaptarte al dolor y decirte a ti mismo que todo estará bien... no esperes que el dolor desaparecerá completamente” (Kornhaber et al., 2014)

Finalmente en este aspecto, se puede llegar a la conclusión de que el dolor físico actúa como un factor negativo para la rehabilitación de la persona, así como lo afirma también el estudio de Kornhaber et al., (2014), es un ámbito al cual se le tiene que dar especial importancia, ya que puede influir netamente en el desarrollo de la persona en un futuro, esto último afirmado también por varios autores, los cuales mencionan como el dolor puede afectar la vida de una persona sobreviviente a una quemadura. Moi & Gjengedal. (2008) refieren que el dolor puede llegar alterar las perspectivas de vida de una persona que haya vivenciado esta injuria, así Ripper et al. (2009) hace referencia acerca de que el dolor actúa como un factor no adherente para la rehabilitación, ya que los participantes de este estudio mencionaron la dificultad que el dolor les proporciona tanto en la terapia como la utilización de los trajes compresivos. Es así como el dolor es un componente que a futuro se tiene que tener en cuenta, ya que como se evidencio es un factor de importancia para una rehabilitación exitosa.

Otro componente que actúa como una barrera para la rehabilitación, está directamente relacionado a la capacidad que tienen las personas para enfrentar el estrés que la injuria les puede provocar, junto a otros trastornos de orden emocional o psicológico, como la baja autoestima, depresión, ansiedad, entre otros (Zamanzadeh et al., 2016).

Los facilitadores de la rehabilitación que logramos encontrar en los diversos estudios, abarcaron distintas áreas, desde la responsabilidad propia que debe tener la persona quemada, como el componente familiar presente en el. En este último ámbito, el apoyo

emocional está completamente relacionado a la mejora de la rehabilitación y la calidad de vida, junto con esto último se evidencia cierta mejora en las actividades domésticas y sociales, esto cuando el individuo realiza sus actividades de forma independiente (Gonçalves et al., 2011).

La actitud del paciente frente a lo vivido será fundamental para llevar a cabo una buena rehabilitación; ser proactivo, optimista, persistente y capaz de abogar por uno mismo fueron identificados como cualidades personales útiles para actuar como un facilitador de la rehabilitación (Nguyen et al., 2016). En base a lo mencionado anteriormente, donde la falta educación actuó como una barrera, podemos utilizar este aspecto como un facilitador para la rehabilitación, esto por el simple hecho de que un correcto proceso educativo sobre esto puede actuar como una estrategia eficaz para facilitar la reintegración de la persona en un ámbito social y/o laboral, estrategia que fue reconocida mediante una investigación por los mismos sobrevivientes de quemaduras y los profesional de la salud (Kornhaber et al., 2014). Otra estrategia a la cual se le dio un énfasis de facilitador para la rehabilitación fue la necesidad de garantizar la participación de las personas en la organización y mejora del cuidado de las quemaduras, es decir, empoderar la rehabilitación a este último (Boluda et al., 2016). Otro lazo de gran importancia fueron las experiencias que las mismas personas quemadas compartieron con sus pares, los cuales identificaron el apoyo entre ellos como un efecto beneficioso para la rehabilitación, así la gran mayoría de los encuestados informó que sus vidas cambiaron al obtener esperanza y perspectiva como resultado del apoyo de los compañeros (Badger & Royse, 2010).

Finalmente un aspecto importante en la vida de las personas, que influye en grandes ámbitos, como en la actividad y participación de estas, es el trabajo, el que se ve afectado posterior a una injuria, como por ejemplo después de la experiencia de la quemadura, los efectos físicos y psicológicos sirvieron para agravar las dificultades que tuvieron las personas para encontrar trabajo (Mackey et al. 2009), también, se evidenció que las áreas afectadas por la quemadura influyen en el tiempo para reanudar el trabajo (Gonçalves et al, 2011), en otros estudios se encontró que las quemaduras en las manos pueden impedir el retorno del trabajo (Ciofi-Silva et al., 2010).



*La estadística en relación al retorno al trabajo varía entre el éxito de este como en el fracaso del mismo, graficado en las investigaciones recopiladas, en donde en una de ellas se encontró que veintiséis de 38 participantes empleados reportaron cambios en su trabajo, incluyendo interrupción del trabajo (9), licencia (5), retiro (1), adaptaciones en el ambiente de trabajo para permitir el desempeño de las actividades requeridas (2), disminución del rendimiento laboral debido a la falta de adaptaciones en el ambiente de trabajo (3) o cambio de trabajo (6) (Ciofi-Silva et al., 2010)*

Sin embargo, se ha encontrado en la literatura que no solo hay un componente negativo en relación al retorno al trabajo de la persona quemada, sino que hay un porcentaje importante dentro de la población que experimenta esta injuria y que logra regresar a este, en donde un componente de éxito para el retorno se puede dar por las adaptaciones de la ocupación laboral que las personas quemadas tienen, como por ejemplo un cambio en sus horas laborales (Mackey et al., 2009). Existen relatos, presentes en las investigaciones, en los cuales se retrata como una persona puede cambiar su estilo de vida, en este caso, su vocación laboral como el siguiente caso:

*“Era una obligación y yo necesitaba dejar de trabajar, porque no tenía la condición para hacerlo. Trabajo en el campo y no puedo trabajar en la tierra expuesta al sol, el polvo, el arbusto y la espina.” (Ciofi-Silva et al., 2010)*

Está el caso donde la injuria, genero un cambio negativo tanto en el retorno al trabajo como en la vida social de la persona, esto se encuentra expresado en el relato de un participante de una investigación, en donde refiere que:

*“Casi estaba comprando una casa nueva, y estaba haciendo un gran cambio en mi vida. Estaba planeando cambiar de trabajo muy pronto, porque estaba aprobado para la prueba de otro trabajo. Yo estaba planeando por una casa nueva, pero perdí todo, perdí la oportunidad de cambiar mi trabajo después del accidente” (Ciofi-Silva et al., 2010)*

Así podemos finalmente, y apoyados mediante la literatura, interpretar que el regreso al trabajo está directamente asociado con la calidad vida (Ciofi-Silva et al., 2010).

Junto a todo lo descrito, resumiendo la importancia del retorno al trabajo, las barreras significativas reportadas como falta de asistencia psicológica, miedo al lugar de trabajo junto con impedimentos físicos, plan de rehabilitación específico o entrenamiento individualizado y la espera para la cirugía reconstructiva. Además, la falta de experiencia y profesionalismo en el equipo de salud puede retardar indebidamente el retorno laboral (Oster, Kildan & Ekselius, 2010). Esto es visto para las personas quemadas como una meta dentro de su rehabilitación, ya que la interrupción en este, producto de las quemaduras les ha entregado dificultades para adaptarse al entorno laboral, lo que conlleva a repercusiones financieras, pérdida o cambio de empleo. Esto puede ser corregido mediante las características personales que pueda presentar una persona, como ser proactivo y motivado en el ámbito laboral, lo que puede facilitar enormemente un proceso de retorno (Mackey et al., 2009).

Finalmente, podemos encontrar que el mayor indicativo de daño en una persona en todos los ámbitos que se pueda ver comprometida su vida, es la superficie corporal quemada de una persona, que apunta como un indicativo de peor ajuste y calidad de vida en algunos estudios descriptivos, ya que cuanto mayor superficie corporal quemada, mayores son las dificultades con las actividades de la casa, del cuidar del cuerpo, de la movilidad, en la integración social y, principalmente, del retorno al trabajo (Gonçalves et al., 2011).

## 19. Conclusión

Este estudio evidencia el fenómeno del amplio abanico de repercusiones que responde a diferentes factores predisponentes y condicionantes en la vida de un sobreviviente de quemaduras, que como ya mencionamos anteriormente trasciende más allá del daño tisular o manejo de una cicatriz, si no que conlleva a un trastorno global del individuo alterando las relaciones familiares, sociales, formas de vestir, hábitos y ocio, lo que provoca la modificación de sus actividades en la vida diaria tanto básicas, como instrumentales y avanzadas, en su participación social, al verse interrumpida la capacidad de desempeñarse en el ámbito laboral. Con estos antecedentes, como grupo recalcamos la necesidad de abordar al sobreviviente de quemaduras sobre una visión biopsicosocial, sin centrarnos en la herida, sino ver al sujeto de manera integral, haciendo énfasis en las redes que se pueden activar para el óptimo desempeño de la rehabilitación. Para que esto se pueda llevar a cabo, como grupo de investigación logramos interpretar que el enfoque de rehabilitación debe ser realizado por un equipo multidisciplinario con conocimientos acerca de la injuria y rehabilitación de las quemaduras, los cuales sean capaces de educar al usuario con base a sus cuidados y autorrealización de estos. El Kinesiólogo cumple con un rol vital dentro de este proceso, es uno de los profesionales de la salud que comparte mayor tiempo con la persona dentro de su rehabilitación, por lo tanto debe contar con las herramientas humanas necesarias para poder intervenir. Una muy importante es la empatía, ponerse en la posición de la persona que ha vivido esta experiencia, compartir con ella y hacer de este proceso algo cercano, un ambiente en el cual la persona pueda sentirse en plena confianza. No podemos olvidar que todo lo que el sobreviviente viva emocionalmente puede interferir ya sea negativa o positivamente dentro de su proceso de rehabilitación y es necesario que el profesional cuente con la habilidad de detectar posibles amenazas, como depresión, desmotivación, entre otras, interviniendo rápidamente sobre ellas. Es así que el Kinesiólogo es reconocido ampliamente como piedra angular de un proceso que si no es llevado a cabo por un experto puede ser una experiencia devastadora.

Por otro lado, es necesario que la rehabilitación sea personalizada para cada sobreviviente, incluyendo a la familia en estos procesos para lograr una adaptación e integración eficaz en el menor tiempo posible, evitando la aparición de barreras. También reforzar los lazos familiares y permitir la participación de estos en las sesiones brindando apoyo y aumentando la motivación del usuario.

Es relevante la creación de grupos de apoyo entre sobrevivientes de quemaduras, los cuales, mediante la interacción entre ellos y la confianza de relatos sobre sus experiencias de vida, se puedan dar consuelo, amparo y funcionar como sostén para otros participantes. Sin embargo, el rol más importante de la rehabilitación exitosa es el que cumple el sobreviviente y su postura frente a la vida, su motivación por salir adelante y de poder afrontar las adversidades, ser un sujeto activo en su proceso y empoderarse de éste. El equipo multidisciplinario debe hacer partícipe a la persona de su rehabilitación, reforzarle que este proceso es en equipo, donde el protagonismo y principal rol lo tienen ellos mismos.

Finalmente, como ya fueron descritos, demostramos a través del análisis de los estudios escogidos todos los aspectos que se ven interferidos tras experimentar quemaduras severas y cómo estos repercuten en la vida de los sobrevivientes, es por esto que a modo de reflexión es fundamental el conocimiento de las barreras sociales que experimentan los sobrevivientes, comprendiendo que en su mayoría son reflejos de ignorancia en bases a prejuicios infundados carentes de sentido creados por el colectivo de la gente. Se necesita más educación y cultura en la población general para lograr implementar una inclusión plena de las personas en situación de discapacidad.

También es necesaria la investigación de carácter cualitativa de este tema, como por ejemplo estudios fenomenológicos, estudios de caso, relatos de vida, entre otros; ya que nos otorgara un conocimiento subjetivo rico en interpretación del contexto en el que se desenvuelve el sobreviviente con quemaduras severas en Chile, se les otorga voz a los protagonistas, entregando una visión global del Gran Quemado, en donde nos pueden señalar en qué situaciones se encuentran, descubrir cuáles son las barreras que deben superar y que redes de apoyo o facilitadores son relevantes para

ellos, una vez que consiguen el alta médica, ya que este es el mundo desconocido en Chile, es por esto que con estos estudios logramos enriquecer el conocimiento que tenemos actualmente y así quizás en un futuro poder implementar planes de intervención personalizados.

Sería un aporte para el contexto del Gran Quemado, que se puedan implementar líneas de investigación sobre la calidad de vida de los sobrevivientes, pues en el ámbito internacional existen herramientas validadas para poder cuantificar el impacto de las quemaduras en la vida de estas personas, en donde se devela que la repercusión de una quemadura va más allá de una huella en la piel y es demostrado en esta metasíntesis.

## 20. Referencias

- Abrams, T. E., Ogletree, R. J., Ratnapradipa, D., & Neumeister, M. W. (2016). Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: A qualitative analysis. *Burns*, 42, 152-162.
- Agbenorku, P., Aboah, K., Akpaloo, J., Amankwa, R., Farhat, B., Turkson, E., . . . Yorke, J. (2016). Epidemiological studies of burn patients in a burn center in Ghana: any clues for prevention. *Burns Trauma*.
- Ahumada, X. & Arévalo. (2011). Estudio fenomenológico basado en la experiencia de una persona durante su proceso de rehabilitación tras una quemadura: "algo más que huellas en la piel". Universidad de playa ancha.
- Moi, A. L., & Gjengedal, E. (2008). Life after burn injury: striving for regained freedom. *Qual Health Res*, 18(12), 1621-1630.
- Albornoz, C., Villegas, J., Peña, V., & Whittle, S. (2013). Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago. *Revista medica de Chile*, 141, 181-186.
- Badger, K., & Royse, D. (2010). Adult Burn Survivors' Views of Peer Support: A Qualitative Study. *Social Work in Health Care*, 49(4), 299-313.
- 
- Bibliotecaminsalcl. (2016). Bibliotecaminsalcl. Retrieved 21 August, 2016, from [http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016\\_DIAGRAMADA.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf)

- Boluda, M. P., Asencio, J. M., Vela, A. C., Mayor, S. G., Campos, A. L., Leiva, I. L., . . . Kaknani-Uttumchandani, S. (2016). The dynamic experience of pain in burn patients: A phenomenological study. *Burns*, 1-8.
- 
- Campbell R, Pound P, Pope C, Britten N, Pill R, Morgan M, Donovan J. (2013). Evaluating meta-ethnography: A synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science & Medicine* 2003;56:671-684.
- Ciofi-Silva, C. L., Rossi, L. A., Dantas, R. S., Costa, C. S., Echevarria-Guanilo, M. E., & Ciol, M. A. (2010). The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase . 32(6), 431-437.
- Corbin, A. S. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia
- Corry, N., Klick, B., & Fauerbach, J. (2010). Posttraumatic Stress Disorder and Pain Impact Functioning and Disability After Major Burn Injury. *Journal of Burn Care & Research*, 31, 13-25.
- 
- Discapnet. (2 de Enero de 2018). Discapnet. Obtenido de <http://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/discapacidades/condiciones-discapacitantes/quemados>
- Dunpath, T., Chetty, V., & Reyden, D. V. (2016). Acute burns of the hands — physiotherapy perspective. *Afr Health Sci*, 266-275.
- 
- Dunpath, T., Chetty, V., & Reyden, D. V. (2014). The experience of acute burns of the hand - patients perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 1-7.
-

- Dyster-Aas, J., Kildal, M., & Willebrand, M. (2007). Return to work and health-related quality of life after burn injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 49–55.
- Elsherbiny, O. E. E., Salem, M. A., El-Sabbagh, A. H., Elhadidy, M. R., & Eldeen, S. M. A. (2011). Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns*, 37(5), 775–788.
- Gajardo, C. & González, M. (2014). Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente Gran Quemado. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.
- 
- Gallagher, S. "Body image and body schema: A conceptual clarification" en *Journal of Mind & Behavior, Autumm*, 1986, Volume 7, Number 4, p. 542
- Gamboa Caichá P. Y Yávar del Pino, N. (2007). Orientación Empática de los Docentes Kinesiólogos de la Escuela de Kinesiología de la Universidad de Chile. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/110681>
- Gonçalves, N., Echevarría-Guanilo, M., Loureiro de Carvalho, F., Inocenti Miasso, A., & Aparecida Rossi, L. (2011). Biopsychosocial factors that interfere in the rehabilitation of burn victims: integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación (Vol. 5a ed). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Kornhaber, R., Wilson, A., Abu-Qamar, M., & Mclean, L. (2014). Adult burn survivors' personal experiences of rehabilitation: An integrative review. *Burns*, 40, 17-29.
-



- Larrea B., Ávila M. y Raddtz C. (2015). Manejo del dolor en pacientes quemados. revista chilena de anestesia, 44(3), 75-95.
- 
- Ley N° 20422. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 10 de Febrero 2010.
- Mackey, S., Diba, R., McKeown, D., Wallace, C., Booth, S., Gilbert, P., & Dheansa, B. (2009). Return to work after burns: A qualitative research study. Burns, 35, 338-342.
- 
- Mahtani Chugani, V., Axpe Caballero, M.A., Serrano Aguilar, P., González Castro, I. & Fernández Vega, E. (2007). Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Santa Cruz de Tenerige, Servicio Canario de Salud.
- 
- Mineduc. (2017). Propiedad Intelectual;Derechos de Autor. Recuperado el 2017, de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28933>
- 
- Minsal. (2008). Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. *Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1–101. [https://doi.org/ISBN: 978 92 4 156422 9](https://doi.org/ISBN:9789241564229)
- 
- Minsal. (24 Octubre 2012). Discapacidad. 23 Julio 2016, de Compín Sitio web: <http://compin.redsalud.gob.cl/?p=249#>
- Minsal. (2012). Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Recuperado el 2017, de <http://www.deis.cl>
- Minsal. (2016). Guías Clínicas AUGE Gran Quemado, descripción y epidemiología del problema de salud.
-

- Montes Berges, B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación De La Investigación Revista Electrónica*, 3.
- Moreno, S. P. (2012). Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogotá D.C.
- Nguyen, N. T., Lorrain, M., Pognon-Hanna, J. N., Elfassy, C., Calva, V., Oliveira, A. d., & Nedelec, B. (2016). Barriers and facilitators to work reintegration and burn survivors' perspectives on educating work colleagues. *Burns*, 1-10.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud . España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 
- OMS. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. *Educación*, 27. Retrieved from [http://who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- 
- OMS. (2012). Rehabilitación Basada en la Comunidad. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- 
- OMS. (2016). ¿Qué es la promoción de la salud? Recuperado el 2017, de <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.
- Organización Panamericana de Salud. (2012). Implementación del modelo biopsicosocial. Salvador: Inst. Salvadoreño de Rehabilitación.
- 
- Öster, C., & Kildal, M. (2010). Return to work after burn—A prospective study. *Burns*, 37,1117-1124.
-

- Oster C, Kildal M, Ekselius L. (2010) Return to work after burn injury: burn-injured individuals' perception of barriers and facilitators. *J Burn Care Res* 2010;31:540–50.
- Peck, M. (2011). Epidemiology of burns throughout the world part I. *Burns*, 1087-1100.
- Peck, M. (2012). Epidemiology of burns throughout the World Part II: Intentional burns in adults. *Burns*, 38, 630-637.
- 
- Pérez-Cajaraville J., Abejón D., Ortiz JR. y Pérez JR. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor*; 12(6), 373-384.
- Píriz-Campos R. M. y Martín N. M. (2014). Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. *Rev ROL Enferm*, 37(2). 100-109.
- 
- Puebla Díaz F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Rev Oncología*, 28(3), 139-143.
- 
- Ripper S, Renneberg B, Landmann C, Weigel G, Germann G. Adherence to pressure garment therapy in adult burn patients. *Burns* 2009;35:657–64.
- Sarmiento, G. P. (2014). Esquema, imagen, conciencia y representación corporal: mirada desde el movimiento corporal humano. *CES Movimiento y Salud*,80-88.
- Senadis. (2013). Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020. Chile: Minsal.
-

- Schreiber, R., Crooks, D., & Stern, P. N. (1997). Qualitative meta-analysis. In J. M. Morse (Ed.), *Completing a qualitative project: Details and dialogue* (pp. 311-326).
- Thakrar, S., Hunter, T. A., Medved, M. I., Hiebert-Murphy, D., Brockmeier, J., Sareen, J., & Logsetty, S. (2015). Men, fire, and burns: Stories of fighting, healing, and emotions. *Burns*, 1664-1673.
- 
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2015). Propiedad Intelectual. Recuperado el 2017, de <http://www.transferencia.uc.cl>
- 
- Uribe Fernández, Mary Luz. (2014) "La Vida Cotidiana Como Espacio De Construcción Social." *Revista de Historia y Ciencias Sociales* 25: 100 - 113.
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Lotfi, M., Salehi, F., & Khalili, A. (2016). The main concern of burn survivors in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21, 410-416.

## 21. Anexo

1

### - Carta Gantt

	9/3/16	29/3/16	18/4/16	9/5/16	28/5/16	17/6/16	26/12/16	9/6/17	4/10/17
- Idea de investigación									
- Trabajo guiado por profesor 1									
- Trabajo guiado por profesor 2									
- Trabajo guiado por profesor 3 Marco Teórico									
- Confección Matriz Bibliográfica 1 - Marco Teórico									
- Confección Matriz Bibliográfica 2 - Marco Teórico									
- Confección Matriz Bibliográfica 3 - Marco Teórico									
- Confección Matriz Bibliográfica 4 - Marco Teórico									
- Trabajo guiado por profesor 4 - Mat y Met									



## 22. Anexo 2

Autores / año/ lugar	Diseño	Propósito	Muestra y población estudiada	Método de recolección de datos	Método de análisis	Hallazgo/s significativo y resultado
Thakrar, S., Hunter, T. A., Medved, M. I., Hiebert-Murphy, D., Brockmeier, J., Sareen, J., & Logsetty, S. (2015). Men, fire, and burns: Stories of fighting, healing, and emotions . Burns, 1664-1673.	Análisis Narrativo cualitativo	Dar a conocer narraciones de cómo los hombres experimentan e interpretan el proceso de recuperación de quemaduras	10 hombres adultos tratados en un centro regional Canadiense, entre 19 y 54 años sobrevivientes a quemaduras	Se realizó una entrevista de una hora. Preguntas en profundidad y semiestructuradas sobre el dolor, la imagen corporal, dificultades físicas y salud mental.	Las entrevistas de sobrevivientes de quemaduras fueron grabadas y transcritas. El paquete de software NVivo9 se utilizó para la gestión y organización de los datos.	Los hallazgos sugieren que hacer frente a una quemadura, era un proceso complejo que involucraba a individuos que usaban una variedad de estrategias en diferentes momentos, con diferentes propósitos.
S.P. Mackey, R. Diba, D. McKeown, C. Wallace, S. Booth, P.M. Gilbert, B.S. Dheansa. Año:2008 Lugar: Reino Unido	Investigación cualitativa	El objetivo de este estudio fue investigar los "cómo" y "por qué" del retorno a trabajo, seleccionando intencionalmente a una sección transversal	23 pacientes adultos en edad laboral que han sido tratados en la unidad de quemaduras del Hospital Queen Victoria	Se realizaron entrevistas semiestructuradas que se llevaron a cabo en el propio hogar del paciente y realizadas por dos investigadores para asegurar la	Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Las transcripciones fueron analizadas utilizando una metodología de análisis de la matriz desarrollada	Utilizando la metodología de análisis matricial, y con los temas generales que surgieron de estas transcripciones, fue posible colocar a los pacientes en 5 grupos amplios, el "derrotado", el "agobiado", el "afectado", el "sin cambios" y 'más fuerte'.

		de pacientes con quemaduras que regresaron al mismo o similar trabajo, aquellos que regresaron al trabajo pero por un tiempo parcial o en un trabajo diferente y aquellos que se convirtieron o permanecen desempleados		coherencia. Se utilizó una 'guía temática' para asegurar que todos los temas relevantes estuvieran cubiertos.	por la Unidad de Investigación Cualitativa en el Centro Nacional de Investigación Social (UK).	Un buen equipo multidisciplinario para la rehabilitación es vital para el retorno al trabajo
Gonçalves, N., Echevarría-Guanilo, M., Loureiro de Carvalho, F., Inocenti Miasso, A., & Aparecida Rossi, L. (2011). Biopsychosocial factors	Revisión integradora de la literatura	identificar los factores biopsicosociales que influyen en la rehabilitación de víctimas de quemaduras	A partir de la búsqueda de los artículos en las bases de datos Scielo, Pubmed y Lilacs, se obtuvieron 982 artículos, de los cuales 45 fueron seleccionados.	En la base de datos PubMed, Scielo y LILACS se seleccionados 79, 10 Y 4 artículos. Utilizando los siguiente criterios de inclusión: estudios completos relacionados a temas de rehabilitación	El proceso de análisis fue realizado buscando identificar los factores biopsicosociales asociados al proceso de rehabilitación, lo que resultó en la identificación de tres categorías	En esta revisión, además de la gravedad de la quemadura y de la SCQ, fueron identificados como factores frecuentemente asociados al proceso de rehabilitación: estado de salud mental previo al accidente, estrategias de enfrentamiento ineficaces y falta



<p>that interfere in the rehabilitation of burn victims: integrative literature review. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19.</p>				<p>n en los ámbitos biológico, psicológico y sociocultural, humanos, adultos, el período de publicación de 1.987 a 2.007 y artículos en los idiomas: inglés, portugués y castellano.</p>	<p>que fueron: 1-Factores relacionados al apoyo social y emocional, 2-Factores psicológicos y 3-Factores asociados al trauma y a la gravedad de la quemadura.</p>	<p>de apoyo de la familia.</p>
<p>Abrams, T. E., Ogletree, R. J., Ratnapradipa, D., &amp; Neumeister, M. W. (2016). Adult survivors' lived experience of burns and post-burn health: A qualitative analysis.</p>	<p>Estudio fenomenológico</p>	<p>Explorar las percepciones de la experiencia del proceso post-quemaduras de los sobrevivientes.</p>	<p>Mujeres y varones de habla inglesa, rango de edad de 18-64 años con un mínimo de (20%) lesiones en el área de la superficie corporal total, que incluyeron quemaduras profundas parciales y gruesas cara, manos, pies y/o articulaciones. Datos</p>	<p>Se realizaron cinco entrevistas en lugares cercanos a los hogares de los participantes y se realizaron siete entrevistas en la sala de conferencias del centro de quemados.</p>	<p>Se realizó un análisis de contenido cualitativo de las tres categorías dominantes, presentando temas que representaban significados compartidos dentro de la muestra participante. El registro de campo del investigador principal, el diario reflexivo, las</p>	<p>Los investigadores tuvieron la oportunidad de descubrir y presentar variables que influyeron y apoyaron la salud post-quemadura de los adultos, apoyando y agregando lo que se conoce actualmente sobre esta población. Al igual que los individuos que viven con otras condiciones de salud crónicas, la salud física de los pacientes es positivamente afectado por el avance de los</p>

Burns, 42, 152-162.			de alta 12 meses antes de la entrevista.		transcripciones, las categorías y los temas fueron revisados y verificados por un tercero con experiencia en investigación cualitativa.	protocolos de tratamiento. Los equipos multidisciplinarios empleados en los centros regionales de quemaduras pueden actualmente proporcionar servicios de salud bio-psico-social llamando a múltiples servicios médicos para tratar la salud física, psicológica y espiritual de los pacientes que sufren quemaduras.
Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Lotfi, M., Salehi, F., & Khalili, A. (2016). The main concern of burn survivors in Iran. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 21, 410-416.	Investigación cualitativa / Fenomenología	El estudio se realizó para conocer las experiencias de los pacientes con quemaduras para conocer sus principales preocupaciones sobre el trágico evento y el proceso de regreso a la sociedad.	Todos los pacientes con quemaduras mayores de 18 años que habían sido dados de alta de la sala de quemaduras, después de 6 meses de su accidente	Se utilizaron entrevistas no estructuradas y entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos. Todas las entrevistas se realizaron en la oficina del investigador, en la casa del paciente o en el hospital con	Cada entrevista fue verificada varias veces para una comprensión completa. Cada entrevista fue considerada como una unidad de análisis, y se extrajeron medios explícitos y latentes de cada palabra y	El dolor que experimentan los sobrevivientes a quemaduras es intenso y severo que los afecta en sus actividades y participación.

				el consentimiento de los participantes . La duración de cada entrevista fue entre 45 y 120 minutos en promedio.	frases para su codificación.	
Ciofi-Silva, C. L., Rossi, L. A., Dantas, R. S., Costa, C. S., Echevarria-Guanilo, M. E., & Ciol, M. A. (2010). The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase . 32(6), 431-437.	Investigación Cualitativa	Utilizando una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, el objetivo de este estudio fue describir los cambios asociados con las quemaduras en la vida de las víctimas de quemaduras brasileñas durante la fase de rehabilitación e investigar posibles asociaciones entre los cambios en el trabajo informados	Los participantes tenían 18 años de edad o más, que habían sido dados de alta de la hospitalización entre 6 meses y 1 año antes de la entrevista, o que se sometieron a cirugía reconstructiva durante el año anterior, o que estaban bajo seguimiento ambulatorio en espera de cirugía reconstructiva.	Los datos fueron recogidos mediante entrevistas semiestructuradas.	Estos datos fueron analizados cualitativamente, con respecto a la identificación de los cambios en las vidas de los participantes que se asociaron con la quemadura, siguiendo la metodología de Miles y Huberman	Treinta y ocho de los 44 participantes (86,4%) reportaron algún tipo de cambios asociados con la lesión por quemadura, el tratamiento o ambos, en los siguientes aspectos: trabajo, ocio, relaciones, lazos religiosos, actividades educativas y hábitos alcohol y drogas y estilo de vestir). Los datos mostraron una asociación estadísticamente significativa entre quemaduras en al menos uno de los miembros superiores (con o sin manos) y cambios en el trabajo.

		por los participantes y el porcentaje de área total de la superficie corporal quemada y las áreas del cuerpo afectadas por la lesión.				
Nguyen, N. T., Lorrain, M., Pognon-Hanna, J. N., Elfassy, C., Calva, V., Oliveira, A. d., & Nedelec, B. (2016). Barriers and facilitators to work reintegration and burn survivors' perspectives on educating work colleagues. Burns, 1-10.	Investigación cualitativa/ Focus Group	El objetivo de este estudio exploratorio cualitativo fue investigar las perspectivas de sobrevivientes y clínicos de las barreras y facilitadores de la reintegración laboral que pudieran abordarse a través de la educación de los compañeros de trabajo, la información a comunicar	Se realizaron cinco grupos focales semi-estructurados con tres grupos de información, entre ellos: (1) 13 sobrevivientes de quemaduras que ya habían regresado al trabajo; (2) 7 que planeaban regresar; y (3) 9 profesionales de cuidados de quemaduras	Para la recopilación de datos en este estudio, se utilizaron cinco grupos focales semi-estructurados, tres con sobrevivientes de quemaduras (conducidos por un investigador, J.N.P-H.) y dos con informantes clave (conducidos por otro investigador, M.L.)	El Método Comparativo Constante, un enfoque de análisis temático inductivo, se utilizó para codificar los datos cualitativos basados en los principales temas y categorías que surgieron a partir de los datos	Entre las principales barreras y facilitadores que se identificaron figuraban las deficiencias residuales, las características individuales, el apoyo del entorno social, las adaptaciones al trabajo y los recursos de los sistemas de atención sanitaria y de compensación. Los sobrevivientes de quemaduras acordaron que los esfuerzos de regreso al trabajo no estaban adecuadamente apoyados y que la educación debería ser proporcionada

		al lugar de trabajo y el método más efectivo para difundir este conocimiento.				a los colegas de trabajo sobre el proceso de quemar y rehabilitar, pero que la información sobre las deficiencias residuales debería ser comunicada juiciosamente. En este último caso, es preferible informar al lugar de trabajo de sus fortalezas y habilidades.
Boluda, M. P., Asencio, J. M., Vela, A. C., Mayor, S. G., Campos, A. L., Leiva, I. L., . . . . Kaknani-Uttumchandani, S. (2016). The dynamic experience of pain in burn patients: A phenomenological study . Burns, 1-8.	Estudio fenomenológico cualitativo con muestreo intencional con pacientes con quemaduras severas ingresadas en una Unidad de Quemaduras	El dolor es una de las principales fuentes de sufrimiento durante la fase aguda y la rehabilitación en los pacientes con quemaduras, sigue siendo un reto importante para el cuidado de las quemaduras y el manejo clínico no siempre se correlaciona	Se realizó un muestreo intencional a partir de pacientes ingresados en la Unidad de Quemaduras del Hospital Regional Universitario de Málaga (España). Para ser incluidos, los pacientes tenían que ser mayores de 18 años (7	entrevistas cara a cara con el fin de llevarlas a cabo en un lugar distinto del hospital para evitar las restricciones derivadas del contexto, en caso de desarrollar entrevistas en el hospital. Se les dio información verbal y escrita sobre las razones del estudio, los antecedentes del	Un análisis de contenido se realizó siguiendo los principios establecidos por Taylor y Bodgan. Así, los temas emergentes fueron identificados en una secuencia de lecturas sucesivas de las entrevistas. Después de las lecturas, citas significativas fueron	Nuestros resultados muestran la naturaleza dinámica del dolor en los pacientes con quemaduras y cómo se asocia a situaciones bien identificadas y anticipadas, con especial énfasis en el cuidado de las heridas. La distracción ha surgido como la principal estrategia de afrontamiento utilizada por los pacientes, combinada con la interacción con otros pacientes y enfermeras. En el campo de las

		<p>con la experiencia sentida por los pacientes. El objetivo de este estudio fue comprender la experiencia de dolor de las personas que han sufrido quemaduras graves, identificar estrategias personales utilizadas para hacer frente a este desafiante evento.</p>	<p>participantes)</p>	<p>entrevistador, los miembros e intereses del equipo de investigación, así como las características de una entrevista cualitativa en la que pudieron expresar abiertamente cualquier opinión que consideraran oportuna.</p>	<p>codificadas inductivamente por un investigador. Estos códigos fueron triangulados por medio de una revisión por otro investigador. Las divergencias en los códigos propuestos fueron discutidas entre ambos investigadores hasta que se obtuvo un acuerdo final.</p>	<p>intervenciones no farmacológicas, la investigación cualitativa ha mostrado cómo el humor como método de afrontamiento ha ayudado a los pacientes en el proceso de aceptación de sus lesiones</p>
<p>Dunpath, T., Chetty, V., &amp; Reyden, D. V. (2014). The experience of acute burns of the hand - patients perspectives. Disability and Rehabilitation, 1-7.</p>	<p>Fenomenología</p>	<p>Comprender los efectos del proceso de rehabilitación de las lesiones por quemaduras derivados de la experiencia de los participantes.</p>	<p>Cinco participantes con lesiones agudas de quemaduras de manos fueron reclutados de cinco hospitales públicos en KwaZulu Natal</p>	<p>una profunda entrevista semi-estructurada</p>	<p>Los datos registrados de las entrevistas individuales del paciente fueron transcritos en formato electrónico por el investigador para realizar el análisis temático y proporcionar</p>	<p>La experiencia de cada participante en la lesión por quemaduras fue muy singular e impactó en su bienestar físico, psicológico, emocional, social y calidad de vida. Si bien cada proceso es diferencial y afecta relativamente en los mismos temas, el proceso</p>

					<p>al investigador la oportunidad de familiarizarse con los datos. Los datos registrados en Zulu fueron traducidos y transcritos por el trabajador de campo de habla zulú después de la entrevista. Se observó el contexto, la atmósfera percibida y las señales no verbales.</p>	<p>de rehabilitación y el contexto de sobreviviente determinaran el impacto.</p>
<p>Badger, K., &amp; Royse, D. (2010). Adult Burn Survivors' Views of Peer Support: A Qualitative Study . Social Work in Health Care, 49(4), 299-313</p>	<p>Investigación cualitativa</p>	<p>Examinar la percepción de sobrevivientes de quemaduras sobre el valor del apoyo de los compañeros en su propia rehabilitación psicosocial.</p>	<p>el Congreso Mundial de Quemaduras (CMQ) 2007 de la Sociedad Fénix celebrado en Vancouver, Canadá. fue elegida como un sitio de recolección de datos</p>	<p>Los autores construyeron un programa de entrevistas semi-estructurado con cinco preguntas centrales. las entrevistas duraron 30 minutos por lo general. Los</p>	<p>Basándose en el modelo de Kvale (1996) para una investigación de entrevistas cualitativas, se pidió a los sobrevivientes de quemaduras que</p>	<p>Los sobrevivientes de quemaduras entrevistados en el CMQ 2007 de la Sociedad Fénix celebrado en Vancouver, Canadá. valoraron mucho el apoyo de los compañeros que habían recibido. Su compañerismo y consejo ayudaron a contrarrestar el</p>

			<p>porque permitió a los investigadores acceder a un grupo grande de sobrevivientes de quemaduras. Se obtuvieron treinta entrevistas</p>	<p>investigadores hicieron notas de campo o ingresaron los comentarios de los sobrevivientes de quemaduras directamente en un computador portátil mientras los entrevistados respondían durante las entrevistas</p>	<p>compartieron sus experiencias y pensamientos sobre el apoyo de los compañeros.</p> <p>Los datos se analizaron mediante codificación abierta, que es el proceso de lectura de las transcripciones y observando los temas evidentes. los investigadores asignaron temas y categorías principales.</p>	<p>aislamiento de ser hospitalizados y disminuyeron la sensación de ser estigmatizados debido a cicatrices o cambios físicos causados por sus quemaduras.</p>
--	--	--	--	---	--	---