

ISSN 2007 - 3232

Tanatología del Siglo XXI

# *Thanatos*

Recuperación del sentido de vida de la persona superviviente con secuelas de quemaduras de tercer grado, después del egreso hospitalario.

Dra. Amalia Leticia Méndez Lemus



Imagen Grupo de graduación creada por Latino Life para Canva

# LICENCIATURAS

Duración: 3 años

- Informática Administrativa
- Administración y Finanzas
- Psicopedagogía
- Trabajo Social
- Gerontología
- Psicología
- Derecho

**COSTOS  
BAJOS**

**Becas**

## INICIOS:

- Septiembre
- Enero
- Mayo

Inscripción: \$ 1,500.-  
Mensualidad: \$ 1,500.-

Plantel Montevideo

Plantel Tláhuac

Plantel Tlalpan

Tel. (55) 6393 - 1100

Tel. (55) 6819 - 2000

Tel. (55) 6393 - 2000

[www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx)

# Contenido

## DIRECTORIO

### EDITOR RESPONSABLE

Marco Antonio Polo Scott

### DIRECTORA DE PUBLICIDAD

#### DISEÑO Y EDICIÓN

Ana María Rico Cárdenas

#### DISEÑO GRÁFICO

Ivonne Cabrera Déciga  
Claudia Esther García Osorno

### CORRECCIÓN DE CONTENIDOS

Ivonne Cabrera Déciga

### OPINIONES Y SUGERENCIAS

[marcoapolos@hotmail.com](mailto:marcoapolos@hotmail.com)

### INFORMES Y SUSCRIPCIONES

[relaciones.publicas@impo.org.mx](mailto:relaciones.publicas@impo.org.mx)  
Tel. 55 6393 - 1100 55 6819 - 2000  
55 6393 - 2000

### DERECHOS RESERVADOS

Marca Registrada THANATOS  
ISSN 2007-3232  
VOLUMEN 37

TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 15, No. 37, SEPTIEMBRE-DICIEMBRE, 2022, editada por el Instituto Mexicano de Psicooncología S.C., Av. Montevideo No. 635, 1er. Piso, Col. San Bartolo Atepehuacan, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07730, México, CDMX, teléfono 55 6393 1100, [marcoapolos@hotmail.com](mailto:marcoapolos@hotmail.com), [www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx), Editor responsable: Marco Antonio Polo Scott. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2009-120113514900-102. Licitud de Título y Contenido No. 14808, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por Impresos IMAGRAFIC, S.A. de C.V., Poniente 110 Num.753, Magdalena de las Salinas, C.P. 07760 GAM CDMX, éste número se terminó de imprimir el 2 de septiembre del 2022 con un tiraje de 5,000 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del editor.

El editor considera sus fuentes como confiables, sin embargo puede haber errores en la exactitud de los datos, por lo que sus lectores utilizan su información bajo su propio riesgo.

El editor, la casa editorial, los empleados, los colaboradores o los asesores no asumen responsabilidad alguna por el uso del contenido editorial o de los anuncios que se publiquen dentro de la revista.

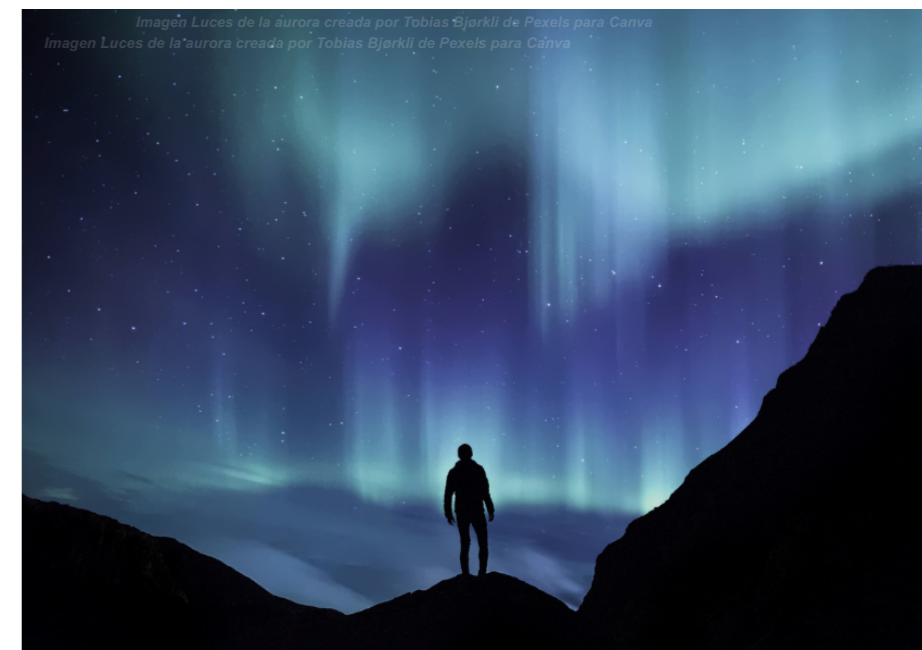
Todo material empleado para su publicación no será devuelto, y se entiende que se puede utilizar en cualquier publicación, y que cede todo su derecho para utilizarlo, editarlo, citarlo y comentarlo, en cualquier tipo de publicación.

4

*Recuperación del sentido de vida de la persona superviviente con secuelas de quemaduras de tercer grado, después del egreso hospitalario.*

**Dra. Amalia Leticia Méndez Lemus**

Imagen Luces de la aurora creada por Tobias Bjorkli de Pexels para Canva  
Imagen Luces de la aurora creada por Tobias Bjorkli de Pexels para Canva



@IMPo\_Oficial



@IMPoOficial



impooficial



# Recuperación del sentido de vida de la persona superviviente con secuelas de quemaduras de tercer grado, después del egreso hospitalario.

Dra. Amalia Leticia Méndez Lemus

Imagen Una mujer con cicatrices de quemaduras por Ron Lach para Canva

## Resumen

El presente trabajo de investigación pretende comprender desde un enfoque tanatológico la recuperación del sentido de vida de las personas supervivientes de quemaduras de tercer grado después de su egreso hospitalario, identificando las posibles pérdidas significativas que conllevan las secuelas derivadas de la cicatrización que produce desfiguramiento facial y corporal, con contracturas y deformidades de las extremidades que ocasionan limitaciones funcionales con grave repercusión en la persona en su estructura física, psicológica, social y espiritual que modifican su rol familiar y su participación en una estructura social que demanda la satisfacción de diversas necesidades básicas, educativas, laborales, religiosas, quedando al margen de su desarrollo. La muerte social o exclusión de la persona con secuelas de quemaduras se genera desde el momento en que no puede responder a las exigencias de una sociedad por su apariencia física, generando discapacidad en el momento de querer interactuar con las demás personas de la sociedad por las barreras de tipo actitudinal que genera esta apariencia física. El egreso hospitalario de las personas con secuelas de quemaduras de tercer grado apenas es el inicio de su adaptación al medio ambiente familiar y social y se requiere realizar un seguimiento oportuno y sistemático a través de espacios comunitarios tanatológicos de consejería y acompañamiento que permita a través de un proceso su inclusión social en diferentes ámbitos, principalmente el laboral, coadyuvando a la recuperación de su sentido de vida.

Palabras clave: sentido de vida, quemaduras, pérdida significativa, duelo, imagen corporal, apariencia física, secuelas de quemaduras, muerte social, exclusión social.

## 1.- INTRODUCCIÓN

El problema de estudio de este trabajo de investigación es a través de la mirada tanatológica de los accidentes fatales, en este caso, las quemaduras de tercer grado que sufren las personas porque generan de manera repentina un cambio en su imagen corporal y funcional, estas lesiones ponen en riesgo la vida y el impacto en las estructuras física, psicológica, social y espiritual de la persona y representan probables pérdidas significativas que pueden originar el colapso de estructuras internas o una crisis existencial en la persona por el acontecimiento que es súbito, es decir, de vida

o muerte con pérdida del sentido de vida. Se trata más bien de la afectación de las estructuras internas, mencionadas que conforman al ser de la persona y que termina por alterar su mundo, esto conduce a la necesidad de reconstruir el sentido de vida de la persona que las padece.

El presente trabajo de investigación tiene como objeto de estudio conocer, analizar y comprender la recuperación del sentido de vida de las personas supervivientes con secuelas de quemaduras de tercer grado, en un periodo de dos a cinco años después de su egreso hospitalario, porque realmente su vida ya no es igual ya que se modifica su rol familiar y su participación en una estructura social que demanda la satisfacción de diversas necesidades básicas, educativas, laborales, religiosas, quedando al margen de su desarrollo por la apariencia física, esta investigación se realizó con pacientes que egresaron del Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” de la Secretaría de Salud, porque permitió conocer los antecedentes médicos psicológicos, y sociales de las personas objeto de estudio.

De acuerdo con la problemática planteada al inicio de este documento surgen las siguientes preguntas de investigación:

- 1.- ¿Qué pérdidas significativas representan las secuelas de quemaduras de tercer grado en la persona objeto de estudio?
- 2.- ¿De qué manera el tratamiento integral recibido en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) ha contribuido a mejorar la calidad de vida en la persona objeto de estudio?
- 3.- ¿Cómo ha logrado la recuperación del sentido de vida la persona objeto de estudio?
- 4.- ¿Con que tipo de redes de apoyo social ha contado para coadyuvar a la recuperación del sentido de vida la persona objeto de estudio?

La tesis argumentativa de este trabajo de investigación parte de que las quemaduras graves o de tercer grado son una de las lesiones más severas que una persona puede experimentar y suponen

una amenaza para la vida, puesto que los principales sistemas orgánicos quedan afectados. Cuando nos referimos a las personas con quemaduras se debe tener en cuenta que son un grupo heterogéneo de población, pues engloba a personas de diferentes edades, con tipos de quemaduras distintas (difieren en sus características, profundidad y extensión), que suelen presentar un porcentaje elevado de comorbilidad. Los avances médicos en el tratamiento de las quemaduras han incrementado considerablemente las tasas de supervivencia entre los grandes quemados, ya que actualmente una persona con un 80 % de la superficie corporal quemada tiene unas posibilidades de sobrevivir del 50 %. Las secuelas de quemaduras afectan la calidad de vida de las personas que la padecen, dejando deformidades y pérdida de funciones afectando varias esferas de su vida: la física, la psicológica y la social, situación que impacta de manera directa en el sentido de vida de la persona afectando también la organización de la familia, generando dependencia y por ende discapacidad. La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, (2018) considera que: “...Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás personas ...” (pág. 13).

En este sentido las principales barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad son actitudinales que estigmatizan a estas personas y reaccionan con las siguientes actitudes, indiferencia, rechazo, discriminación, dependencia, que limitan la comentada igualdad de condiciones.

“... Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos, debido a la acción de diversos agentes físicos, químicos y biológicos, que provocan alteraciones importantes no sólo de índole físico, sino que traen como consecuencia trastornos emocionales y sociales que repercuten no solamente en el individuo, sino que se extiende a la familia y a la sociedad.” (IMSS, 2017: pág.9)

Las quemaduras constituyen un importante problema de salud pública no por las muertes que se ocasionan, sino por la causa severa de afectación en la estructura biológica, psicológica, social y espiritual de la persona humana por las secuelas derivadas de la cicatrización que produce desfiguramiento facial y corporal, con contracturas y deformidades de las extremidades que ocasionan limitaciones funcionales con grave repercusión psicológica, social y económica que pueden representar pérdidas significativas en la persona y familia.

El interés profesional para abordar este tema de investigación es porque la que suscribe pertenece al equipo interdisciplinario de atención integral a las personas con quemaduras, en la disciplina de Trabajo Social del Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) de cinco años a la fecha, en este sentido se pretendo realizar un abordaje desde el campo de la Tanatología Médica, toda vez que las personas objeto de estudio han sido atendidas en este lugar lo que me permitirá tener acceso a la información necesaria del caso.

Esto me ha llevado a reflexionar y replantear un trabajo de seguimiento más allá del área hospitalaria que permita identificar las necesidades de la persona en su ambiente familiar y social proporcionando a las personas con secuelas de quemaduras intervención de consejería y acompañamiento tanatológico para la recuperación del sentido de vida.

El aporte de esta investigación es la mejora a través de la instrumentación de un Modelo Tanatológico de Atención que involucre actividades de seguimiento después del egreso hospitalario con intervención de consejería y acompañamiento tanatológico que mire a la persona desde el punto de vista integral con base a sus necesidades que pueda prevenir el colapso de estructuras internas de la persona que generan las lesiones y secuelas por quemaduras preparándola para el egreso hospitalario coadyuvando a su sentido de vida.

La población objetivo de este trabajo de investigación son las personas supervivientes de quemaduras de tercer grado denominadas también como Gran Quemado y en este sentido es necesario su definición.

“...Se ha definido como paciente «gran quemado» aquél con lesiones producidas por daño térmico que conllevan la necesidad de al menos, tres días, de tratamiento en Unidades de Cuidados Intensivos tras el traumatismo...”(Montero: 2018:7).

Los criterios para clasificar al paciente gran quemado son los siguientes:

- Superficie corporal quemada >25% en adultos o >20% en edades extremas.
- Superficie corporal quemada con quemaduras profundas o de tercer grado >10%.
- Quemaduras en cara y/o cuello.
- Quemaduras por inhalación.
- Quemaduras asociadas a traumatismos.
- Quemaduras en pacientes con patologías graves asociadas...” (Montero: 2018:7).

De entre todos los tipos de agresión que puede sufrir el ser humano, el trauma térmico es el que se asocia con las alteraciones más profundas, en función de los diversos órganos y sistemas a donde puede extenderse. La mejora en la supervivencia del paciente con quemaduras muy extensas ha hecho surgir nuevas cuestiones médicas y éticas, relacionadas con la calidad de vida de estos enfermos, gravemente mutilados funcional y estéticamente. Pocas áreas de la medicina han sido capaces de mejorar de forma tan importante la mortalidad de los pacientes en las últimas décadas, como lo es el manejo integral del paciente con quemaduras.

## 2.- IMPACTO DE LAS SECUELAS DE QUEMADURAS DE TERCER GRADO EN LA PERSONA, LA FAMILIA Y MUERTE SOCIAL

La experiencia de quemarse se considera un acontecimiento traumático ya que esta supone una sensación de riesgo de muerte y conciencia de daño irreversible. Además de la quemadura, existen otros múltiples factores que influyen en la persona de manera negativa; la vivencia del suceso, la prolongada estancia hospitalaria, el severo desequilibrio fisiológico, la cicatrización en las etapas tardías, el dolor, así como la desfiguración física; todos ellos pueden ocasionar secuelas frecuentes a las que debe hacer frente el paciente gran quemado.

Se define la secuela como “...el trastorno o lesión que persiste tras la curación de un traumatismo o enfermedad, consecuencia de estos, y que produce cierta disminución de la capacidad funcional de un organismo o parte de este. En el caso de los pacientes que sufren quemaduras, este trastorno puede ser objetivo, funcional, morfológico o simplemente estético, pero también puede ser subjetivo, ocurrido después de la resolución total de las lesiones...” (Espinosa y Piriz.2014:29).

Las secuelas afectan a todo el organismo humano que está constituido desde el punto de vista de la tanatología por las siguientes estructuras: Física, Psicológica, Social y Espiritual, “... la afectación de alguna de ellas, por consiguiente, tendrá repercusiones en las otras, de ahí la necesidad de contemplar al ser humano como un ser dimensional y de ser necesario se debe atender holísticamente considerando oportunamente las necesidades de estas. (Salgado Espinoza,2009:27).

A continuación, describiré el impacto de las secuelas de quemaduras de tercer grado en la persona considerando las estructuras ya mencionadas.

### 2.1.- Estructura Biológica

Al referirnos al “cuerpo”, estamos aludiendo no solo a los aspectos biológicos que le son inherentes, sino a la materialización de la vida en el ser humano. En una escala más grande podemos decir que está constituido por sistemas y aparatos (conjunto de órganos que contribuyen a realizar una función general específica, como lo es el caso de la respiración, la asimilación y deshecho de los nutrientes, etc.) El cuerpo es tangible y material, de algunas formas del ser humano convertido en persona.

Las secuelas físicas que impactan en esta estructura son aquellas que afectan a distintas estructuras corporales, con sintomatología y alteración de algunas funciones físicas que estaban intactas antes de producirse el accidente y que tienen que ver con la supervivencia y las consecuencias en la salud. Entre ellas se encuentran las siguientes:

**Cicatrices hipertróficas**, representan un problema frecuente en las personas que han sufrido quemaduras dérmico-profundas y subdérmicas, con una prevalencia del 32-67 %. Se caracterizan por elevación del tejido cutáneo, enrojecimiento y rigidez.” La investigación sugiere que se forman por una perfusión sanguínea elevada en la zona de lesión, frecuente en los pacientes quemados entre los 6 y 12 meses posteriores a producirse la herida. Si estas lesiones no se tratan a tiempo pueden causar deformidad y pérdida de movilidad, pues originan contracturas que disminuyen el recorrido articular.

**Dolor crónico (neuropático)**, característico de las lesiones posquemadura, en quemaduras dérmico-profundas y subdérmicas. Es duradero e intenso y puede persistir hasta 10 años tras el accidente, con unas ratios de prevalencia del 36 al 52 %. Su mecanismo de producción en los pacientes quemados no es bien conocido, aunque se piensa que puede deberse a una estimulación y transformación anormal del sistema nervioso causada por la activación o el daño

de los no-correceptores periféricos y por una cicatrización y crecimiento cutáneo desorganizado. Es un síntoma complejo que está influenciado por señales sensitivas, pero que incluye componentes motivacionales, afectivos y cognitivos. Se ha demostrado que tiene correlación con la depresión y la ansiedad, aunque el punto de unión no está claro. Tiene muchas implicaciones personales y sociales que incluyen un coste sanitario elevado, incapacidad funcional y un aumento de la mortalidad. También conlleva frecuentemente una disminución en la calidad de vida percibida por el paciente quemado, porque rompe el bienestar físico y la salud general. Una forma común de dolor en estos pacientes es la neuropatía periférica, con una incidencia documentada del 11-41 %. Con frecuencia está infradiagnosticada o se ignora la existencia de síntomas, aunque afecta considerablemente a la fuerza muscular y a la funcionalidad general.

**Debilidad o fatiga**, se produce porque el catabolismo se incrementa tras la quemadura. Esto conduce a una pérdida de masa muscular que conlleva debilidad y una disminución de la capacidad funcional. Los pacientes refieren que esta fatiga les impide realizar las actividades de la vida diaria y que, en muchas ocasiones, retrasa la incorporación al mundo laboral y social.

**Alteraciones en la termorregulación**, se ocasionan por la afectación de las glándulas sudoríparas en las quemaduras profundas, cosa que impide una adecuada regulación de la temperatura corporal y conduce a una hipersensibilidad al calor. Esto dificulta al afectado la realización de ejercicio físico y la vuelta al trabajo si el ambiente es caluroso.

**Amputaciones**, las grandes amputaciones son frecuentes en las quemaduras eléctricas producidas por voltajes elevados, mientras que en las quemaduras térmicas se amputan con mayor frecuencia solamente los dedos. Cualquier amputación supone un impedimento para desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria, y en el caso de las personas quemadas presentan complicaciones que pueden afectar a la recuperación tras la cirugía, por ejemplo, la fragilidad de la piel y las contracturas, las cuales comportan un cambio mayor del aspecto físico en el área amputada.

**Prurito**, es una secuela habitual, que interfiere en la calidad de vida de los afectados, presenta una prevalencia tras las quemaduras de un 87 % y persiste –según relata la mayoría de los supervivientes– durante 5 años o más (un 67 % de los pacientes quemados informan de este síntoma a los dos años y el 59 % a los nueve años). Su fisiopatología no es bien conocida, aunque su intensidad suele ser menor a medida que pasa el tiempo.

**Disfunciones neurosensoriales**, no son muy prevalentes a largo plazo, aunque sí tienen importancia en las personas que han sufrido quemaduras eléctricas, porque el paso de la electricidad a través de los tejidos corporales puede afectar al sistema nervioso central. Las que se describen con más frecuencia son alteraciones cognitivas como los déficits de memoria y atención. También se dan déficits sensoriales y motores, trastornos del lenguaje y del funcionamiento de las capacidades intelectivas superiores. Aunque no son muy comunes, es importante valorarlas a tiempo para su derivación al especialista, ya que pueden tener un gran impacto en las actividades de la vida diaria. En muchas ocasiones pasan desapercibidas o no son reconocidas por la persona afectada...” (Espinosa y Piriz.2014:29-33).

## 2.2.- Estructura Psicológica

Aquí señalamos los sentimientos que la persona percibe en su interior. Los estados de ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Los más habituales son: sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza.

“...Resulta bastante claro que existen numerosos factores estresantes que pueden causar un impacto psicológico en este tipo de heridas: la cura de lesiones puede ser muy dolorosa, lo que hace en ocasiones que dolor y depresión se asocien; se procede al aislamiento para evitar las infecciones, lo cual conlleva una privación social; la alteración de la imagen corporal, muy

significativa y repentina, se vincula al estrés postraumático; debe asumirse la reacción a la nueva imagen corporal del afectado por parte de las personas de su entorno, la cual no siempre es positiva. La respuesta psicológica de los afectados ante su situación no solo se debe a la gravedad de las lesiones producidas, sino también a lo que experimentó durante el accidente que le produjo las quemaduras, y a veces esta vivencia es la que determina conductas psicológicas patológicas, como la depresión o los trastornos de ansiedad. Son las estrategias de afrontamiento personales las que parecen tener un papel decisivo en que aparezcan con mayor o menor intensidad estas alteraciones psicológicas. Se han clasificado este tipo de secuelas en dos grupos, atendiendo a su importancia y a los criterios diagnósticos que las definen: patologías psiquiátricas y alteraciones psicológicas.

### Patologías psiquiátricas

**Depresión**, los pacientes quemados tienen un riesgo específico de desarrollar una depresión debido a la alteración de la imagen corporal causada por las cicatrices hipertróficas, el dolor que conlleva la rehabilitación y el desarrollo en unos porcentajes elevados del síndrome de estrés postraumático (15-45 %), que se considera un factor de riesgo de la depresión mayor. Sus causas más frecuentes son la aflicción y el duelo por lo sucedido, que a veces se desencadenan por la pérdida de la integridad corporal o incluso por el fallecimiento de personas allegadas si la causa es un accidente. También tiene correlación con el dolor, el aislamiento social durante el ingreso hospitalario y el estado psicoafectivo previo. Los síntomas de ansiedad y depresión normalmente aparecen unidos, tienen una prevalencia del 25-65 % durante el primer año y descienden después (más o menos a la mitad en el segundo año). Son factores predictores de desarrollar esta patología: ser mujer; tener trastornos afectivos o de ansiedad previos; las características de la quemadura; el tipo de personalidad y las estrategias de afrontamiento inefectivas.

**Síndrome de estrés postraumático**, se incluye dentro de los trastornos de la ansiedad, pero se caracteriza por ser consecuencia de una exposición a un evento traumático que constituye una amenaza para la vida o la integridad física y que causa un temor intenso, pánico o desamparo. La

persona puede revivir el hecho traumático, desarrollar conductas de evitación o mostrar insensibilidad emocional. Las tasas de prevalencia de esta patología durante el primer año oscilan entre el 31-45 %. Los factores de riesgo para desarrollar este síndrome son: patología psiquiátrica previa o personalidad premórbida (neurótica); síntomas de estrés tras el accidente y dolor. Igualmente, aparecen mayores tasas en mujeres y estas mantienen los síntomas durante periodos más prolongados que los hombres. También hay evidencias de que esta patología aparece con más frecuencia en accidentes que ocasionan quemaduras que en otro tipo de catástrofes.

**Ansiedad generalizada**, Es un trastorno muy común en las personas quemadas, que se da habitualmente asociado a la depresión. La prevalencia se estima en un 13-35 % durante el primer año.

**Alteraciones psicológicas**, la aceptación de la imagen corporal es un concepto multidimensional que se relaciona con la autopercepción del aspecto físico y el grado de satisfacción de la persona con su imagen. Todo lo que se relaciona con la apariencia física es de gran importancia en una sociedad que encumbra a las personas que son atractivas físicamente, pues esta característica es sinónimo de prestigio personal y social e influye en la percepción que los demás tienen de nosotros. Por el contrario, las personas que están desfiguradas se tienen que enfrentar con miradas descaradas, comentarios y preguntas sobre su aspecto y otras conductas similares que resultan molestas. En las quemaduras, al igual que en otros procesos traumáticos, el cambio en la imagen corporal sucede de manera repentina, lo que causa niveles elevados de insatisfacción.

Esta alteración profunda de la imagen corporal suele estar asociada con el estrés, la baja autoestima, los síntomas de ansiedad y la depresión, el aislamiento social y los problemas sexuales. Los estudios muestran que una mayor insatisfacción con la imagen corporal tiene correlación con la gravedad de la alteración física, con ser mujer y con la importancia que la persona concede al atractivo físico...” (Espinosa y Piriz.2014:33-34).

### 2.3.- Estructura Social.

Las personas supervivientes de quemaduras presentan severas dificultades para recuperar las actividades de su vida social, como son la relación con los demás, el regreso al mundo laboral, escolar o la vida sexual con la pareja. Por lo tanto, estos factores se deben detectar a tiempo para promover la inclusión social de estas personas, quienes necesitan recuperar cuanto antes sus diferentes actividades personales, familiares y sociales.

“...Los principales aspectos relacionados con la vida social que quedan afectados son:

**Dificultades para recuperar la actividad laboral previa**, los adultos tienen problemas para ser productivos y volver al trabajo, por lo que ven disminuida su calidad de vida. La mayoría de los pacientes quemados críticos están capacitados para retomar su vida laboral una vez que se han recuperado, aunque permanecen de baja una media de 17 semanas; tan solo un 10 % no habían vuelto al trabajo dos años después de su accidente. Los factores predictivos de no volver al trabajo en pacientes quemados se asocian a patología psiquiátrica previa, desempleo anterior, gravedad de las quemaduras (sobre todo si estas se han producido en las extremidades) y presencia de secuelas estéticas.

**Alteración de la sexualidad**, se debe a que la piel posee un papel muy importante en las relaciones sexuales, por ser un órgano sensitivo. En los pacientes quemados la vida sexual queda afectada por la falta de sensibilidad causada por las cicatrices hipertróficas y por la alteración que estas producen en la imagen corporal y en la autoestima, aspectos importantes en el plano sexual. También la afectación puede producirse por las disfunciones psicológicas ya mencionadas, los efectos secundarios de la medicación y el dolor. Aunque se cree que la vida sexual de los pacientes quemados sufre modificaciones, hay poca evidencia empírica sobre este tema, lo que impide tratarlo adecuadamente.

**Problemas de interrelación social**, es muy habitual en personas que tienen quemaduras en la cara que desfiguran su imagen, dado que el aspecto es importante para iniciar relaciones sociales. En ocasiones, una imagen poco común o distinta origina reacciones de rechazo, temor, ser el centro de atención. Esto puede llevar a la desmoralización de la persona, al aislamiento social y la soledad. Poca evidencia científica avala estas teorías, aunque algunos estudios señalan estilos de vida solitarios un año después de la lesión o la evitación de ciertos actos sociales debido a las cicatrices...” (Espinosa y Piriz.2014:34-35).

### 2.4.- Estructura Espiritual.

“...La espiritualidad puede entenderse como la dimensión en el ser humano en donde se consolida la relación con el otro como alternativa básica para la trascendencia. La espiritualidad permitirá fundamentar nuevas alternativas de religarme con el otro y con lo Otro. La espiritualidad es religación, y se concreta en formas específicas de vinculación con el otro y con lo Otro, basadas en el amor. La espiritualidad es el fundamento de la capacidad de aperturarse al otro. Amor y espiritualidad son dos elementos que no pueden entenderse uno sin el otro, la forma suprema de la espiritualidad está en la religación con lo Otro, con el Absoluto, con el Amor, con la Energía, el Cosmos, o con Dios. Esta religación es definitiva en nuestra trascendencia. Estas dos formas de espiritualidad emergerán en el momento en que la persona reconstruya su propio sentido de vida, basado en el encuentro amoroso con el otro y con lo Otro...” (Méndez Sánchez:16-17).

Hablar de espiritualidad en el mundo del dolor no debe resultar extraño. La enfermedad, el sufrimiento, las limitaciones físicas, esta dificultad tiene que ver con la cultura, la religión, el sistema de creencias, los valores y las experiencias de la persona que está pasando por estas secuelas de quemaduras.

## 2.5.- Impacto en la familia

La familia es el primer grupo al que pertenece el ser humano, todavía representa el núcleo principal de la sociedad, se basa en las relaciones de afecto, intimidad y consanguinidad que se establece entre sus miembros, ella ha permanecido a través de la historia como unidad social y como espacio natural para la vida de la persona, regulando determinadas necesidades sociales y personales.

“...Minuchin sugiere que la familia no es una unidad estática, está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. Es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a partir de estímulos desde el interior y el exterior considerándola también como un sistema sociocultural abierto que enfrenta continuas exigencias de cambio...” (Polo Scott y Chávez Contreras,2006:21).

La familia enfrenta una severa crisis cuando se presenta la noticia de algún acontecimiento súbito como son las quemaduras de algún miembro de la familia a consecuencia de un accidente. La situación de la familia de una persona con quemaduras se caracteriza por la presencia de un trauma emocional la cual está condicionada a la presencia de múltiples miedos, temores, tensiones, enojo, ansiedad, y depresión. Los familiares de los pacientes tienen una variedad de necesidades, los niveles de tensión aumentan cuando estas no son atendidas: la necesidad de mantener la “fe;” la necesidad de que sus preguntas sean contestadas honestamente, en términos que los familiares puedan entender; la necesidad de que se les notifique con prontitud si hay cambios en la condición del paciente y que se les permita permanecer con el paciente. Los familiares requieren que les aseguren que su ser querido está recibiendo atención de calidad.

La muerte está siempre presente de forma más o menos explícita, así como el miedo y pena al sufrimiento de su ser querido, muchas veces es la primera experiencia para los familiares y no están preparados para aceptar la realidad de la gravedad del paciente.

“...La forma interna o externa en que la familia vivirá este acontecimiento tendrá que ver con la manera en que sus integrantes perciben el padecimiento, así como su conducta frente a este y su capacidad para apoyar y proporcionar cuidados al enfermo. Las creencias de la familia desempeñan un papel muy importante respecto del acontecimiento, sobre todo si consideran que el origen de esta fue consecuencia de un “error o pecados” y traen consigo vergüenza, culpa, rechazo y necesidad de perdonar y de ser perdonado...” (Polo Scott y Chávez Contreras,2006:31).

Como se ha mencionado anteriormente las secuelas por quemaduras de tercer grado afectan la estructura física, psicológica, social y espiritual de la persona y representan una amenaza que trunca el sentido de vida de la persona y de la familia.

## 2.6.- Calidad de vida

“... La calidad de vida es un concepto con múltiples definiciones, pero en general se refiere a la percepción que tiene el individuo sobre su situación vital, en el contexto de su cultura y sistema de valores y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La introducción de la variable subjetiva del paciente permite la modificación del modelo biomédico centrado en los aspectos físicos hacia un modelo más humanista que considere los aspectos psicoemocionales de la condición de la persona. Varios estudios han demostrado que las personas que han sufrido quemaduras manifiestan una alteración importante en su calidad de vida, ya que esta puede verse afectada por cambios en factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales, frecuentes en personas que han sufrido quemaduras de consideración. Los factores

físicos relacionados con la calidad de vida son la gravedad de las lesiones; los psicológicos el estrés postraumático, el insomnio y las alteraciones de la imagen corporal. Los dos primeros aparecen asiduamente en el periodo inmediatamente posterior al accidente y luego mejoran. Sin embargo, la alteración de la imagen corporal tiene un impacto importante en la calidad de vida consistente en que, cuanto más alterada está la percepción de la imagen corporal de los pacientes quemados, menos calidad de vida muestran. Por ello, la calidad de vida desciende de manera importante tras el ingreso hospitalario, pero suele mejorar con el transcurso del tiempo, aunque algunos estudios sugieren que es menor que la de la población general. En un estudio sobre calidad de vida de pacientes quemados realizado con población española se observa que las quemaduras no representan un problema para el trabajo físico o el cuidado personal, pero sí afectan de un modo importante a las relaciones sociales y afectivas, a la actividad general y sobre todo a la estabilidad psicológica. La gravedad de las quemaduras iniciales prolonga el tiempo de hospitalización, precisa intervenciones quirúrgicas o injertos de piel, lo que, unido a una edad más avanzada, hace que se agraven las secuelas físicas y psicológicas...” (Espinosa y Piriz.2014:35). Efectivamente la alteración de la imagen corporal de la persona superviviente de quemaduras representa una pérdida significativa porque limita la interrelación con los demás miembros de la sociedad, debido a la apariencia física.

“... La imagen corporal, es la construcción mental que tenemos de nuestro propio cuerpo y la vivencia que tenemos de él, se va formando a través de diversas actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo, es decir, desde la infancia vamos construyendo esta imagen corporal...” (Hernández Márquez.2022).

La imagen corporal contiene tres aspectos importantes a considerar:

Aspectos perceptivos: es la precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o en sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

Aspectos cognitivos-afectivos: tiene que ver con las actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma, o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia etc.

Aspectos conductuales: son las conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

## 2.7.- Muerte Social

“... La muerte social es el efecto de una práctica (social) en la que una persona o grupo de personas es excluido, dominado o humillado hasta el punto de convertirse en muerto para el resto de la sociedad. Aunque tales personas están físicamente vivas, sus vidas ya no tienen un significado social; ya no cuentan como vidas que importan. Los muertos sociales pueden hablar, actuar, componer sinfonías o encontrar una cura para el cáncer, pero sus palabras y hechos no tienen importancia” ... (González Arocha.2020:98).

En este sentido, la apariencia física de las personas supervivientes por quemaduras de tercer grado representa “... la primera fuente de información que les va a permitir la interacción social, representa la realidad física que tienen, sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos llegan a alterar la percepción y la dinámica de la comunicación con los demás...” (Hernández Márquez.2022).

En la sociedad occidental, todo lo que es distinto de lo sano, del bienestar físico y de la belleza, genera ansiedad y temor; se considera que “el cuerpo viejo, enfermo o con discapacidad no es digno de mostrarse” y por consiguiente son excluidos socialmente.

Desde esta perspectiva, el cuerpo quemado, las cicatrices o amputaciones, se convierten en motivos de estigma, pues son considerados deformidades o defectos físicos, por una sociedad que impone estereotipos de belleza o de “normalidad”, quedando al margen de la participación y del desarrollo económico del país, es decir, son excluidos socialmente de las oportunidades de empleo, educación, recreación y de los demás ámbitos de la vida social.

## 2.8.- Duelo

“... El duelo es un proceso de adaptación emocional que viene en respuesta a una pérdida real o simbólica, significativa que tiene un sujeto y que tiene manifestaciones físicas, cognitivas, sensoriales y emocionales que determinan el contexto humano del sujeto...” (Polo Espinosa.2022)

Podemos, pues, considerar que el duelo es producido de cualquier tipo de pérdida, y no sólo es aplicable a la muerte de una persona. Por lo tanto, el proceso de duelo se realiza siempre que tiene lugar una pérdida significativa, siempre que se pierde algo que tiene valor, real o simbólico, consciente o no para quien lo pierde.

Las pérdidas significativas identificadas en las personas supervivientes de quemaduras de tercer grado principalmente son la imagen corporal, la limitación funcional y la participación social, generando exclusión social o muerte social.

“... Cuando las pérdidas o los conflictos son más graves, cuando ponen en crisis nuestra capacidad de adaptación, nuestra homeostasis o equilibrio social, psicológico o individual,

hablaremos de procesos reorganizadores: el cambio o conflicto es de tal magnitud que pone en peligro ese equilibrio y obliga por tanto a una reorganización de este. Las situaciones que rompen el equilibrio y la adaptación anterior son, por ejemplo, las pérdidas afectivas, por un lado, y por otro, un tipo de pérdidas o cambios que implican profundos impactos y reorganizaciones internas y, tal vez externas: los traumas. Así pues, dentro de los procesos organizadores, a nivel fenomenológico podemos observar dos grupos: procesos de duelo (ante pérdidas afectivas importantes) y procesos de elaboración postraumática (que son los que ponemos en marcha ante los traumas o pérdidas que amenazan ser catastróficas para nuestra integridad biológica, psicológica, social y espiritual)” ... (Tizón,2007:20).

Como es el caso de las secuelas de quemaduras que impactan en las estructuras mencionadas por Tizón, y que resulta complicado el abordaje de esos procesos de elaboración postraumática ya que la causa es súbita.

“...Elaborar las pérdidas no ha de ser una resignación pasiva o una sumisión sino una actitud flexible y equilibrada, que le permita a la persona salvar sus propios valores realizarse en la medida compatible a sus circunstancias, y sin descompensarse. No podemos amar sin dolernos. El duelo es un indicador de amor. Si hemos amado intensamente, no se puede morir sin dejar a alguien dolido. Para sufrir la pérdida se ha tenido que gozar del contacto, es la dialéctica de la vida. El dolor al igual que el amor, tiene sus tiempos, sus ritmos, sus periodos hasta reencontrar el sentido de vida esperado...” (Cabodebilla,2007:175).

3.- RECUPERACIÓN DEL SENTIDO DE VIDA

3.1.- Metodología

La metodología propuesta para la investigación, comprensión y análisis sobre la Recuperación del sentido de vida de la persona superviviente con secuelas de quemaduras de tercer grado, después del egreso hospitalario, será con enfoque de la Teoría Fundamentada porque permitió con su método comprender las acciones y significados de la problemática de la persona objeto de estudio; la estrategia metodológica es el estudio de caso, para abordar al objeto de estudio fue a través de un diseño narrativo del pasado, presente y perspectivas futuras de la persona. El análisis de las narrativas obtenidas se centró en la experiencia de vida de las personas que habían sufrido quemaduras. Por ello, adaptamos los pasos que nos plantean Glaser y Strauss de la teoría fundamentada para crear las categorías que permitieron nuestro análisis. Aclaramos, igualmente, que el interés de esta investigación no es generar teoría, sino describir nuestro fenómeno de estudio. La muestra se acotó a dos casos de personas adultas con secuelas de quemaduras de tercer grado; se realizó trabajo de campo, es decir, las entrevistas se realizaron en entornos ajenos al institucional, donde ellos eligieron y se sintieron más a gusto. Los instrumentos para recopilar información fueron los siguientes: la entrevista a profundidad, observación no participante, diario de campo, guía de observación, guía de entrevista, grabadora y las que se requieran para el análisis de los datos recabados.

3.2.- Características de la población objeto de estudio

CATEGORÍA	CASO 1 (MUJER)	CASO 2 (HOMBRE)
Diagnóstico de ingreso	Quemaduras de tercer grado y segundo grado mixto en áreas especiales: cara, espalda, brazos y grandes articulaciones en el 70% de la SCTQ (Superficie Corporal Total Quemada) así como con probables quemaduras en vías aéreas, con pronóstico malo para la vida	Quemaduras del 70% de SCTQ (Superficie Corporal Total Quemada) de segundo y tercer grado profundas en cara, tórax anteroposterior y las 4 extremidades, pérdida de ojo izquierdo, con pronóstico malo para la vida.
Mecanismo de Lesión	Fuego (explosión de caldera)	Fuego (explosión de ducto de PEMEX)
Tiempo de Hospitalización	56	67 días
Diagnóstico de egreso	Secuelas de quemaduras de tercer grado en cara, tórax y miembros superiores e inferiores, con pronóstico malo para la función, bueno para la vida.	Secuelas de quemaduras de tercer grado en cara, tórax y 4 extremidades, con pronóstico malo para la función, bueno para la vida.

Se eligieron las siguientes variables para su análisis: Pérdidas significativas a través de la afectación de la imagen corporal, condición de funcionalidad, condición emocional, condición cognitiva, condición social, espiritual, calidad de vida y sentido de vida de la población objeto de estudio.

3.3.- Interpretación de resultados

3.3.1.- Reconocimiento de la imagen corporal

El cuerpo con secuelas de quemaduras severas en cara y extremidades superiores como las más visibles como las cicatrices de los casos presentados en este trabajo de investigación, se convierten en motivos de estigma, pues son considerados con deformidades o defectos físicos, y este hecho tiene implicaciones en su imagen corporal y aspecto físico de las personas que las han padecido, esta condición representa una perdida significativa para la persona por el impacto que esto provoca primeramente en la interacción con los demás, sea, familia, amigos y demás integrantes de la sociedad que responden con diferentes actitudes que incomodan a las personas objeto de estudio por lo que la persona deberá de desarrollar nuevas habilidades ante esta nueva condición.

3.3.2.- Reconocimiento de la condición de funcionalidad

El objetivo del tratamiento de las quemaduras es preservar al máximo las habilidades o capacidades de la persona, lo ideal es mantener en lo que sea posible su integración personal, familiar y social, así como dar un soporte adecuado en la esfera emocional y espiritual, tanto para él como a su familia, logrando así una mejor calidad de vida.

En este sentido, en ambos casos, el logro de la funcionalidad de las personas con secuelas de quemaduras fue un proceso que tiene que ver con el apego al proceso de rehabilitación intra y extrahospitalario, que depende también del involucramiento de la familia así como de la situación

económica después del egreso hospitalario, en estos casos tratamos de referir a la persona con secuelas de quemaduras a la instancia más cercana a su domicilio para dar continuidad al proceso de rehabilitación a través de sesiones de terapia física y ocupacional, siempre con el involucramiento de la familia en un principio para apoyar en el traslado a la persona y evitar el gasto económico que representa su traslado a una instancia más lejana a su domicilio y previendo la falta de continuidad al tratamiento.

En los casos objeto de estudio de este trabajo de investigación, ambas personas son independientes en sus actividades de la vida diaria humanas, así como en las actividades instrumentales como son el traslado en transporte público, manejo de vehículo, el uso de servicios públicos, uso del teléfono celular, internet, etc, que permite la independencia y autonomía. En ambos casos no se apegaron al uso de la máscara y mangas de compresión para prevenir la aparición de cicatrices queloides, argumentaron limitación en el movimiento además de ser más impactante su uso ante la sociedad.

El apego al tratamiento de rehabilitación de las personas con secuelas de quemaduras graves o de tercer grado previene la dependencia física y económica hacia la familia.

### **3.3.3.- Reconocimiento de la condición emocional**

A tres y cuatro años del egreso hospitalario de los dos casos objeto de estudio, los sentimientos de frustración, enojo, tristeza, desesperanza, sentimiento de culpa, son parte de la situación emocional a consecuencia del impacto de las secuelas de quemaduras graves o de tercer grado en partes visibles del cuerpo como son cara, cuello y brazos.

Cabe mencionar que ambas personas objeto de estudio en su momento contaron con el apoyo de personal de psicología del CENIAQ, en la consulta externa, sin embargo, por la situación económica y de traslado no dieron continuidad a este servicio.

En este sentido, la familia es un pilar muy importante, sin embargo, ante una situación súbita como la que pasaron las personas objeto de estudio, en su momento la familia paso por una crisis en su organización, economía y responsabilidad del cuidado de la persona objeto de estudio. En este momento a tres años del egreso hospitalario aparentemente la familia ha tenido una estabilidad emocional al observar la funcionalidad y autonomía de las personas objeto de estudio, sin embargo, desconocen cómo manejar los momentos de frustración, enojo, tristeza, desesperanza y sentimiento de culpa de sus integrantes con secuelas de quemaduras, la familia continua proporcionando el apoyo afectivo, económico, de seguridad, de protección, de salud básicos para la recuperación y desarrollo de sus miembros.

### **3.3.4.-Reconocimiento de la condición cognitiva**

La parte cognitiva de las personas objeto de estudio representó en su momento una perdida significativa porque se altera la atención, memoria y concentración que son afectadas por diferentes causas, a saber, por la larga estancia hospitalaria, por el medicamento ingerido, por el estrés postraumático, por la falta de estimulación cognitiva en su momento.

A tres años del egreso hospitalario la persona con secuelas de quemaduras se dan cuenta que poco a poco van recobrando esta parte cognitiva, esto debido al cambio de contexto emocional que le genera estar en el ámbito familiar donde tienen contacto con los demás miembros de la familia monoparental y extensa , y la oportunidad de realizar poco a poco actividades sencillas por ellos mismos, la estrategia a seguir según experiencia de las personas entrevistadas es tener pequeños logros que favorecen la seguridad y autoestima recobrando poco a poco el interés por realizar las cosas que anteriormente realizaban como leer, nadar, correr, caminar, armar y desarmar cosas, entender videos tutoriales, etc.

### **3.3.5.-Reconocimiento de la condición social:**

De los retos más grandes que debe enfrentar una persona con secuelas de quemaduras graves o de tercer grado visibles en cara, cuello y brazos, no se limitan solamente a la etapa crítica de hospitalización, sino va más allá, cuando egresa del hospital.

Con la salida del hospital y la recuperación física, las personas objeto de estudio tuvieron que enfrentarse al siguiente entorno inmediato que es su comunidad, la imagen corporal, así como la apariencia física limita las relaciones sociales, como se ha mencionado en variadas ocasiones, la persona con secuelas de quemaduras percibe miradas de curiosidad que les generan incomodidad.

El aislamiento, el rechazo y por consiguiente la falta de participación por la estigmatización por la apariencia física de las personas con secuelas de quemaduras graves visibles, son variables de la exclusión o muerte social hacia estas personas toda vez que limita su participación en diferentes ámbitos por barreras actitudinales, principalmente en el ámbito laboral, generando en muchos casos la dependencia económica en la familia.

Como sociedad tampoco estamos preparados para favorecer la inclusión de personas con secuelas de quemaduras graves, quienes padecen discriminación, exclusión, burlas y maltratos. Hace falta crear conciencia en la sociedad para que resguarde y propicie el desarrollo personal y social de quienes sufren graves lesiones. Es necesario acciones de información y sensibilización al respecto para el cambio de la actitud de la sociedad que es la más difícil de erradicar.

### **3.3.6.- Reconocimiento de la condición calidad de vida**

Las secuelas de quemaduras de tercer grado definitivamente impactan en la calidad de vida de las personas que la padecen, sin embargo, este concepto de calidad de vida es muy subjetivo y cada

persona la percibe de manera diferente, en este sentido, retomare en este apartado la valoración que realiza cada una de las personas entrevistadas objeto de estudio en este trabajo de investigación realizo acerca de este tema: en el Caso 1, percibe en términos generales que su calidad de vida es buena, es independiente en sus actividades de la vida diaria, cuenta con una red de apoyo familiar y de amigos que la aceptan así como es, sin embargo la parte social como la laboral es una situación inestable porque no desea seguir dependiendo económicamente de su familia. En el Caso 2, considera su calidad de vida regular, aunque es independiente en sus actividades de la vida diaria, así como para su traslado, maneja una camioneta en ocasiones realiza compras, aunque le da pena su aspecto físico trata de hacerlo, realiza actividad física, no utiliza alguna ayuda funcional, en cuanto al apego al tratamiento, en ocasiones fuma, no toma alcohol, continuó con problemas de adicción (cristal) hasta hace poco, se deprime con facilidad, siente mucho la muerte de su hermano. Su comunidad poco a apoyado para su inclusión social, no participa en algún grupo,

### **3.3.7.- Reconocimiento de la condición de espiritualidad:**

Toda persona es un ser espiritual, tiene en su interior la capacidad de anhelar la integración de su ser con una realidad más amplia que el sí mismo llámese el universo, experiencia de totalidad, humanidad, Dios personal, lucha por la justicia o lo que fuere y, a la par, la posibilidad de encontrar el camino para esa integración, un camino para ese sujeto único e irrepetible, pues la dimensión espiritual no aparece en abstracto, y está relacionada con el sentido de vida.

Ambos casos en su momento vivieron la posibilidad de morir en varias ocasiones durante la estancia hospitalaria.

Las personas entrevistadas relacionan el termino de espiritualidad con Dios. Con base en ambas entrevistas en el primer caso la espiritualidad fue la religación consigo misma, y después con Dios, se encontró consigo misma con mucho amor y paz. En el segundo caso la espiritualidad la ejerce a través de la creencia en Dios, durante la entrevista comento que asiste muy poco a la iglesia debido a lo incómodo que resultan las miradas de la gente, en proceso la religación.

### 3.3.8.- Recuperación del sentido de vida

“... Buscarle sentido a la propia vida disfrutando -valores vivenciales-, haciendo algo -valores creativos-, ayudando a otros, buscando qué espera la vida de nosotros en forma de acciones concretas en cada situación y para cada persona en particular -valores de actitud. Frankl (1994) relaciona la búsqueda del sentido o "voluntad de sentido" con la motivación que justifique la propia existencia tiene su lógica porque dicho sentido parece ser un objetivo relevante para el ser humano...” (Noblejas; 111).

Está claro que el termino de recuperación de sentido de vida está identificado desde la supervivencia de ambas personas entrevistadas al acontecimiento traumático por el cual pasaron, esta ha sido lenta basada en pequeños logros. Se identifico que el objetivo principal de ambas personas se basa en el apoyo y ayuda a terceras personas que han sufrido quemaduras o con problemas de adicción como es el segundo caso, en conclusión, existe la recuperación del sentido de vida en ambos casos siempre con el apoyo incondicional de la familia y de amigos cercanos, ha sido un proceso de adaptación lento.

### 3.4.- Conclusiones

Con el resultado de la investigación realizada se dio respuesta a las preguntas de investigación planteadas al inicio de este trabajo.

Desde la mirada tanatológica de los accidentes fatales, las quemaduras de tercer grado son eventos súbitos que colapsan la estructura física, psicológica, social y espiritual del ser humano ocasionando discapacidad por la apariencia física y la pérdida del sentido de vida.

La recuperación del sentido de vida en ambos casos represento un proceso de adaptación lento a través de pequeños logros personales, con el apoyo siempre de la familia, y de amigos cercanos.

Es necesario generar más opciones de atención tanatológica accesibles a la población con secuelas de quemaduras para promover el fin último del tratamiento que es la inclusión social con base en la identificación de pérdidas significativas y necesidades reales con la finalidad de desarrollar habilidades sociales que permitan su inclusión social en diferentes ámbitos.

Es necesario las acciones de seguimiento a las personas con secuelas de quemaduras, después del egreso hospitalario con enfoque tanatológico para dar continuidad al tratamiento en el ámbito familiar.

## 4.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA

La intervención tanatológica propuesta en este trabajo de investigación tiene que ver con la instrumentación de Espacios Comunitarios Tanatológicos accesibles para la atención de personas con secuelas de quemaduras después de su egreso hospitalario, con la finalidad de dar continuidad a su tratamiento integral, en específico en las dimensiones psicológica, social y espiritual

El nivel tanatológico de intervención será desde el acompañamiento y consejería tanatológica partiendo de la identificación de las necesidades de la persona con secuelas de quemaduras, cabe mencionar que el impacto de estas en las diferentes estructuras de la persona dependerá del grado, profundidad y del porcentaje de la superficie total corporal quemada.

Los Espacios Comunitarios Tanatológicos (ECT), estarán operando en espacios de instancias públicas ubicados en diferentes zonas de la CDMX con la finalidad de acercar este servicio a la población con secuelas de quemaduras y sus familias.

#### 4.1.- Objetivo General:

Mejorar la calidad de vida de las personas con secuelas de quemaduras a través del reconocimiento y aceptación de la percepción de su imagen corporal con la finalidad de favorecer su inclusión social en los ámbitos, educativo, laboral, cultural, recreativo entre otros más generando una cultura de respeto y no estigmatización por su apariencia física.

Los involucrados en el proceso tanatológico son: personas con secuelas de quemaduras, la familia, la comunidad y parte del equipo multidisciplinario.

Las estrategias de intervención tanatológica son: apoyo en duelo, educación y promoción de la salud, formación de grupos terapéuticos, inclusión social en el ámbito educativo y laboral principalmente, no descartando los demás y finalmente el seguimiento oportuno y coordinado.

#### BIBLIOGRAFÍA

1.Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 3): 163-176.

2.Frankl, Viktor (2001). “El hombre en busca del sentido”. Barcelona. Herder

3. Hernández, Sampieri Roberto, Fernández C. (2006). Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México.

4. Humanos, C.N. (2018). Convención de los derechos de las personas con discapacidad, México: CNDH.

5. IMSS. (2017). Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de enfermería para la atención del adulto gran quemado en el tercer nivel de atención. 09/03/2017, Ciudad de México: IMSS.

6. J. González Arocha (2020). Filosofía y Muerte Social en Tiempos de Covid-19. Dialektika: Revista De Investigación Filosófica Y Teoría Social, 2(4), 95-100.

7. Jorge L. Tizón. (2007). Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis. Herder, Barcelona.

8. Juan Leonardo Hipólito Méndez Sánchez. La espiritualidad, una luz en la oscuridad.

9. Martín Espinosa NM, Píriz-Campos RM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. Revista Rol de Enfermería. 2014;37(2):100-109.

10. Montero, Laura (2018). Aproximación a la vivencia del paciente gran quemado en su proceso de recuperación. Proyecto de Investigación. Universidad Autónoma de Madrid.

11. Morales, Silvia (2015). La familia y su evolución. Perfiles de las Ciencias Sociales, Año 3, Núm. 5, Julio – diciembre 2015, México, UJAT.

12. Muñiz, Elsa, (2007). “Cuerpo y su corporalidad. Lecturas sobre el cuerpo”, en Miguel Ángel Aguilar y Anne Reid (coords.), Tratado de psicología social. Perspectivas socioculturales, Anthropos, México, pp. 67-95.

13. Natalia Faroni, Fernández Coria, R (2018). Manejo Interdisciplinario de pacientes quemados. Pilar fundamental para la reducción de secuelas funcionales. Revista Médica. Rosario 83: 26-29.

14. Noblejas de la Flor, Ma. Ángeles (2000). Palabras para una Vida Con Sentido. Editorial Desclée De Brouwer, S.A.

15. Norman K, Denzín. (2013). Estrategias de Investigación Cualitativa. Manual de Investigación Cualitativa. Vol. III. gedisa. Barcelona. 270-315.

16. Polo Scott, Chávez Contreras, López Estrada y Escobar (2009) Tanatología Transpersonal. Instituto Mexicano de Psicooncología, México. Edit. Thanatos.

17. Polo Scott, Marco Antonio y Chávez Contreras (2009). Los duelos en la familia. Instituto Mexicano de Psicooncología, México. Edit. Thanatos.

18. Polo Scott, Marco Antonio y María Susana P (Scott, 2009). De la Personalidad a la Espiritualidad. Del Ego-Ismo al Ego. Thanatos, Ciudad de México.

19. Rojas Cebrero, Ana Karina; Romero Pérez, Irma. Quemaduras: experiencias de vida Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, núm. 68, enero-junio, 2010, pp. 17-38 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México

20. Ritvo, Eva (2003). Terapia de pareja y familiar. Guía práctica. Manual Moderno,2003.

21. Segundo Seminario Internacional y Multidisciplinario de Cuidados Paliativos y Tanatología para las personas en periodo corto de vida. Sesión 15. “Duelo por imagen corporal”. Mtro. José Manuel Hernández Márquez. ENTS-UNAM, 2022.


22. STCONAPRA, (2016). Modelo para la Prevención de Quemaduras en Grupos Vulnerables en México. Secretaría de Salud. Ciudad de México.



**Centro de Tanatología y Terapia de Duelo**

**Te ofrece Talleres de:**

- Duelo • Autoestima • Codependencia • Cerrando ciclos
- Aprendiendo a perdonar • Cerrando heridas
- Aprendiendo a enveje-ser

Informes: Tel. 55 6393 - 1100  55 6506 - 3006

[www.centrodetanatologia.com](http://www.centrodetanatologia.com)



Instituto Mexicano de Psicooncología

# Doctorado en Tanatología

Avalado por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20180488 de fecha 12/Abril/2018



“Ciencia, Eficiencia, Humanismo y Espiritualidad”

Dirigido a todas las personas interesadas en el tema, con nivel de estudios de Maestría.

## Curso Propedéutico

(REQUISITO INDISPENSABLE)

**Inicio: Semestral**

Costo del curso: \$ 4,000.-

**Plantel Montevideo**

Avenida Montevideo No. 517, 625 y 635, Col. San Bartolo Atepehuacan, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07730, Ciudad de México.

Tels. (55) 6393 - 1100  
(55) 6393 - 2000

## Inicio del Doctorado

**Inicio: Semestral**

**Duración: 2 años**

Inscripción: \$ 4,000.-  
Mensualidad: \$ 4,000.-

Asistiendo a clases  
¡Sólo un día a la semana!

[www.impo.org.mx](http://www.impo.org.mx)

