



Escuela de Psicología

**Proyecto de Tesina:**

**El Duelo en personas quemadas durante la etapa de hospitalización.**

Hacia un primer apronte.

**Seminario de Investigación II**

Profesor Guía: Gabriel Traverso.

Profesor Metodólogo: Francisco Kamann.

Roxana Guajardo Medina.

Santiago, 23 de Diciembre de 2010

Tesina para optar al grado de Licenciada en Psicología



## **Resumen**

**Título de investigación:** “El duelo en personas quemadas. Etapa de hospitalización”

**Síntesis de la formulación del problema:** El problema de investigación, se centra en conocer el proceso de duelo en personas quemadas desde un primer acercamiento en el contexto de recuperación de las heridas. Esto debido a que son heridas que pueden comprometer su vida o dejar secuelas graves permanentes que alteran su transcurso biográfico.

### **Objetivos:**

#### **Objetivo General:**

- Conocer las características de duelo en relación a las pérdidas observadas en personas quemadas.

#### **Objetivos Específicos:**

- Definir en qué consiste un proceso de duelo en una persona quemada.
- Identificar etapas de intervención psicológica en personas quemadas
- Describir pautas de comportamiento en el proceso de duelo de personas quemadas en el ámbito hospitalario.

#### **Aspectos Metodológicos:**

Universo: Unidad de Quemados, Hospital de Urgencia de Asistencia Pública.

Muestra: 3 personas (dos mujeres, un hombre)

Enfoque: Cualitativo

Diseño: No experimental

Tipo: Exploratorio – Descriptivo.

**Conclusión:**

En esta investigación se puede dimensionar, cómo es que las personas que vivencian quemaduras en su cuerpo se implican en procesos emocionales en cuanto a su significación de las experiencias, además se observan manifestaciones de susceptibilidad hacia un nuevo acercamiento hacia sí mismos, acompañados de un proceso de reflexión debido al alta data hospitalaria.

## Indice

Resumen	3
<b>Capítulo 1: Introducción</b>	
1.1 Planteamiento del problema (Problema de Investigación)	7
1.2 Formulación del problema	9
1.3 Aportes y Relevancia	11
1.4 Pregunta de Investigación	13
1.5 Objetivo de Investigación	
1.5.1 Objetivo General	
1.5.2 Objetivos Específicos	
<b>Capítulo 2: Marco Teórico</b>	
2.1 Preliminar: Hacia un tratamiento integral de las quemaduras	14
2.2 Modelo Bio-psico-social del estudio	15
2.2.1 Psicología de la Salud	17
2.3 Hacia una conceptualización de las quemaduras	18
2.4 Función de la Fenomenología en la investigación	23
2.5 Filosofía existencial	24

2.6	Análisis Existencial y su aporte en personas quemadas	29
-----	---	----

2.6.1	Análisis existencial	
-------	----------------------	--

2.7	Análisis Existencial como Proceso Terapéutico	31
-----	---	----

### **Capítulo 3: Marco Metodológico**

3.1	Enfoque Metodológico	42
-----	----------------------	----

3.2	Tipo y diseño de investigación	43
-----	--------------------------------	----

3.3	Delimitación del campo a estudiar	44
-----	-----------------------------------	----

3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de la información	45
-----	--	----

3.5	Plan de Análisis de la información	46
-----	------------------------------------	----

### **Capítulo 4: Análisis y Resultados**

4.1.	Área de Análisis	47
------	------------------	----

4.2.	Análisis Fases del Duelo.	56
------	---------------------------	----

4.3.	Análisis General	70
------	------------------	----

### **Capítulo 5: Discusión y Conclusiones**

5.1	Conclusión en relación a las 4	
-----	--------------------------------	--

	Motivaciones Fundamentales de la Existencia	68
--	---	----

5.2	Conclusión en relación a los objetivos del estudio.	78
-----	---	----

5.2.1	Proceso de duelo en quemados.	78
-------	-------------------------------	----

5.2.2	Identificación de etapas de intervención psicológica.	79
-------	---	----

5.2.3.	Descripción de pautas de comportamientos en el proceso de duelo de personas quemadas	81
--------	---	----

5.3	Sugerencias.	83
-----	--------------	----

	<b>Bibliografía</b>	85
--	---------------------	----

## **Capítulo 1: Introducción**

### **1.1 Planteamiento del problema : Problema de Investigación.**

El problema de investigación se centra, en conocer el proceso de duelo, en personas quemadas, desde un primer acercamiento, en el contexto de hospitalización de la recuperación de las heridas. Esto debido a que son heridas que pueden comprometer su vida, o dejar secuelas funcionales graves y permanentes que alteran su transcurso biográfico. (Franulic y González, 2010)

En Chile, desde el punto de vista médico, el objetivo es el reducir la mortalidad de los pacientes críticos a la mitad desde hace tres años. Se han producido grandes avances en este aspecto, que ha involucrado estudiar en profundidad el perfil de estos pacientes y las condiciones en que se generan sus lesiones con el objeto de poder orientar tareas de prevención. (Villegas, 2010).

Se observa entonces, que desde la mirada médica ha habido una multiplicidad de investigaciones relacionadas con el cuidado y el trato a las heridas físicas de las personas, pero también se observa que, aunque existen estudios relacionados, el ámbito psicosocial aún necesita una profundización en relación específica a las heridas emocionales, en tanto duelo mirado como la pérdida que van enraizadas a un hecho de tamaño trascendencia.

En consecuencia, se determina fundamental para este estudio en presencia de estos factores, hacer una investigación etnográfica, inserta en el proceso de recuperación de las personas, significando una observación en el entorno hospital que capacite el registro de datos en relación a las características recabadas desde las personas-pacientes. Así, se busca

concretar un primer apronte y una apertura a la comprensión y orientación para, los equipos profesionales que trabajan con ellos en su tratamiento, como para quienes busquen ampliar y ahondar en esta área de investigación.



## 1.2 Formulación del problema

El ser humano es un organismo complejo que hay que entenderlo desde esta complejidad, por lo que, más allá de la vital y trascendental importancia en la recuperación física de las heridas de una persona quemada, cabe la pregunta de qué sucede con lo emocional y sus vivencias en su particularidad de Ser.

Se considera que las quemaduras son instancias difíciles que afectan la existencia, y que dependiendo de su magnitud, producen un cambio drástico en funcionalidades. Son lesiones que trascienden en la vida de la persona que las sufre por el impacto en su salud, imagen y relaciones sociales debido a las secuelas.

El tratamiento que se les aplica ha ido modificándose a lo largo de los años, en la actualidad, se cuenta con diversas cirugías y técnicas que buscan el mayor grado de reconstrucción posible. En este contexto, se introduce a una especialización médica que involucra un mayor manejo de las heridas, dividiéndolas en grados y en capas de la piel afectadas. Son tratamientos que van de la mano con procesos dolorosos, ya que, la recuperación incluye curaciones diarias para evitar la exposición de la epidermis, e infecciones que pudiesen interferir en la evolución.

Se advierte en las personas quemadas, que desde el momento en que despiertan de una primera cirugía, hay un cambio radical en sus vidas, desde ya, en sus rutinas, y por el tipo de hospitalización que necesitan. Esta, se relaciona con tipos de posiciones en las camillas que deben ir modificando, dependiendo del lugar y extensión de la quemadura, el tiempo de estadía, entre otros factores.

Esto lleva a formular y a hacer una problematización en función de la mejora

del tratamiento que recibe una persona con esta propiedad, se ve que se avanza en el área corporal, biológica, celular, pero por ser uno de los padecimientos más dolorosos en lo psicológico y social, es necesario entrelazar ambas miradas. Y lo primero en este sentido es conocer, para posteriormente comenzar a hacer.

El por qué de la importancia de desarrollar el concepto de recuperación de las heridas, tiene relación a la búsqueda de un tratamiento integral, donde el modelo médico aborde la salud física de la persona, tal como se conoce actualmente, sumado y a la par de un proceso de salud mental que propicie formas de acercamiento al proceso de significación personal hacia las nuevas características que las quemaduras conllevan en el cuerpo de la persona que las vivencia. Es decir, la importancia reside en responder al concepto de salud, un completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo lo que era la ausencia de enfermedad. (OMS, 2010).

Desde esta investigación, la recuperación debe responder a este concepto de salud, centrándose no sólo en la ausencia de gravedad en las personas quemadas, sino en la búsqueda del completo estado de bienestar.

### 1.3 Aportes y Relevancia

En la actualidad, hay un creciente interés en el estudio de las complicaciones emocionales y psicológicas de los pacientes que sufren quemaduras. (Franulic y González, 2010)

Ante esta mirada, se hace presente el requerimiento de un desarrollo hacia el conocimiento en las características que adoptan las personas que sufren de este acontecimiento en su piel durante la primera instancia, en el cómo viven su dolor, y cómo este afecta en las condiciones de elaboración de duelo.

Se busca dar pie posteriormente a futuras investigaciones que den paso a un tipo de intervención psicológica clínica específica, que se articule dentro del contexto de tratamiento en la integridad del concepto, donde la tarea de dar atención humana, oportuna, de la más alta calidad técnica, eficaz y eficiente a pacientes quemados sea de gran relevancia. (Villegas, 2010)

Un tratamiento en el significado propio de la palabra, refiere a “un conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad”. (RAE, 2010). Así, se apunta a mejorar el trabajo interdisciplinario entre las áreas científicas y sociales, desde un punto en común, procurando el bienestar y el cuidado a quienes atraviesan por la difícil resignificación y reincorporación hacia a sí mismos, como hacia la sociedad.

- Relevancia teórica de la investigación:

Busca presentar una problemática respecto al proceso de significación ante la pérdida en personas quemadas, ya que es una problemática vista, pero no desarrollada.

Además, se relacionarán dos modelos, el Modelo biopsicosocial, con el Análisis Existencial en función de un mayor análisis al proceso personal de personas quemadas.

- Relevancia Práctica de la investigación:

Se busca realizar propuestas, formas de implementar sesiones psicoterapéuticas que refieran directamente al proceso de personas quemadas.

- Relevancia social:

Mayor comprensión terapéutica al contexto, en función de que sea un fenómeno que se observe en la sociedad y se conozca desde ella con un mayor acercamiento hacia las características que este delicado proceso conlleva.

#### **1.4 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las características de duelo en relación a las pérdidas observadas en personas que han sufrido quemaduras, durante la etapa de hospitalización?

#### **1.5 Objetivo de Investigación:**

##### **1.5.1 Objetivo General:**

- Conocer las características de duelo en relación a las pérdidas observadas en personas quemadas.

##### **1.5.2 Objetivos Específicos:**

- Definir en qué consiste un proceso de duelo en una persona quemada.
- Identificar etapas de intervención psicológica en personas quemadas
- Describir pautas de comportamientos en el proceso de duelo de personas quemadas en el ámbito hospitalario.

## **Capítulo 2: Marco Teórico**

### **2.1 Preliminar: Hacia un tratamiento integral de las quemaduras**

Si se revisa la bibliografía relacionada al tratamiento de personas quemadas, o grandes quemadas, rápidamente aparecen estudios acerca del mejor manejo a utilizar para las distintas clases de heridas que estos incidentes producen. Esto es, debido a que el creciente interés de las ciencias sociales, especialmente el área de la psicología y psiquiatría, ha sido paulatino. Y el desarrollo ha sido ampliamente desde un punto de vista biológico al fenómeno.

Frankl (1982<sup>a</sup>, p. 57), citado en Längle (1992) Dice que, cuando la persona que está sufriendo grita por no poder encontrar sentido en su vida, quiere decir exactamente eso: el sentido de la vida no se inventa, sino debe ser encontrado. El proceso del sentido en personas quemadas no puede ser restituido con una operación, una cirugía, no es un proceso rápido, que si bien según sus resultados infiere en gran medida en la recuperación del afectado, no es la totalidad de su significación al hecho. La otra parte depende de la comprensión y del acercamiento a sí mismo para hallar un sentido de vida sostenedor. Es allí, donde la intervención y el acompañamiento terapéutico adquieren fundamental trascendencia.

## 2.2 Modelo Bio-psico-social del estudio

La presente investigación responde al modelo biospiciosocial que consiste en una mirada integral de un fenómeno a tratar, se enfoca principalmente en el desarrollo del estudio en las incidencias de diversos factores que intervienen en los duelos que las personas quemadas viven durante una etapa inicial de recuperación física según las necesidades de este estudio.

Este modelo tal cual lo señala Oblitas, Elisardo e Iglesias (2000), en su libro *Psicología de la salud*, integra los tres aspectos que su nombre indica; lo biológico, psicológico y social, en función de progresar en el conocimiento y comprensión de un fenómeno. Teóricos como Brody (1973), Engel (1977) y Janosky (1985) apoyan este modelo debido a que realizando una mirada que contemple los distintos aspectos que configuren al sujeto, se está considerando en toda su dimensión sin fragmentar ( en relaciones interpersonales, la emocionalidad, subjetividad, biológico y psicológico). Por lo tanto, los resultados obtenidos de él y sus experiencias, han de ser más completos, efectivos y atinentes a los estados de los pacientes.

La salud y la enfermedad son un continuo, no hay delimitaciones clarificadas, porque, como se observa, la salud es un proceso con multiplicidad de dimensiones que se comunican entre sí. Difiere en su totalidad al cómo buscar el bienestar de la persona a tratar desde el modelo biomédico, caracterizado por separar, dividir y fraccionar al ser humano, haciendo de cada una de sus partes una especialidad.

Desde esta orientación, la salud se define como ausencia de enfermedad, divide entre sanos y enfermos. Su objetivo es un diagnóstico biológico, en busca de patologías orgánicas, es un modelo reduccionista, ya que, busca respuestas en componentes elementales a nivel de alteraciones bioquímicas,

por ejemplo.

La evolución o transición de lo biomédico a lo biopsicosocial es un proceso paulatino, observamos que es un cambio en formas, maneras y condiciones de pensar la salud donde se busca incorporar al profesional de la salud con la persona-paciente. Son horizontes de cambios profundos que aún no están generalizados socialmente, tanto para los profesionales, como para quienes reciben tratamientos.

Parafraseando a Grau y Hernández (2005) señalan que, el modelo biosicosocial trae consigo un creciente conocimiento de la influencia de los factores psicosociales en el proceso de salud-enfermedad, la transición de los perfiles epidemiológicos y el desarrollo de los conceptos de calidad de vida, de bienestar psicológico y su importancia en las tareas de salud, caracterizan la atención primaria de salud como escenario fundamental para desarrollo de acciones de salud y trabajo en equipos, hechos de las últimas décadas, que condicionan la inclusión de las ciencias sociales en una nueva forma de pensar la salud desarrollando nuevos marcos de movimientos teóricos-prácticos en la psicología, movimiento en el cual se desarrollará principalmente la psicología de la salud.

En esta investigación, la complejidad de la temática abordada implica la necesidad de considerar esta multiplicidad de aspectos en tratamientos de personas que vivan la experiencia de quemaduras, ya que, dependiendo de su significación podrán organizarse tratamientos de salud mental en relación a temas como autoestima, sociabilización, seguridad en la vida y futuros aprendizajes, entre otros posibles tópicos en el área.



### **2.2.1 Psicología de la Salud**

Con la llegada del siglo XXI, las características y el modo de desarrollar los conocimientos y las actividades en el ámbito de las ciencias de la salud han experimentado sustanciales cambios. Grau y Hernández (2005) refieren que en el reconocimiento del modelo biopsicosocial ha sido esencialmente el resultado natural de tres factores, mencionando los siguientes:

a) Las controversias con el mundo biomédico y sus limitaciones en la práctica actual en salud; b) el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud, y c) la posibilidad de comprender como algunas variables físicas psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social, etc), mediatizan los problemas de salud, como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud- enfermedad.

Para Oblitas, Elisardo e Iglesias (2000). La psicología de la salud se define como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad. Agregan, que tiene por objetivo principal la prevención, y en este sentido, la modificación de los patrones de comportamientos y estilos de vida inadecuado para la salud de las personas.

En consecuencia, hablar de psicología de la salud, es hablar de un desarrollo del concepto de salud en la integralidad de la palabra, un ámbito que abarca tanto el campo biológico, como psicológico del individuo y el marco social que lo compone.

Para la funcionalidad de este estudio, una quemadura no refiere sólo a la mayor sobrevivencia en la actualidad de un sector de la población con

determinada gravedad de lesiones, tampoco sólo a los cuidados externos realizados por el equipo médico en articulación a la estética y funcionalidad del cuerpo (con la magna importancia que evidencia entre lo que es la vida y lo que es la muerte respecto a los esfuerzos y logros realizados), va en la significación que para cada uno de quienes viven este incidente denota y representa, el cómo asimilar la vivencia en el campo de la comprensión hacia el hecho vivido, y más allá, el sentido que dará a este determinado suceso, y cómo este proceso involucrará una posición frente a la recuperación física de las quemaduras.

### **2.3 Hacia una conceptualización de las quemaduras Biológico:**

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). (Redsalud, 2007)

En la actualidad es más probable la supervivencia tras las quemaduras extensas, gracias a los avances en la comprensión de la fisiopatología de la quemadura y el tratamiento más agresivo que estas han tenido.

En Chile, la tasa de mortalidad específica por quemaduras muestra una tendencia significativa al descenso en todos los grupos de edad con excepción a los mayores de 60 años, según datos proporcionados por la red de salud del gobierno de Chile (2010)

Revisando la historia, se observa que la atención de los pacientes quemados, comenzó a organizarse en América Latina a partir de los años cuarenta. Siendo en 1960 cuando comienza en Chile mayor atención en función a los pacientes que llegaban con tales heridas.

En la actualidad, casi 3000 personas al año, sufren quemaduras en el

país. En la población adulta, se estima que este porcentaje aumentará en los próximos años, ya que en este grupo cerca del 40% de las quemaduras graves se asocian a injuria inhalatoria o quemaduras respiratorias. (Pedreros, Longton, Whittle y Villegas, 2007).

La Dra. Teresa Chomaly, expresa en Medwave, edición Junio 2001, que en Chile entre los agentes etiológicos más frecuentes están los líquidos calientes, el fuego, los sólidos calientes o metal fundido, electricidad y agentes químicos. Las zonas más comprometidas son cabeza, cuello y extremidades superiores, siendo el fuego quien produce más del 54% de quemaduras en adultos, y en niños más del 50% por líquidos calientes.

En Chile, el Hospital de Urgencia de Asistencia Pública, el centro de Quemados de la institución, es un referente nacional del sistema público para el tratamiento de quemados graves (HUAP, 2010). Creado en 1969 por el Dr. Mario Garcés y desde 2008 a la fecha, dirigido por el Dr. Jorge Villegas C., quien se ha encargado de dirigir un proceso de modernización al servicio, junto a la Dra. Sandra Whittle, centrándose en una atención humana, técnica y eficaz. Detectan junto a su equipo, la necesidad de crear condiciones donde las transformaciones se mantuvieran, por lo que se interviene planta física, equipamientos, insumos y organización respecto al mismo. (Villegas, 2008).

Como datos contextualizadores de la realidad Chilena en cuanto al tratamiento de quemados, en EE.UU existen cerca de 70 centros para el cuidado de quemados críticos con casi 2100 camas. En Chile, hay disposición de 11 camas para el cuidado crítico de pacientes quemados adultos, hay una unidad única en el sistema de salud pública nacional correspondiente al Hospital de Urgencia de Asistencia Pública. La Unidad de cuidados intensivos dispone de 8 camas.

El servicio recibe un promedio de 75 pacientes críticos por año. (CIPLAST, 2010)

Se organiza en una Unidad de Terapia Intensiva, Intermedio, Salas de Hospitalización y Quirófano, con un quipo compuesto por cirujanos, intensivistas, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. Además que se ha logrado la incorporación del quemado grave al listado con garantías estatales.

El funcionamiento del lugar descrito para las personas, refieren según los grupos de gravedad; Leves, Moderados, Graves, Críticos, y los de Sobrevida excepcional. (HUAP, 2010)

Los pacientes críticos, tenían alta mortalidad, por lo que uno de los objetivos del equipo médico era reducirlo a la mitad. Objetivo que observado en cifras, ha sido cumplido, reduciendo de un 75,4% de mortalidad, al 35,5%.

Dentro de sus sistematizaciones, se ha observado que la gran mayoría, se queman con fuego con compromiso respiratorio en condiciones de obscurecimiento de conciencia. (HUAP, 2010). Además, que gran parte de ellos tienen enfermedades agregadas: obesidad, tabaquismo, ingesta exagerada de alcohol, drogadicción, diabetes, hipertensión.

Villegas (2010), expone que debido a la extensión y profundidad de la herida se producen repercusiones sistémicas proporcionales a la magnitud de la lesión. Desde un ámbito psicológico, podemos hacer la comparación del proceso de las heridas físicas a la magnitud de las heridas emocionales que trascienden y que también repercuten sistemáticamente en su historia biográfica.

Gran quemados, son las personas que sufren de quemaduras que debido al impacto sistémico, pueden comprometer su vida, o dejar secuelas funcionales graves permanentes. En niños 10% SCQ y adultos 20% SCQ (superficie del cuerpo quemado)

En el sistema de salud nacional, se incorpora la categoría de quemado grave al auge el año 2007, en palabras del Dr. Villegas, debido a años de vida perdidos por muertes evitables y años de vida perdidos por discapacidad. Es decir, que debido a aspectos socioeconómicos, de infraestructuras inadecuadas para este tipo de lesiones, entre otros factores, se perdieron vidas que en la actualidad son evitables, y que aquellas que se salvaron ante estas circunstancias, quedaron en condiciones donde las funcionalidades no son lo esperable, donde las discapacidades quitan calidad de vida a los sobrevivientes.

En página de gobierno, el auge cubre y refiere lo siguiente, que todo beneficiario para tratamiento y seguimiento médico de sus heridas, deberá cumplir criterios de inclusión referidos a:

- Personas con tipo B o AB con más del 15% del área corporal en menores de 12 años, o más del 20% en mayores de 12 años.
- Persona con quemaduras que lesionan las vías respiratorias, o quemaduras eléctricas de alto voltaje, asociadas a politraumatismo, traumatismo encéfalo craneano o shock.
- Persona con quemaduras profundas y extensas de cara, de manos, pies, que potencialmente produzcan secuelas invalidantes. (que limiten severamente la función)

Como se observa, en Chile el paciente gran quemado ha pasado a constituir una preocupación especial para el equipo multidisciplinario tanto por las complicaciones físicas, como psicológicas que se puede ver enfrentado. Por lo que se dispone en la actualidad de un sistema apto para el

tratamiento de las heridas, un equipo médico (cirujanos, cardiólogos, kinesiólogos, internistas, nutricionistas, entre otros) y una red que posibilite llegar a un resultado físico en cuanto a funcionalidad y estética.

### **Psicosocial:**

El tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia de la persona a fin de incluir en su recuperación óptima de las funciones como un todo. Sus posibilidades reales como víctima de quemaduras subrayan en el potencial psicológico. El equipo multidisciplinario de profesionales y especialistas de quemados, se basa en la vida futura del paciente, las decisiones del tratamientos se relacionan e influyen por la preocupación de preservar su movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico.

Este tema sumado a lo social, constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento inicial de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente.

Por el tipo de lesiones que sufren, su recuperación requiere de un personal profesional debidamente apto para tratarlas, ya que, es un proceso intenso y doloroso con altos grados de estrés, que enfrentan a la persona a una frecuente presencia de desfiguración que altera la imagen corporal y la propia autoimagen.(Bernstein, 1982)

Autores como Bluinfield y Schoeps (1993) han destacado el papel del control del dolor, enfocándolo desde el dolor proveniente de las pérdidas. Opinan que todo paciente que ha sufrido una quemadura o una lesión grave, ha sufrido una pérdida. Puede haber perdido una función, un rol, independencia o la sensación de seguridad en el mundo, tal vez su hogar, sus posesiones o a sus seres queridos. En algunos casos la pérdida es

evidente, pero no siempre es así. Por lo que, antes de llevar a cabo la intervención psicológica, debe conocerse qué es lo que se perdió, es decir, debe conocerse el significado profundo de las pérdidas, que a veces no son aparentes.

Bluinfield y Schoeps (1993) sugieren trabajar tempranamente las pérdidas observadas en los pacientes, para evitar que tanto ellos como sus familias eviten, esquiven referirse a ellas. En otras palabras, sugieren buscar las instancias de comunicación entre el paciente y su familia como entorno social inmediato.

Observando estos aspectos es que se considera importante en este estudio, conocer la perspectiva personal de quienes viven estas circunstancias, su experiencia íntima ante las dificultades propias, sentimientos, desde su percepción de tal realidad.

## **2.4 Función de la Fenomenología en la investigación**

El tema de investigación más característico de la fenomenología lo entenderemos desde las dos miradas principales de ellas, según Husserl, y Heidegger. Para Husserl, es la conciencia; se entiende por conciencia el ámbito en el que se hace presente o se muestra la realidad; la realidad en la medida en que se muestra o aparece a una conciencia recibe el nombre de *fenómeno*. La característica fundamental que la fenomenología encuentra en la conciencia es la *intencionalidad*. En el lenguaje ordinario llamamos intencional a la conducta hecha mediante un acto de voluntad, a la conducta deliberada; en fenomenología la intencionalidad es una propiedad más básica: se refiere al hecho de que toda conciencia es conciencia *de* algo, todo acto de conciencia es siempre una relación con otra cosa, un referirse a algo.

La fenomenología en Heidegger tiene su énfasis en el comprender

versus el explicar. Comprender refiere e implica a los sentimientos y emociones, el Explicar refiere netamente a la cognición.

Una importante tarea de la fenomenología es la descripción de los diferentes tipos de vivencias, géneros y especies, relaciones esenciales que entre ellas se establecen.

Representa un intento sostenido por superar o trascender la dicotomización categórica entre sujeto y objeto, inherente al desarrollo del pensamiento occidental (Halling & Carroll, 1999; Quitmann, 1985; Yontef, 1998, 2004).

## **2.5 Filosofía existencial**

Durante el período entre guerras, que abarca desde finales de la Primera Guerra Mundial e inicio de la Segunda Guerra Mundial, hubo un contraste entre un enorme desarrollo del capitalismo (años 1920) y una de las mayores crisis económicas (años 1930). (El Período Entreguerras, 2010). Además de las innumerables guerras, batallas y muertes por intereses de determinadas naciones, hacen de este el contexto socio-cultural-psico-espiritual que permite el surgimiento de pensadores que se cuestionarán a sí mismos y al ser humano, en un destino hasta aquel momento predeterminado. (Croquevielle, 2009,)

Quitmann (1985, citado en Croquevielle 2009), en su libro Psicología Humanista señala cómo durante la primera mitad del siglo XIX se desarrolla la filosofía existencial, la cual emerge como ruptura a lo desarrollado desde Platón y Aristóteles hasta Hegel. Menciona que se intenta derribar lo desarrollado por estos autores, recomenzando desde el principio, y aceptando desde la metodología y sistemática, unas formas de contemplación racional donde se excluye el conocimiento racional.



Desde este punto en adelante, comienza a desarrollarse una nueva filosofía de contemplación y exploración del ser humano a su propia existencia, donde se distinguen las nociones de Ser y Existir. “Todo lo que es Es, pero no todo lo que es Existe”, quiere decir que conserva el concepto de existencia a los seres humanos por tener “conciencia de sí”, por tener la capacidad de poder pensarse.

Los mayores exponentes de esta filosofía refieren a:

Edmund Husserl (1859-1938), constituye el punto de partida. Estaba insatisfecho con los resultados arrojados por las aplicaciones del método científico positivista en el campo del estudio del mundo externo y la realidad psicológica. Desde su óptica, la imagen del mundo y del ser humano que la ciencia estaba formándose en el acontecer del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX se alejaba con creces de la experiencia genuina que las personas tienen tanto de su contexto como de sí mismas y, sentido por el cual no podía ser concebida como empírica y fidedigna.

La afinidad básica de estos diferentes desarrollos no debe buscarse en el contexto de contenidos y concepciones específicas, sino más bien en la aproximación metodológica particular que orienta la investigación fenomenológica en general. Husserl, razonó que los procesos psíquicos siempre son intencionales -es decir, invariablemente hacen referencia y están ligados a objetos y/o sucesos que se encuentran en la realidad externa (Halling & Carroll, 1999; Waldenfels, 1992).

Por lo tanto, entenderlos como sencillas ocurrencias subjetivas que no guardan relación con el mundo en el cual las personas existen y se desenvuelven es una abstracción excesiva.

La intencionalidad de las vivencias humanas implica que siempre observamos una casa, un árbol o alguna otra cosa existente en el mundo y siempre nos enojamos o entristecemos por lo que alguien hizo o por algo que ocurrió. Desde esta perspectiva, para la fenomenología el individuo “nunca experimenta una ‘experiencia’ o unos sentimientos; siempre tratan, se derivan o están en situaciones-en-el-mundo” (Gendlin,1973, p. 144).

De modo similar a Husserl, los pioneros del movimiento humanista-existencial reconocieron que las concepciones psicológicas más importantes elaboradas en la primera mitad del siglo XX -en particular, el psicoanálisis y el conductismo- se habían alejado en gran medida de las experiencias efectivas de las personas y se habían vuelto en excesos abstractos y estériles. Al menos en parte, los psicoterapeutas humanistas existenciales encontraron en la fenomenología un fundamento filosófico y metodológico útil debido a la semejanza y afinidad con sus respectivos puntos de partida. A partir de este reconocimiento y, siguiendo la conocida consigna programática de Husserl (“¡De vuelta a las cosas mismas!”), desarrollaron psicologías cercanas a lo humanamente experimentable que se basan en la experiencia directa e inmediata (Moss, 1999; Quitmann, 1985; Tageson, 1982). La opinión sobre la realidad mundo y yo separado por Descartes, vuelven a formar una unidad. (Croquevielle, 2009, p.4).

Comienza a emerger un ámbito en el método de la psicoterapia, una nueva forma de aproximarse al paciente donde la teoría es menester dejarlas de lado para captar la esencia desde la intuición del terapeuta. Aparece el cambio donde el concepto de totalidad del fenómeno, reclama una visión de ser humano mas integral (Croquevielle, 2009).

Soeren Kierkegaard (1813-1855) fue el primer en llevar a cabo la ruptura radical con una filosofía tradicional, postula un cambio hacia la

estructura individual, la relación con uno mismo. Su concepto de hombre se desprenderá a partir de una "experiencia personal", la que esencialmente descubre la existencia como caracterizada por el miedo, el abismo, la muerte. Esta tragedia confronta al ser humano con su libertad posibilitada de elegir acciones, para una decisión ineludible. "Lo tremendo que se ha otorgado al hombre es la elección, la libertad". (Croquevielle, 2009, p.23-24).

Martin Buber (1875-1965), da una mirada dialógica de la existencia, donde en la vida de todo ser humano se hará presente desde dos dimensiones del yo: desde una relación yo-tú, yo-ello. "El plantea que el Tú está antes del Yo, o en otras palabras sin el Tú el Yo no existe. Lo central aquí es la relación, el vínculo." (Croquevielle, 2009, p.23-24).

Karl Jaspers (1883-1969) busca conocer al ser humano como un todo desde la medicina. Sugiere que el hombre en la búsqueda de sí mismo se confronta a la enfermedad, la muerte y el miedo, ante lo cual desaparece la base que lo sostiene enfrentándose al vacío del no ser. Punto desde donde conoce sus límites cuando comprende que son partes indisolubles de la vida. Aparece la decisión, libre de decir sí o no. La elección existencial es la elección de sí mismo. (Croquevielle, 2009, p.23-24).

Martin Heidegger (1889-1976), discípulo de Husserl, en su obra "Ser en el Tiempo", reside en la particularidad de los guiones en ser-en-el-mundo la indisolubilidad del ser humano y el mundo, queriendo decir, que, ser y mundo son en la medida de su encuentro. El encuentro se dará en un ahí, en el Dasein (ser ahí), alude a la apertura, lo indeterminado, lo inconcluso y lo incompleto.

A diferencia de Husserl, quien tomaba el tema de la conciencia, la intencionalidad, las vivencias para replantear y reformar el método de las

ciencias a priori, para Heidegger le ocupaba la cuestión del Ser. (Croquevielle, 2009).

Max Sheler (1874-1928) introduce la ética de los valores, plantea a un ser humano que se relaciona con su mundo desde los contenidos axiológicos. Diferencia estados sentimentales, donde somos receptivos a valores que nos afectan, y los sentimientos intencionales refieren hacia una preferencia en una jerarquía de valores que hay por delante, remitiendo por consecuencia a la trascendencia. (Croquevielle, 2009).

La psicología clínica, como una de las ciencias que emerge de las ciencias sociales, descubre, desarrolla y hace suyas, metodologías que amplían el conocimiento y el acceso de su objeto de estudio: el ser humano.

Buber en su libro Yo-Tú, y Heidegger con sus conceptos de Dasein y de Ser-en-el-mundo, llevan a mirarse no ya desde una concepción intrapsíquica, sino desde una mirada interpersonal, en la que se concibe a los seres humanos como seres semi-completos, donde se precisa del mundo (otro enfrente y diferente a sí) en cuyo encuentro “se manifiesta esa construcción nueva de cada ser. Ser es ser humano en la medida que se encuentra en el mundo. Es en ese encuentro dialógico donde se encuentra la persona”. (Croquevielle, 2009, p.7).

La libertad y la responsabilidad que ello implica, hace estar constantemente eligiendo y decidiendo que se quiere ser y hacer. Una naturaleza esencialmente buena no tiene lugar aquí, pues eso sería restarle lugar a la posibilidad de elegir y responsabilizarse por esas acciones (Croquevielle, 2009).

En este punto se diferencian dos paradigmas en psicología humanista es el paradigma del desarrollo, y en psicólogos existencialistas un paradigma

del encuentro.

Esto da paso al “enfoque terapéutico del Análisis Existencial, que se desarrolla desde un paradigma existencial”. (Croquevielle, 2009, p.7).

## **2.6 Análisis Existencial y su aporte en personas quemadas**

### **2.6.1 Análisis existencial**

El análisis existencial (AE) es una especialización de la psicoterapia existencial (Längle, 1993). Fue fundada por el psiquiatra vienés, sobreviviente del *holocausto*, Victor Frankl (1905-1997). Desarrolló la teoría entre 1926 y 1933, al mismo tiempo de una especialización llamado Logoterapia (Frankl 1967, 1985). Concluye que la búsqueda del sentido es la motivación más profunda de la existencia humana. (Längle, 1993) Dedicó su labor al desarrollo de la logoterapia y a la prevención de la pérdida de sentido (Yalom, 1980).

En el transcurso de los años, su discípulo y colaborador Alfred Längle, se da cuenta que, si bien el sentido es una motivación importante para la vida de los seres humanos, en ningún caso es la única. Se requiere de un enfoque completo que de cabida al ser humano en su totalidad y no solamente a su dinámica. A partir de los años 80, surge el Análisis Existencial. (Croquevielle, 2009 p 8)

El **Análisis Existencial** se puede definir como una psicoterapia fenomenológica y centrada en la persona, cuyo objetivo es el de orientar a la persona (mental y emocionalmente) a enfrentar experiencias libres, a tomar decisiones auténticas y a producir una forma de lidiar con la vida y el mundo de una forma realmente responsable. (ICAE, 2010).

Längle (2007, p.9) la define como “...una psicoterapia fenomenológico personal, cuyo objetivo es ayudar a la persona a alcanzar un vivenciar libre (mental y emocional), tomas de posición auténticas y un trato responsable consigo mismo y con su mundo”.

Según la antropología analítico-existencial, el ser humano alcanza la realización de su existencia (sentido), en la vivencia afirmativa de su compromiso con lo valioso.

Su centro es el concepto de “existencia”, que quiere decir, una vida construida con pleno sentido, en libertad, fidelidad a sí mismo (autenticidad) y responsabilidad, por lo que significa más que desarrollos e intercambios automatizados, una confrontación e intercambio dialógico entre la persona y su mundo (encuentro), por lo tanto, cuando este proceso profundamente humano es obstruido o impedido, la persona no podrá actuar justa y consecuentemente consigo mismo ni con su entorno. Comenzando a sufrir – y a veces también los otros- la enajenación. (ICAE, 2010)

Esta mirada, nace en respuesta a enfoques como el psicoanálisis y el conductismo, que no tomaban en consideración lo espiritual, sino sólo lo psíquico de la persona, donde queda una parte muy sesgada, en las sombras, siendo desde allí, un buen poseedor creo, del concepto de sujeto, un sujeto “a”, cayendo en un tipo de reduccionismo.

Concepto de Ser Humano.

Se entiende aquí como un permanente “estar-en-pregunta”, es decir, preguntarse por **valores** vivenciados o anhelados (relaciones, tareas, etc.), que a uno no les son indiferentes porque “algo pasa” con ellos: en relación al valor de la propia vida y en relación al valor de la situación vivida. En este

sentido, el ser humano no sólo es un interrogador y un desafiante; en la comprensión existencial el ser humano está verdaderamente ahí para, antes sus preguntas vitales, encontrar sus respuestas, responder a su vida en libertad.

La concepción de persona tridimensional de acuerdo a Frankl describe la unidad de ser humano como la emergencia de tres formas de aparición: cuerpo, mente, espíritu.

## **2.7 Análisis Existencial como Proceso Terapéutico.**

### Teoría de las motivaciones existenciales.

El proceso terapéutico, se realiza por la vía de un análisis fenomenológico de las emociones como el centro de las experiencias. 1) El trabajo biográfico así como 2) la escucha empática del terapeuta contribuye a un aumento en el acceso y comprensión de las emociones.

Es una psicoterapia para el tratamiento de problemas y trastornos psíquicos tales como angustias, depresiones, adicciones, psicosis, enfermedades psicosomáticas. (Längle, 2000)

Frankl consideraba la búsqueda de sentido como la motivación más profunda de los seres humanos, pero recientemente, el Análisis Existencial de la mano de Längle, ha distinguido otras tres motivaciones existenciales (o personales) que preceden a la motivación por el sentido y que mueven al ser humano profunda y constantemente:

Cada una de las motivaciones conlleva reacciones psicodinámicas o de coping, que hacen referencia a mecanismos involuntarios, mecanismos de protección que nos buscan salvar la vida.

### **1ª MF: “ Poder Ser”**

Poder ser en lo que “yo soy conmigo” (género, edad, profesión, salud, etc) y a lo que el mundo fáctico, concreto es.

Es todo lo que se percibe de sí y que le rodea. Es un permanente diálogo entre lo que percibo del propio mundo interno y externo. Aquí la percepción es fundamental y su perturbación origen del sufrimiento (Croquevielle, 2009, p.8).

**¿Puedo ser y estar (como persona total)? ¿Tengo el suficiente espacio, protección y sostén?.** Una persona experimenta especialmente esto cuando se siente aceptado, lo que le permitirá a su vez tener una actitud personal de auto aceptación. – La carencia de esto conduce a la *ansiedad* (angustia) (ICAE, 2010).

Las reacciones psicodinámicas de esta motivación son:

- huida
- ataque
- Odio
- Parálisis.

### **2ªMF: “Gustar vivir”.**

Refiere a la más profunda conexión con la vida, a las relaciones y a los sentimientos. Ya no trata de estructura como en 1ªMF sino que de vínculos de cercanía. El Acercamiento será clave para poder gustar vivir, de lo contrario será el duelo por la vida no vivida (Croquevielle, 2009, p.9).

Al ser humano lo moviliza la **pregunta fundamental de la existencia** : Yo estoy vivo – pero **¿me gusta vivir?** ¿Experimento plenitud, afecto y aprecio por aquello que tiene valor en mi vida? El acercamiento requiere



sentir lo valioso en la propia vida. Las condiciones para que se de son, la relación, el tiempo y la cercanía. Este valor fundamental consiste en un profundo darse cuenta de que es bueno existir (“que yo soy y estoy aquí”).- La carencia de esto conduce a la *depresión*.

Las reacciones psicodinámicas son;

- Retraimiento.
- Activismo: rendir, se trata de cubrir con mucha actividad.
- Rabia.
- Resignación: agotamiento, ya no hay nada que hacer.

### **3ªMF:** “Legitimidad de Ser/ el Ser sí-mismo”

Se trata de tomar en serio la propia individualidad, en este nivel aparece el otro, aquel que me tratará o no me tratará con Consideración, Justicia, Aprecio, elementos necesarios para la construcción de la Identidad y Autoestima. Puede aparecer una profunda y dolorosa herida cuando no se es visto o considerado. (Längle, 2000)

Al ser humano lo moviliza la **pregunta fundamental de la existencia** : Yo soy yo – pero **¿me siento libre para ser yo mismo/a?** ¿Experimento atención, justicia, aprecio, estima, respeto, mi propio valor? – Carencias a este nivel, conducen a complejos de síntomas histriónicos así como a los principales *trastornos de personalidad*. (ICAE, 2010)

Cuando el medio ambiente dificulta ser sí mismos, cuando no se permite ser, se reacciona a través de las siguientes reacciones psicodinámicas:

- Tomar distancia
- Sobreactuar/dar la razón
- Fastidio, ira: se pone una barrera no se confronta
- Disociación: aquí se separa la cognición del sentimiento.

#### 4ªMF: El Sentido.

En este punto, ya no se trata de una motivación personal, sino de una motivación existencial. Refiere a un hacer, a una acción, salir desde sí. La base de la existencia es el futuro, el desarrollo, el devenir de un ámbito.(Längle, 2000).

Las condiciones para que se de son, el tener un campo de acción, un contexto valorado y visión de futuro.

Al ser humano lo moviliza la **pregunta fundamental de la existencia** : Yo estoy aquí – pero **¿para qué es bueno?** ¿Qué puedo hacer hoy, para que mi vida sea parte de una totalidad con sentido? - ¿Para qué vivo?- Carencias en este nivel conducen a las *adicciones* y la *dependencia*. (ICAE, 2010).

Reacciones de coping:

- Movimiento provisorio
- Resistencia (movimiento paradójico)
- Agresión lúdica.

El principal tema existencial en el Análisis Existencial es es la *interacción* (“diálogo”). Los grupos de Análisis Existencial interactúan alrededor de estos cuatro desafíos existenciales: *el mundo, la vida, el yo, el sentido y el futuro*.

Si bien, este método es una psicoterapia que profundiza en condición del tiempo prolongado junto al paciente, es una mirada que proporciona una comprensión al sentido como la mejor opción frente a cada situación, no le pertenece un camino único, sino un abanico de posibilidades que abre

opciones al contacto con la vida desde el intercambio con el otro, en palabras de Buber, desde un yo – tú, (relación del encuentro interpersonal) y yo ello (relación funcional con el mundo).

### **La Angustia en la 1ªMF**

La angustia, es un estado generalizado de excitación vivenciado ante una amenaza y un peligro (Längle, 2005, p. 60). Refiere siempre a algo futuro, por venir, o pasado, ya pasó, saca del presente y es de algún modo inminente, ya que todavía no ha llegado del todo.

En toda forma de angustia se sostiene que todavía hay posibilidades abiertas, las que son vivenciadas como una inseguridad y que representan una amenaza (Längle, 2005, p. 59)

- Angustia fundamental (la angustia por el no poder ser = me dejan caer)

Para AE, la es algo inherente al ser- humano. La angustia fundamental puede ser provocada por circunstancias gravosas para el individuo.

Que afectan su pensamiento, su obrar y sentir, impidiendo el cumplimiento de sus actos, paralizándolo, horrorizándolo o atravesándolo por el pánico. O puede también adoptar la forma de rotura del mundo. Surge por el derrumbe de las estructuras (del mundo).

Es un encuentro con la nada , con al falta total de apoyo(p. 60) La confianza del Poder- ser- en- el- mundo se pierde. Confrontarse con la nada

potencial amenaza voltear la existencia, puede llegar a ser insoportable, pudiendo llevar a la persona al suicidio, el último intento de huida cuando ya no es posible hallar ningún apoyo. Es un impedimento liso y llano, del ser. P 61.

- Angustia de expectativa.(miedo, fobia = angustia por la angustia = “no soporto esto”)

Consiste en la actitud miedosa frente al miedo. La esencia de este miedo es la expectativa, “..el estar al acecho de...” por lo que se ha llamado angustia de expectativa o expectante (Frankl, 1983, p. 99).

Surge, por la formación de una actitud de defensa, es una reacción secundaria a la angustia, la angustia expectante es una actitud pusilánime, donde no se siente capaz de afrontar la angustia. Hay un déficit de sostén, por lo que se presiente que va a claudicar cuando la angustia irrumpa por algún motivo determinado. La causa que lo produce la angustia expectante no es la pérdida del sostén del mundo, sino “la pérdida de sostén en uno mismo”. Es una inhibición para llegar a ser.

Ambos modelos de surgimiento de la angustia, se fundan analítico-existencialmente hablando, en la conmoción o puesta en peligro de las cuatro motivaciones fundamentales para una existencia lograda.

## **El Duelo en la 2ª MF**

El Duelo, desde una mirada analítico-existencial, refiere a una pérdida,

que dependiendo del grado de conexión tenido con aquello que se perdió, es un caleidoscopio emotivo que distorsiona al ser y que sólo con el paso del tiempo, cuando el dolor se hace soportable, se abre paso a superarlo.

Es la percepción de que algo que era bueno para la vida se perdió, es un valor que ya no está. Desde la pérdida de proyectos, un valor personal, funcionalidades, tanto como hacia la pérdida de un ser querido, qué valor se ha ido con él. Si se percibe, se siente que se ha perdido vida. Desde la teoría, esta aceptación, también lleva consigo la necesidad de coraje para aceptar el hecho de que un trozo de vida se fue de las manos (Längle, 2000).

Es una pérdida irreversible de una parte de la vida de la cual hay una necesidad de despedirse. En los duelos, se siente que se ha perdido vida.

La calidad de la relación con la vida y una forma de captar lo que la rodea es a través de los sentimientos. Allí es donde vibra la vida, es el estar interiormente conectado. Tener un sentimiento es haber sido tocado por algo, y tener cercanía con ese algo. Por lo cual, para ser conmovido (movido con) hay una necesidad de acercamiento, por el contrario, es ser insípido e impermeable a lo que sucede. Ser tocado, es la percepción de algo en su importancia para la propia vida, donde la subjetividad está presente. Cuando algo toca, puede ser sentido como un valor o un disvalor. (Croquevielle, comunicación personal en Seminario Duelo, 29 y 30 de mayo, 2009)

Un valor es la razón y el motivo de dar preferencia a una cosa por otra, y está referido a una situación, hace que el contexto se profile y se muestre de una manera personal para cada uno. Por lo tanto, tiene que ver con el sujeto, el conmigo de las referencias personales, siendo el fundamento de las decisiones.

Es el correlato objetivo del sentimiento vivenciado subjetivamente. Es el objeto hacia el cual la persona se dirige intencionalmente.

Siempre se están tomando decisiones. No decidir es no querer perder ni asumir algo. Por lo que hacer elecciones sin darse espacios para llorarlos y lamentarlos es acumular duelos diarios, transformándose la vida en una vida pesante. (Croquevielle, comunicación personal en Seminario Duelo, 29 y 30 de mayo, 2009)

Si esta pérdida no se acepta, se siente que no se puede soportar, y no se ve futuro, ya que la vida no tiene valor.

- **Fases del duelo.**

1-. Actitud del dejar ser → permite el llorar.

El duelo comienza al abandonar las defensas, soltar todas las reacciones de coping, ya que al defenderse no hay un entramiento propiamente tal (shock, luchar, no aceptar, negociar, etc). No es solo sufrir la pérdida, sino también los anhelos, esperanzas, planes, todo lo que imaginamos con eso que se perdió, se busca dejarlo ir.

Después del shock inicial, la vida nuevamente toca, a pesar de que no traiga alegría. Hay una expresión de vida. “La lágrima brota, la tierra me ha recuperado”.

Llorar es el punto donde emerge nuevamente la vida y el duelo es la aceptación de la realidad de la pérdida, en donde el aceptar no significa que se esté de acuerdo con ello, sino en el constatar que eso es. No pide un hacer, sino un permanecer consigo.

## 2-. El hablar interior (diálogo interno)

La primera fase no es un hacer, sino un dejar fluir, desde el acercarse, y hablar consigo mismo enfrentando el ¿cómo reanudar desde el espacio vacío?.

### a) Autocompasión;

Genera cercanía, desde el acompañarse se puede reconocer en el dolor, sentir y llorar consigo. No es quedarse estancado en el sentimiento. Es comprender a la profundidad el propio dolor.

Al no permitirse este paso, hay un empobrecimiento emocional.

### b) Consuelo a mi mismo; genera calidez y fuerza

Es permitirse por un tiempo estar en ese trato cariñoso, de llanto a calidez. En el duelo algo comienza a despejarse, desde donde el sentirse tan débil, se comienza a ver, sentir, que la vida es digna de ser vivida.

Es importante el aliento y consuelo de otros (teniendo precaución en que no puede sustituir el autoconsuelo, porque se puede caer en que sin el otro no soy y hacerse dependiente). El consuelo a si mismo, no es hacerse víctima sino validarse el dolor.

### c) Acercamiento completo al sí mismo significa cuidar de sí.

## 3º Orientación

Cuando hay acercamiento al sí mismo, la vida fluye otra vez, se puede levantar la mirada. La vida me toma y la tomo en mis manos.

-Observo lo que perdí, mirando en toda su magnitud. Y me pregunto

¿Cómo funciona la vida después de la pérdida? Aquí, se aclara relación con lo perdido, ¿Qué ha quedado? ¿Cómo poder seguir?.

a) Una relación de carácter íntimo.

Para llegar a internalizar la pérdida debo haber pasado las etapas previas, y así conservar una relación con el valor perdido. Luego de esto puedo iniciar una relación con valores nuevos, llegando a la etapa de un buen tránsito en el duelo.

4º Consecuencias del duelo.

Las cosas no se han perdido, se han transformado. El valor que había perdido se puso en otro lugar y allí ha sido conservado. Desde que me ocupo de mí, me permito ser, desde mi propia profundidad a la cual llegué. La vida exige que me incline hacia ella en un estar dispuesto. La vivencia del regalo me hace más liviano, es hermoso por ser auténtico, refresca mi relación con la vida, lo hace sensible y se siente nítidamente que hay un gusto en el vivir. El duelo es una protección contra la depresión (gusto por la vida). En el duelo puedo decir entonces que he perdido un valor pero he recuperado una vida.

No hay terapia de duelo, sino un acompañamiento en este. Es un proceso en suma personal. Las reacciones de coping son siempre una protección frente a una amenaza inminente en mí, no son parte del duelo.

e) Acompañamiento de duelo:

Ser acompañante del doliente / no forzar / empujar.

Es un doble acercamiento, tanto para el que sufre, como hacia una comprensión del tema y su contenido.

Fases:



1-. Ausencia de palabras y ser/ estar ahí.

Recopilar información para saber significado para el otro. (Preguntar no proyectar).

Dar acercamiento y cercanía

a) Sentir con el otro (compasión): Prestar emociones cuando el otro no tenga acceso. El doliente puede sentir que es comprendido y que el otro esta junto a el.

b) Ahorro en palabras (donde menos es más)

“Donde todas las palabras dicen muy poco, una es demasiado”. Frankl.

2-. ¿Cómo opera aliento y consuelo en práctica?

Tomar lo que el doliente dice y explica, resaltar el valor de aquello que se perdió, desde la compasión, “si te duele es porque es una relación importante para ti.”

Consuelo- Apertura, en un dejar que venga lo que sea que venga.

Preocupación hacia el doliente, la cual es más que organizar, es un acercamiento.

3-. Trabajo en la relación con la pérdida / perdido.

a) Internalización de la relación. ¿Y esa persona que significaba para usted? ¿Qué relación puede tener con esa persona? (ejemplo, cuidar la planta si esa persona lo hacía). Es la continuación de la relación en otro nivel.

b) Perspectiva de futuro.

¿Y ahora como sigue?, ¿qué cambia? ¿Qué relaciones de valor tiene? ¿Cuáles nuevas pueden entrar?

Es un proceso íntimo donde la vida se reordena.

## **Capítulo 3: Marco Metodológico**

### **3.1. Enfoque Metodológico**

El enfoque que se ha escogido para la presente investigación, es el enfoque cualitativo, ya que este permite designar el modo en que se enfoca el problema y buscar respuestas a través de datos descriptivos ocupando las palabras de las personas, que pueden ser habladas o escritas observando la conducta de aquellas (Taylor y Bogdan 1994).

Se debe mencionar que lo esencial en la investigación con la metodología cualitativa es experimentar la realidad tal como los otros la experimentan. El investigador llega a un acercamiento con las personas que son estudiadas, llegando a un punto que busca comprensión mayor dentro del marco de referencia en el que se está trabajando.

Como características del investigador cualitativo, Emerson (1983) refiere a su sensibilidad, ya que interactúa de forma natural con las personas, aproximándose a un ambiente de mayor confianza, lo que le permite obtener información desde el mismo marco de referencia de la persona, inclusive en entrevistas que son de mayor profundidad el investigador sigue con la misma metodología, para no entrar en un campo de preguntas y respuestas que lo llevaría a ser intrusivo.

El trabajo se busca desarrollar de tal manera, que describa información sobre cómo viven el proceso de duelo los pacientes quemados, información que permita estudiar y conocer el significado de las conductas de acuerdo a la experiencia vivida. Es decir, que enfocado desde el pensamiento fenomenológico se busca aprehender de la interpretación de estas experiencias y sus procesos, porque cada una de ellas es distinta y única a causa que todo se ve desde el punto de vista del paciente afectado

El enfoque cualitativo, permite el utilizar y revisar con diversas herramientas, modos o técnicas para recolección de información, como lo son la entrevista, historias de vida, experiencia personal, observaciones entre otros. Las que posibilitan al investigador capturar los datos sobre las percepciones de los actores desde dentro, mediante un proceso de atención y de comprensión empática. (Miles; Huberman, 1994).

### **3.2 Tipo y diseño de investigación**

El tipo de investigación, consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna o situación alguna, por el contrario se busca conocer desde allí el fenómeno a estudiar.

Para los objetivos de este estudio, el diseño será no experimental, ya que se busca conocer el fenómeno y no aplicar variables para un tipo de resultado en particular con algún sujeto en particular. El tipo es exploratorio-descriptivo, ya que se busca explorar en un tema que no ha sido mayormente estudiado, haciendo de sus resultados una perspectiva aproximada a dicho objeto problematizado.

Ubicado teóricamente y definido en que la forma más conveniente de abordar el problema es responder a los objetivos, implica medir el fenómeno o aspectos del mismo.

### **3.3 Delimitación del campo a estudiar**

**Universo:** Adultos Quemados atendidos en el Hospital de Urgencia de Asistencia Pública.

**Muestra:** 3 sujetos hospitalizados en el Hospital de Urgencia de Asistencia Pública sobrevivientes Quemados.

#### **Criterios de selección:**

1. Mayor de 16 años (al momento de ser atendido en el hospital)
2. Cumplir con el diagnóstico de Quemado.
3. Persona Quemada sin diagnóstico de Bonzo.

El diseño de la muestra es no experimental, donde las personas que serán estudiadas precisaran claramente los objetivos de la investigación (Taylor y Bogdan, 1996).

No es una muestra al azar, si no que la muestra esta compuesta por unidades de una población y que no han sido seleccionadas al azar. (Briones, G, 1996).

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información**

#### **Entrevista en Profundidad.**

La técnica a utilizar para recopilar la información sobre la vivencia de las personas, será la técnica de Entrevista en Profundidad,

han sido descritas como no descriptas, no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. (Taylor y Bodgan. 1996).

Es un constructo comunicativo y no un simple registro de discursos, que aparece como respuesta a una interrogación difundida en una situación dual y conversacional, con presencia y participación, cada uno de los interlocutores (entrevistador y entrevistado) co-construye en cada instante ese discurso (Valles, 1999).

Se recurre a las entrevistas en profundidad cuando se desean estudiar acontecimientos del pasado o no se puede tener acceso a un tipo particular de escenario o personas. (Taylor y Bodgan. 1996).

En consecuencia, se utiliza la entrevista en profundidad para llevar a cabo una investigación que posibilite el traspaso de información en forma poco invasiva debido a la sensibilidad en que se encontrarán los entrevistados, un contexto de vida, un contexto de muerte, que necesita de una herramienta de tales características

### 3.5 Plan de Análisis de la información

El análisis del contenido es uno de los procedimientos clásicos para analizar el material textual. Mayring (1983) ha desarrollado un procedimiento para un análisis cualitativo del contenido que incluye un modelo de procedimiento para un análisis cualitativo del contenido (Flick, 2004)

Para Mayring (1983), el análisis se define en cuatro pasos.

1. Definir el material, seleccionar las entrevistas o las partes que sean relevantes para responder a la pregunta de la investigación.
2. Analizar la situación de recogida de datos.
3. El material se caracteriza formalmente (cómo se documentó)
4. Define la dirección del análisis para los textos seleccionados y lo que se desea interpretar de ellos.
5. Se elige una de las tres técnicas propuestas por Mayring, con la cual se analizará la información, se definen las categorías (unidad de codificación, unidad contextual, unidad analítica)

Para función de este estudio se utiliza la *Unidad Analítica*, que define qué pasajes se analizan, uno después de otro.

6. Se realizan los análisis reales antes de que sus resultados se interpreten finalmente con respecto a la pregunta de investigación y se hagan y respondan preguntas de validación.

## Capítulo 4: Análisis y Resultados

### 4.1. Área de Análisis

Se presentará el análisis de la información obtenida desde las entrevistas realizadas en la investigación. Las personas entrevistadas son dos mujeres y un hombre. Las primeras de 44, 42 y el último de 24 años de edad. Todos, hospitalizadas en el área “leves” del sector de quemados del Hospital de Urgencia de Asistencia Pública, ubicado en Avenida Portugal con Curicó, comuna de Santiago. Comuna a la que pertenecen los tres entrevistados.

La persona 1, es mujer de 44 años, quien pasó por UCI debido a la gravedad de las heridas, resultando con el 48% SCQ. La persona 2, es mujer de 42 años, con el 6% SCQ, y la persona 3, es un hombre de 24 años, quien tiene quemaduras en rostro y ambas manos, con un 6% SCQ. La información a continuación, refiere a sus experiencias en relación con el fuego en forma accidental.

#### 4.1.1 Entrevistado 1:

##### a) Modelo Biopsicosocial

#### **Biológico**

En relación a la funcionalidad, ha perdido funcionalidad, haciendo de su recuperación un proceso lento y doloroso. En el curso de su recuperación, cuenta ya con las bandas compresivas para la piel, los ejercicios de Kinesiología, con el fin de recuperar la movilidad en función de la recuperación de los 16 injertos recibidos. En este aspecto refiere a buscar un punto de conformidad entre las cirugías y la funcionalidad de su nueva piel mientras se esta se fija a su cuerpo y a sus tejidos.

*“Estoy recuperando la movilidad ahora de las manos y las piernas...pero todavía me queda mucho, me conformo con poder hacer mi aseo personal, mis cosas, pipi sola, limpiarme, vestirme...con eso me conformo, de no depender tanto de los demás”.*

### **Psicológico**

Emocionalmente, está agotada, cansada, y con ganas de volver a su hogar, debido al estrés que le provocan los procedimientos médicos, como por ejemplo cuando dice:

*“ya estoy aburrida de estar acá... me pinchan por todos lados, y los brazos me duelen ya”.*

Lleva un proceso largo y de tiempo extenso desde el momento del accidente. Estuvo cerca de la muerte, y grave en el sector de la UCI. Lo que la llevaba a decir:

*“¿Para qué me salvaron? ¿Por qué no me dejaron morir?”.*

Son preguntas que se hacía cuando estaba en un estado de ánimo bajo, cuando sentía que sus fuerzas no eran lo suficiente para soportar tanto dolor que refiere estar en una recuperación de tamaño característica.

### **Social**

Ante la pregunta, si siente que afectarán estas heridas sus relaciones interpersonales, refiere que ya lo está viviendo, y que en este sentido ha



cambiado roles tanto como hija, como prima y como pareja.

Con su madre, las relaciones mejoraron en relación a la cercanía, al igual que con su prima, de ser lejanas pasaron a ser quienes van todos los días a verla, en distinción a lo sucedido con su pareja, quien de ser cercano, luego del accidente se alejó, comenzó a excusar su ausencia debido al trabajo. Situación por la cual, ella se replantea todas las relaciones en sus pros y contras que han cambiado desde lo sucedido. En relación a su pareja:

*“Me llaman no más, pasa trabajando ahora, está súper trabajólico, siento que le da como asco venir a verme...estoy pensando terminar la cuestión...lo quiero hartito, pero no me siento como para estar con nadie...porque él igual no está conmigo... ¿Quién me va a querer dar un beso? ¿Así asquerosa como estoy?”*

En consecuencia, el cambio que siente más desfavorable durante esta etapa, es el relacionado al alejamiento de su pareja, a diferencia del de madre y prima, entre otros.

#### b) Fenomenología.

Referente a lo que es el fenómeno en sí del accidente, lo recuerda en todos los detalles del cómo se produjo la situación, *a priori* hasta que llega al primer recinto médico (Clínica Dávila). Respecto a lo consecutivo del accidente, pierde noción de lo sucedido (Traslado a Hospital de Urgencia) por la gravedad de las lesiones, cae en un estado de inconciencia:

*“...recuerdo hasta que llegué a la clínica, después ya, no sé que habrá pasado, desperté acá...” (Sujeto 1, 44 años)*

Al momento de preguntarle por las emociones del momento, se muestra más retraída y comenta sobre la incomodidad que le produce recordar y volver a instalarse en lo que fue el ser allí, reflejándolo así:

*“... Me incomoda volver a conectarme como con eso, porque me viene una rabia...no fui precavida, no sé...y ahora estoy así...” (Sujeto 1, 44 años)*

Del como ha sentido la atención del hospital, refiere al proceso que vivió al momento del traslado entre UCI y leve, donde dice:

*“Allá me pasaban viendo todo el día los médicos, me pasaron para acá y como que me dejaron tirada...cuesta que vengan, es como si dijeran, como ya pasamos el peligro... como si no supieran lo que sentimos acá, ya no somos importantes...” (Sujeto 1, 44 años)*

Expresa, la diferencia que siente entre un servicio y otro. En las repercusiones emocionales que esto refiere para su recuperación y el cómo de su recuperación. En el sentido de que el soportar la situación apela a un sobre exigirse aún más de lo que ya se sobre exige soportando la que refiere como una dolorosa recuperación.

## **Entrevistado 2:**

a) Modelo Biopsicosocial.

### **Biológico:**

En el área de la funcionalidad, siente que no quedará con secuelas funcionales graves, ni leves.

## **Psicológico:**

Emocionalmente, refiere que en la etapa de la hospitalización, una de las situaciones que le afectan, más que sus heridas, son las situaciones que viven sus compañeras de sala en relación a la atención de algunos funcionarios, donde refiere respecto al trato:

*“...es muy variado... se presentan personas mal... que no te hablan nada, son poco concientes yo cacho... (baja su mirada)... por que yo ¡puedo gritar! y espero que me escuchen, me da la voz...pero hay otras personas que no...”.*

Esta situación, vivenciada en diversas oportunidades, le generan estados de impotencia y rabia, que dice:

*“Hacen opacar la buena atención”.*

## **Social:**

En cuanto a su estadía en el lugar, refiere que ha tomado una actitud de no demostrar lo que siente frente a quienes la visitan debido a no querer exponerse a los demás y que la viesen en estas circunstancias luego de lo que considera un error propio.

Específicamente frente a sus padres. Al preguntar el motivo de esto, dice que no quiere verse derrotada frente a sus padres. El por qué de esto fue:

*“por que no puedo bajar la guardia... por que esto fue accidente mío.”*

Refiere que, no recibe visitas de los amigos, sólo del que es dueño de la casa donde se produjo el accidente.

b) Fenomenología.

Respecto al fenómeno de accidente y su vivencia respecto a él, recuerda todos los detalles de lo sucedido. Puede narrar y relatar el momento desde sus quemaduras con prolijo detalle, hace conciente y muestra su realidad, puede describir la vivencia en relación a la percepción propia que tiene de ella. El contexto, en la casa de un amigo, todos rodeando una fogata, lugar donde consumió altos grados de alcohol. Después de la celebración, apagan todos la fogata, pero cuando ella fue a hacer una maniobra donde perdió el equilibrio, las brasas aún estaban calientes, sumado a que su estado etílico no le permitió reaccionar en función al cómo lo hubiese hecho en buenas condiciones, produjo produjeron que el brazo donde se apoyó para levantarse, se haya expuesto largo tiempo a altas temperaturas. Lo explica de la siguiente, manera:

*“habíamos tomado unos tragos...cerveza...habíamos hecho el asado, después apagamos el fuego, yo digo apagamos...si, lo apagamos y después fui a colgar la ropa que moje toda en el baño tratando de hacer pipi... fui a colgar la ropa y ahí me caí... no me dio...osea casi caí con la cara, por suerte no me paso nada”.*

Al recordar el fenómeno desde una percepción de sus sentimientos, expone que recordarlo, es revivir la preocupación y desesperación del momento ya que no se podía levantar. Esto le provoca una impotencia del estar ahí. Ante la pregunta de qué siente cuando se contacta con esos

sentimientos de ansiedad responde:

*“¡Impotencia!...estar aquí... ¡me da mucha ansiedad!”*

En relación a la atención hospitalaria, no tiene mayores dificultades hasta el momento, más que lo que observa en sus compañeras, cuando las ve pedir *por favor* una chata en reiteradas ocasiones sin resultados, por ejemplo. Dice lo siguiente en relación a la atención recibida:

*“...Es muy variado... se presentan personas mal... que no te hablan nada, son poco concientes yo cacho... ( baja su mirada)... por que yo ¡puedo gritar! y espero que me escuchen, me da la voz...pero hay otras personas que no...”*

### **Entrevistado 3:**

a) Modelo Biopsicosocial

#### **Biológico**

En relación a la funcionalidad, siente confianza en lo que el equipo médico hará con sus heridas, por lo que no teme quedar con alguna secuela grave en este aspecto. Sin embargo, durante la entrevista expresa sus temores referentes a lo estético y sus consecuencias, diciendo:

*“Me dijeron que lo mío era pura terapia pero igual me preocupa mucho, por que lo que es quemadura de cara son muy importante, por que la cara es importante para todo”*

Siente que sus lesiones no le afectarán en su cotidianidad en el momento del alta del hospital

### **Psicológico**

Emocionalmente, refiere que está comenzando (luego de 4 días de hospitalización), con ganas de querer irse debido al dolor de las curaciones, y lo que significa en su vida lo sucedido, ya que perdió autonomía en situaciones de cotidianidad, por ejemplo, comer sólo. Esto, debido a la inmovilización en que se encuentran sus manos, no se le permite hacer movimientos bruscos, ya que las heridas están susceptibles al ambiente.

### **Social**

Ante la pregunta, si siente que afectarán estas heridas sus relaciones interpersonales, cambia de posición en la entrevista, baja la mirada y responde:

*“en la vida cotidiana...normal. Socialmente...afecta por que uno es empleado y trabaja con todo tipo de personas y cuando es discriminado afecta... Y yo fui muy discriminado cuando chico... entonces duele mucho.”*

Durante el transcurso del encuentro, muestra la importancia que le significa tener las heridas en el rostro, debido a que esta situación le evoca experiencias de la etapa escolar, en donde era discriminado por la artritis crónica que tiene desde los diez años. Refiere, que esta situación le afecta y le produce angustia, en niveles que puede controlar, pero que sin embargo, debido a todo el tiempo disponible para *pensar* que tiene durante el día, hay momentos en que se entrapa en la rabia que le provoca el accidente.

b) Fenomenología

En relación al fenómeno vivido, recuerda todo lo que sucedió, desde el momento a priori, hasta la actualidad, teniendo conciencia del proceso completo, inclusive mientras estaba sufriendo las quemaduras, diciendo:

*“yo salgo caminando y me voy a poner las manos en la cara para apagar las llamas de la cara y me veo las manos con fuego, aguantando los gritos y me lo intento apagar con las mismas manos.”*

A lo que agrega lo siguiente:

*“Me vi llamas en la cara y me las fui a apagar con las manos, por que el gas lo tenía por dentro de la ropa y salió por mi cara, al querer apagarlo con mis manos, prendieron. Salí caminando no apurado, grite y me di vuelta en el aire, cuando lo logre apagar, me echaron agua”.*

Respecto a las emociones vividas del fenómeno, de la situación, refiere impotencia por no haber podido proteger más al otro trabajador que se encontraba con él, aunque dice, afortunadamente a él no le pasó casi nada, y que la peor parte se la llevó él, agregando que, importa más el ser en el mundo del otro, que ser en el mundo él.

Respecto de la atención hospitalaria, el contexto le remite al ser una habitación junto a cinco personas más, la experiencia de los compañeros le marcó y llamaron la atención. Haciendo el ejercicio de colocarse en la posición de uno de ellos que se quemó con electricidad, dice que no lo soportaría y preferiría quitarse la vida, porque no podría ser.

## 5.2. Análisis Fases del Duelo.

- **Entrevistado 1**

1-. Actitud del dejar ser → permite el llorar.

El entrevistado 1, al observar su experiencia a través del instrumento de la entrevista en profundidad, existe una oscilación entre lo que refiere al no aceptar y al permanecer consigo. Es decir, pasado los tres meses de hospitalización, el no aceptar lo sucedido debido a las graves secuelas que denotan en su cuerpo, en sus palabras se observa el rechazo que siente a este:

*“No me reconozco en mi cuerpo”*

El dejar fluir el llanto ha sido la forma de acompañarse, ya que ha constatado que su cuerpo está así, a pesar de que no se reconozca en él, su proceso es volver a reconocerse en él con sus distintas características, desde donde hay un complemento entre comprenderse, defendiendo su contacto con la vida y llorar, y el rechazarse ante la rabia de perder más que sólo anhelos, esperanzas y planes, perder la imagen que la hacía reconocerse y estar en el mundo

Esto provoca que cada mirada hacia sus cicatrices se conviertan en sentir rabia hacia ellas.

La vida la está tocando, y se observa que ella busca ser tocada por ella a pesar de los pensamientos que ha tenido cuestionando ser salvada y seguir viva:

*“A veces preferiría haberme muerto y no me hayan salvado”*



Se permite ser y deja fluir su pena a pesar del cuestionamiento por parte de sus personas significativas ante esto cuando dicen:

*“mira las personas que están al frente tuyo, están peor que tú, míralas”*

Ella responde:

*¿Y yo?*

Busca rescatarse desde ahí, ya que su fin es volver a recuperarse, completamente, mostrando su coraje cuando refiere a ello. Desea dejar emerger la vida, con la rabia, y tristeza que el proceso de constatar que eso es conlleva.

2-. El hablar interior (diálogo interno)

¿Cómo reanudar desde el espacio vacío?

a) Autocompasión; Se observa que busca acercarse, busca acompañarse y hacer lo posible para reconocerse, siente y llora consigo:

*“Aquí me dicen que no lllore, pero yo lloro no más”*

Busca comprenderse en la profundidad de su dolor mientras tanto su cuerpo vuelve al funcionamiento que ella siente le corresponde, ya que siente el deseo de vivir y que merece vivir en buenas condiciones. El espacio vacío lo siente en relación al cómo evolucione su cuerpo ante los tratamientos estéticos, kinesiológicos, etc.

b) Consuelo a mi mismo; genera calidez y fuerza.

.

Se observa que busca permitirse un trato cariñoso consigo de llanto a calidez, pero que su impedimento, es que su cuerpo no acompaña a su alma. En el duelo algo comienza a despejarse, desde donde se sentía tan débil, comienza a ver, sentir, que la vida es digna de ser vivida.

Es importante el aliento y consuelo de otros (teniendo precaución en que no puede sustituir el autoconsuelo, porque se puede caer en que sin el otro no soy, hacerse dependiente)

El consuelo a si mismo, no es hacerse víctima sino validarse el dolor. Y eso lo intenta cuando dice:

*“Estoy pensando quedarme soltera...por lo menos hasta volver a sentirme yo”.*

Es decir, respetar sus tiempos en busca del contacto con la tranquilidad, ella tiene sus esperanzas en sus capacidades respecto a la recuperación, donde buscará quedar lo mejor posible.

c) Acercamiento completo a mi mismo; cuidar de mí.

Se observa que las necesidades de la persona uno, van relacionadas y enfocadas hacia la recuperación post-alta. Lo que provoca un efecto paradójico entre, sus ganas de recuperarse y la imposibilidad de hacerlo a sus tiempos debido a permanecer en un espacio hospitalario donde todo está controlado.

Siente no poder tener la autonomía necesaria para avanzar a su propio ritmo.

Esto se ve reflejado cuando dice:

*“Robarme cinco meses de mi vida no lo acepto”*

El sentirse cuidada y protegida para poder ser, tiene relación con el poder hacer a su voluntad, sin el control externo para ello (referido al contexto hospitalario). Se siente estancada y se reconoce así, cuando se define:

*“Siempre he sido buena para hacer cosas, media hiperquinética, soy súper activa...y estar aquí...”*

Siente que ha perdido tiempo de su vida, sin embargo, tiene el acercamiento a sí misma para saber y sentir que a pesar de toda la rabia, pena y frustración ante las secuelas, cuando se le pregunta directamente qué necesita para volver a sí misma, responde:

*“Recuperándome y no seguir perdiendo tiempo, soy una mina joven y puedo hacer muchas cosas”*

### 3º Orientación

Debido a la larga estadía hospitalaria, la paciente ha tenido tiempos de reflexión respecto a cuestionar su propia existencia, tal como se ha observado en fases anteriores, enfrentándola a la magnitud de lo que ha perdido, y a la magnitud de lo que puede recuperar de aquello, todo hace que se oriente en un empezar de nuevo. Lo que se ha trabado debido a que no va de acuerdo a sus tiempos, quisiera hacer más para recuperarse mas rápido.

Al hablar de un antes y un después al incidente refiere:

*“Es como empezar de nuevo... nacer... aprender a caminar de nuevo”*

Reafirma su característica de fortaleza, es decir, se permite sentir los sentimientos relacionados a la pérdida, con una base profunda del yo puedo

ser, a pesar de que refiere:

*“Lo más peligroso que hay es la vida”*

- **Entrevistado 2**

1.-Actitud del dejar ser → permite el llorar.

El entrevistado dos, refiere en torno a su experiencia, y desde su relato, que le dificulta bajar sus defensas para dejar fluir sus emociones. Esto, cuando expresa que llora cuando le vienen sentimientos de rabia, de pena debido a la ansiedad por una pronta alta, enmarcando su llanto hacia una situación específica. Sin embargo, dice *guardar* sus emociones frente a personas determinadas, su familia y sus amigos, no así como con un psicólogo o un psiquiatra, con quienes no tiene dificultades de abrir espacios. Es decir, esto responde a lo que ella dice respecto a la relación con otro:

*“No puedo bajar la guardia porque esto fue accidente mío”*

Esto se observa relacionado a una defensa, no bajar la guardia ante quienes la conocen de una forma, ya que, es ante ellos que teme mostrarse en el contexto, frente a un extraño como un psicólogo y/o un psiquiatra no omitiría información.

No deja fluir sus miedos propios de la etapa de hospitalización por *miedo* a que la vean mal o derrotada. Debido a esto, se aleja del dejar ser sus emociones, entra en contradicción el ideal de una mujer a quien no le irrumpe nada, y todo es natural, ante una mujer que se reconoce desde allí, que se deja ver al otro, por ejemplo en preguntas simples que movilizan en la persona, cuánto dejó ser y permite. Al preguntar si ha visto las heridas en su

cuerpo, responde:

*“Sí... en las curaciones y...es fuerte...(silencio)...el dolor, porque es más de lo uno piensa, ¡es más!, me asusta...”*

Aquí nos encontramos ante dos emociones no vistas, el no querer dejar ir la imagen de autosuficiencia y fuerza personal ante quienes componen su ámbito personal, y no dejarse fluir en el contacto con el miedo que le producen las curaciones propias de la limpieza de sus heridas en forma cotidiana desde el día que ingresa al servicio. Limpiezas que someten al cuerpo a determinado estrés en función de rescatar tejidos en su piel y volver a producir tejidos sanos en ella según lo que el equipo médico considere necesario.

Esta defensa, y no dejar fluir sus emociones, no le permiten verse en plenitud, permitiendo visualizar que la única pérdida sería sólo la movilidad, aunque en la narración denota algo distinto que afectan al sí mismo en forma de miedo y consecutiva lucha hacia lo sentido. Está preocupada de estar haciendo realidad para los otros que ayude a que no la vean respecto a su real emocionalidad, no hay una legitimación al dejar sentir personal, por lo que no permanece completamente consigo durante ese proceso. Esto da paso así a lo que corresponde a la segunda fase.

2.- El hablar interior (diálogo interno)

¿Cómo reanudo desde el espacio vacío?

a) Autocompasión; Se observa que hay un intento en generar cercanía consigo misma, sin embargo hay dificultades a través de la responsabilización del accidente, ya que, se sostiene en su persona que, si fue culpa propia, sola debe hacerse cargo de todo lo que esto traiga consigo, ya que además se

responsabiliza de la angustia que viven sus padres por su actual condición de salud, lo dice de la siguiente manera:

*“No verme derrotada ante mis papás”.*

En este sentido, se dificulta en el poder reconocerse en su dolor, se estanca en su sentimiento y no puede sentir consigo lo que siente, le obstaculiza acercarse a su dolor y generar la calidez necesaria que se presenta a continuación.

b) Consuelo a mi mismo; genera calidez y fuerza.

Se reconoce, que la paciente hace importantes intentos de estar consigo debido a las ganas de recuperarse que denota, pero como se reconoce en la revisión de los procesos anteriores, hay diversos obstáculos que no le permiten hacerlo completamente, ya que llega estar en la cercanía necesaria para encontrar la fuerza interna que le hace sentir la fuerza necesaria para recuperarse, sin embargo, sin llegar a este proceso a través de un trato cariñoso y comprensivo hacia sí misma, ya que como ha significado el sentimiento de culpabilización, le produce una traba en su relación profunda con la vida, donde el aliento y el consuelo de otros le hacen recordar el por qué de esa situación, siendo a causa de un accidente que le impide acercarse al consuelo a si mismo para validarse el dolor vivenciado.

c) Acercamiento completo a mi mismo; cuidar de mí.

En este aspecto, dentro de los atisbos de acercamiento que ha tenido la paciente hacia sí misma, buscar responder la pregunta del ¿Qué necesito? para sentirse cuidada y protegida para poder ser, cuando se le pregunta si siente que se puede volver a vivir la vida, responde concisamente:

*“Sí, y con mas amor”.*

A través de este concepto, se aproxima a un acercamiento a sí misma a través del cuidar de sí con más amor, que sea para ella en proporcionalidad hacia el otro importante y significativo, que en su caso refieren a sus padres. Es en función de eso el camino de sentirse nuevamente segura en el mundo.

### 3.- Orientación.

Observando lo sucedido, la paciente denota ir avanzando en la mirada hacia la magnitud del incidente, sin embargo debido al alejamiento que mantiene respecto de su dolor, tanto físico como mental, la vida aún no está en un fluir, sino en un soportar en vías de aceptación. Y esto se muestra cuando responde a la pregunta de si siente que cambió algo en su vida:

*“(piensa)...tener más cuidado no más”*

Referente un antes y un después del accidente:

*“sí...un antes, libertad, después ¡un ahogo!, yo digo que estoy recién aquí, no sé mas adelante...del futuro no me preocupo”.*

Se puede rescatar esta última frase como un signo positivo, ya que tiene que ver con el estar y el contacto consigo y con los sentimientos respecto al valor perdido que se hablaba en fases anteriores 1 y 2.

- **Entrevistado 3.**

**Fases del duelo.**

1-. Actitud del dejar ser → permite el llorar.

Se observa que el entrevistado 3, esta comenzando el proceso de un abandono a sus defensas personales, que refieren a la rabia de lo sucedido, y al contexto que implica esta rabia respecto a sus emociones que permanece en un estado de alerta, debido a lo que sucede con el contexto del incidente, donde la empresa hacia la cual trabaja, no se haría responsable de lo sucedido debido una cláusula donde no se permite tomar desayuno. Y al ocasionarse el hecho al momento de ir a tomar desayuno, se invalida la ayuda que se le pudiese dar en cuanto al seguro que cubra los gastos.

Sin embargo, respecto al sentir si perdió algo importante, responde:

*“siento que gané (silencio), siento que gané una experiencia”*

Se puede observar, que el concepto respecto de a incorporación de la vivencia es positiva en el sentido de aprendizajes obtenidos. Esto refiere que el enfocar todo hace el fin de la vivencia, obstaculiza contactarse con el presente de los sentimientos y emociones que experimenta. El hablar de a alegría de estar vivo, no lo dejaba ver la impotencia que siente respecto a lo sucedido. Por lo que en la entrevista se busca interiorizar en este aspecto a fin de conocer cual es el acercamiento a la experiencia de la persona, más que de la explicación de la experiencia de la persona, en esta instancia.

Por lo que se vuelve al momento del accidente preguntando si desde el primer momento se siente conectado consigo, y responde lo siguiente:

*“(silencio)...Desde el primer momento que me comencé a quemar (silencio),*



*hasta que me apague las llamas (silencio)...lo que sí, siento impotencia”*

Se moviliza desde la normalización a la que estaba integrando esta vivencia, al sentirla, luego dice:

“...tengo rabia, el dolor me pone de mal humor...las curaciones han sido dolorosas, me vienen como pinchazos a las manos y me duele...por eso el dolor me pone de mal humor, ¡me dan ganas de irme ya de aquí! Y me da rabia...”

Al preguntar acerca del motivo de la rabia dice:

*“¡No poder comer solo!”...”como que trato de no conectarme con eso porque quiero estar bien”*

De esta manera el dejar ser a sus sentimientos, la impotencia, la rabia, provocan en él un miedo al sentir que si se conecta no estará bien, por lo tanto no lo hace, y sus mecanismos de defensa cobran vital importancia ante el resguardo de protección al sí mismo. Debido a esto, el contacto con el llanto es hasta el momento nulo. Se obliga a hacer más que a un permanecer consigo.

## 2-. El hablar interior (diálogo interno)

a) Autocompasión; en relación a la etapa anterior, se observa que no genera cercanía, desde reconocerse en el dolor, sentir y llorar consigo. Se queda estancado en el sentimiento, sin poder sentir consigo lo que siente. Alejándose de la profundidad de su dolor ya que así, desde este mecanismo, ha podido seguir siendo en el mundo. Relata experiencias de su niñez relacionadas a la discriminación, y es este el miedo de lo que podría suceder con las quemaduras en su cara y manos, sobretodo con el rostro.

*“Yo fui muy discriminado cuando chico...entonces, duele mucho”.*

La discriminación, tiene su razón en la artritis crónica que tiene desde los diez años, remite haber sido discriminado por todo su entorno del momento, sus compañeros de colegio como profesores.

*“A mi me pescaba el curso completo y me pegaba. Entonces, yo sé lo que es la discriminación y no quiero pasar lo mismo”*

Agrega lo siguiente:

*“Tenía esos recuerdos guardados...pero por cosas muy pequeñas comienzan a aparecer los recuerdos...pero yo sé que voy a salir adelante y voy a poder hacer las cosas”*

Rápidamente, cuando comienzan a aflorar los sentimientos con los que se conecta por haber vivido este accidente en relación a la discriminación a la que podría enfrentarse si los resultados no son estéticamente buenos, salta de ahí y habla nuevamente en función del fin de “*estar bien*” del que se mencionaba en una fase anterior, dejando de ver el por qué se producen determinados sentimientos y/o emociones.

b) Consuelo a mi mismo; genera calidez y fuerza

.

El trato cariñoso, de llanto a calidez no se observa, por el contrario, cuando se le pregunta si siente que se valora, responde lo siguiente:

*“Siento que no...siento que no me valoro...prefiero que me pase todo a mí antes que a otra persona, a mí antes que a los demás... no valorarme como que me hace sentir bien”*

El consuelo a sí mismo, no se hace presente debido a que no se ve, ve a otro antes que a él, deja observar que salta de un proceso uno a un proceso tres, dejando lo segundo fuera por no querer acercarse a esas experiencias. Es en este punto y contexto en el cual se le pregunta si siente que es agresivo con sí mismo, y refiere lo siguiente:

*“Siempre...siempre he sido agresivo conmigo, prefiero que todo me pase a mí antes que al resto...aparte soy malo para llorar, con la muerte de mi padre lloré cuatro veces...no me puedo conectar como con eso”*

### 3.- Orientación

Se observa que busca hacer fluir a la vida desde otra fuente que no refiera un contacto consigo mismo, ya que el dolor respecto a lo que puede significar este incidente en su vida, y en relación a la movilización de experiencias de niñez, se intenta no observar lo que perdió en toda su magnitud. Por lo que pasa rápidamente al punto cómo funcionar después de la pérdida inmediatamente. Referente a un antes y un después del incidente refiere:

*“Va a haber una pequeña diferencia, pero no es tan importante”*

No internaliza la pérdida, sino que la explica dentro de un sin fin de vivencias normalizando lo sucedido, y desde allí, desde esta base enfoca su vida a buscar valores nuevos.

## Capítulo 5: Discusión y Conclusiones

A continuación se dará paso al análisis de la experiencia vivida por las tres personas entrevistadas para conocer los procesos personales de un ser humano respecto a determinados incidentes y significaciones de su vida.

En busca de un conocimiento en profundidad, se realizará un análisis fenomenológico en conjunto desde el Modelo Biopsicosocial y la Teoría de las *Cuatro Motivaciones Existenciales*, en relación a los procesos personales de cada una de las personas entrevistadas.

Las tres personas son víctimas de quemaduras en distintos grados y en distintas áreas del cuerpo por causa accidental. Todas entrevistadas en un espacio de hospitalización.

### 5.1 Conclusión en relación a las 4 Motivaciones Fundamentales de la Existencia.

#### 1ª MF: “Poder Ser”

*¿Puedo ser y estar (con mi cuerpo, con mis incapacidades, etc.)-*

*¿Tengo el suficiente espacio, protección y sostén?*

*¿Me deja esto vivir?*

Al contextualizar el frágil momento de vivencias, la pregunta de esta motivación el espacio donde se desenvuelven es el hospitalario, podemos observar que en los tres se ve reducido el espacio por ser ajeno a su realidad y cotidianidad. Y que en función a esto los tres refieren en distinto grado las ganas

de salir de allí, por ser un espacio que desagrada debido a lo que significa estar inserto en él.

Desde un ámbito biológico, es estar expuesto a las intervenciones médicas en cualquier momento del día, cualquier momento de la semana, o a cualquier hora por la persona que esté de turno para hacerles los procedimientos correspondientes.

Desde un ámbito psicológico, es estar expuesto a la voluntad del otro, y al estado anímico de otro en función al *cómo* realizará aquellos procedimientos correspondientes. Si es delicado (a), brusco (a), etc.

Esto incluye, el estar también expuesto a la omisión, es decir, cuánto interfiere en sus procesos personales el ser testigos cuando no se atienden llamados por alguna necesidad de algún compañero de sala o propio, cuánto interfiere ver que el llamado de quien está al lado no es atendido, ¿qué pasa cuando se ve a otro sufrir y no estar en condiciones de ayudarlo?, ¿cómo percibo mi rol social si no puedo ayudar a quien está a mi lado?

Se observa que el espacio, el sostén y la protección en este contexto debido a que la fragilidad de la situación permite hacer venir el significado para el interior desde el exterior, por cumplir, y ser este el espacio espejo que se está teniendo, cuánto afecta la validación o la no validación externa en este contexto respecto de las necesidades que se tengan. Es el hospital el que pasa a significar el espacio mundo allí. ¿Qué sucede entonces cuando no se sienten protegido, ni sostenido allí?

Es en este punto, los tres entrevistados comparten la necesidad de salir prontamente del espacio. Sintiendo que a pesar de todo, esto los deja vivir.

La diferencia reside en que para la persona tres, este espacio hospital

está teniendo una función un tanto más protectora mientras prepara lo que hará contra la empresa por considerar su accidente fuera de horario de trabajo y dejarlo fuera del seguro que cubre los gastos de su recuperación, además su tiempo de hospitalización es comparativamente menor en relación a las otras dos personas, la significación es distintiva.

Principalmente la persona uno, seguida por la persona dos, son quienes justamente han llevado un tiempo mayor en el lugar, y quienes han experimentado mayormente lo que sucede en el contexto hospitalario.

Reacciones Psicodinámicas:

- huida
- ataque
- odio
- parálisis

Las reacciones psicodinámicas observadas en los entrevistados como mecanismos de protección frente a la angustia son:

En la persona uno, el ataque, en el sentido de enfrentar y reaccionando ante el sentimiento de no poder ser, descarga hacia el por qué toda la frustración que significa el perder la imagen propia a los 44 años de existencia por un accidente.

*“Mire como quedé...mire este brazo, las piernas...mis piernas eran tan lindas, y ahora feas, llenas de hoyos, parecen nada las cuestiones... ¡me da rabia!, mi pelo...lo tenía hermoso, y ahora así...” (Entrevistado 1, 44 años)*

En la persona 2, el coping refiere al reflejo de posición de muerto, sin embargo, se moviliza entre este y la huida, ya que a través de su narración de lo sucedido y sus experiencias en ello, habla con temor, desde una

parálisis cuando se toca el tema, con una voz que reacciona ante determinadas preguntas que le movilizan más que las otras, en general se mantiene con una expresión plana y con dificultades para comunicar lo que siente, por ejemplo, las veces que se preguntaba por la movilidad del brazo en relación a su función en el futuro, daba una respuesta rápida y corta para finalizar con mayor rapidez ciertos temas.

Cuando se le pregunta acerca de hacerle saber a sus padres lo que sucedía internamente con ella y no mostrarles lo que está sintiendo, dice rápidamente:

*“Me desahogo con el psicólogo” (Entrevistado 2, 42 años)*

En la persona 3, el coping que se marca, refiere al Ataque y a la Huida, ya que prefiere evitar acercarse a su experiencia desde el sentimiento y la valorización con lo perdido, se vive de la explicación y no desde la emoción. Lo que finalmente dentro de una de las respuestas respecto a su agresividad hacia sí mismo, dice:

*“Siempre...siempre he sido agresivo conmigo”...”soy malo para llorar (...) no me puedo conectar como con eso” (Entrevistado 3, 24 años)*

No hay un poder percibirse, por lo que se remite al plano reactivo, por estar la persona sobre exigida. El sentimiento que aparece es *“no soporto esto”*.

**2ªMF:** “Gustar vivir”.

Al referir a la más profunda conexión con la vida, a las relaciones y a

los sentimientos. El Acercamiento de los entrevistados en sus experiencias es la clave en esta motivación.

Desde el ámbito biológico, el gustar vivir, está alterado debido a las heridas físicas, toca directamente áreas como el autoestima y la autovalencia.

Desde el ámbito psicológico, el gustar vivir también se observa alterado, ya que, al estar en constante recepción de lo que viene de afuera, se necesita también una constante incorporación para llevar esto hacia el mismo cuerpo.

Y se observa que en los tres entrevistados, si bien está alterado, hay una finalidad clara de recuperarse. Soportando el gustar vivir, por un soportar vivir así, tanto por las características psicológicas como sociales.

Es decir, que a través de esta pregunta al ser es la toma de posición en lo afectivo, donde, si bien no están a vivir de tal manera, el estado en que se reciban estas condiciones refieren las condiciones emocionales en las que se vivirán la recuperación de sus heridas.

Reacciones de coping:

- Retraimiento: se retira hacia su interior.
- Activismo: rendir
- Rabia
- Resignación

En los tres se comparte la reacción de coping relacionada a la rabia, debido a la situación, al accidente, a la culpa respecto de lo sucedido, y las consecuencias vividas diariamente con las dolorosas curaciones.

En la persona uno se observa mayor grado de expresión en este coping, en comparación a la persona dos, que refiere a la rabia y a un retraimiento



hacia su interior, y la persona tres, ante la rabia y resignación.

Este valor fundamental consiste en un profundo darse cuenta de que es bueno existir, por lo que su carencia lleva a la *depresión*. Evidenciada mayormente desde quien tiene mayor extensión de sus heridas, el entrevistado número uno. Si bien, el entrevistado 2 y 3 también se viven desde esta carencia, el entrevistado 1 es quien más la vive profundamente, debido a la cantidad de tiempo en el espacio hospital.

### **3ªMF:** “Legitimidad de Ser/ el Ser sí-mismo”

Consecutivamente, la propia individualidad se ha visto tocada en las personas entrevistadas. En este nivel, se analizará cómo aparece en la construcción de la Identidad y Autoestima el otro.

Este punto se enfoca en conocer cuánto afecta que el otro me trate o no con Consideración, Justicia, Aprecio.

En el ámbito biológico, no ser visto en este punto, incluye faltas que afecten en la recuperación médica del paciente hospitalizado. En este contexto, se consideran las curaciones y el trato médico de quien atiende. Tal como se aproximó en la primera motivación desde el aspecto biológico. Desde lo psicosocial, cualquier tipo de no consideración en esta área infiere altamente en el estado anímico del paciente, ya que desprotege ese espacio aún más de lo que ya lo siente. Cualquier palabra que se sienta agresiva, es incorporada más rápidamente. ¿Qué pasa si no consideran mi existencia en estas condiciones? Esto expone al qué sucederá cuando salga de este espacio, al mundo en sí, a la sociedad y al juicio de esta sociedad.

Qué sucederá si en el lugar hospital no experimenta atención, justicia, aprecio, estima, respeto hacia la vivencia que le trasciende.

Las reacciones de coping son:

- Tomar distancia
- Sobreactuar/dar la razón
- Fastidio, ira: se pone una barrera no se confronta
- Disociación: aquí se separa la cognición del sentimiento.

Las tres personas, han experimentado a pesar de las diferencias en los tiempos de estadía en el hospital, la reacción de fastidio. En un análisis de cada uno, la persona uno, ha pasado por el tomar distancia y por el fastidio.

La primera en relación al tomar distancia, es cuando aparece alguien que dice que su opinión no vale, aparece el *tienes que*, y lo ejemplifica cuando su madre le dice:

*“Mira las personas que están al frente tuyo, están peor que tú”*

*(Entrevistado 1, 44 años)*

Ocurre que no se siente validada, ni se siente vista por su propia madre, preguntándose ¿dónde queda ella?. Cuando no la toman en serio, se ve obligada a proteger su intimidad y lo ejemplifica diciendo:

*“Allá me pasaban viendo todo el día los médicos, me pasaron para acá y como que me dejaron tirada...cuesta que vengan, es como si dijeran, como ya pasamos el peligro... como si no supieran lo que sentimos acá, ya no somos importantes...”(Entrevistado 1, 44 años)*

Por lo que en momentos de tomar distancia, ha pasado al fastidio, ya que no puede culpar a nadie más que a sí, en relación al accidente. Este sentimiento se comparte junto a la persona dos, cuando esta refiere:

*“... no puedo bajar la guardia... por que esto fue accidente mio.”*

*(Entrevistados 2, 42 años)*

Tiene un carácter de auto-castigo, y en relación al otro trato de castigarlo para que ya no hiera más, en un sentido de castigarlo por su injusticia. En las personas del estudio, esta reacción última no se observó.

La persona tres se movilizó más hacia la reacción del *sobreactuar dar la razón*, y lo evidencia cuando se le pregunta qué sintió cuando se vio tras el accidente, y responde lo siguiente:

*“No le había tomado el peso al asunto, igual yo he tirado la talla, riéndome un rato igual con los nervios” (Entrevistado 3, 24 años)*

En este sentido, se ríe dando a entender que no importa realmente lo que le está sucediendo. Así esconde, y o muestra su pena al otro para que no tenga poder sobre él. Aparece aquí la justicia, el derecho, la apreciación valorativa en relación al otro y a ellos mismos, los moviliza a preguntarse acerca del valor personal que cada uno tiene en el contexto del espacio hospitalario, como de la propia vida.

**4ªMF:** El Sentido.

*¿Para qué es bueno que yo esté aquí?*

*¿Qué puedo hacer hoy, para que mi vida sea parte de una totalidad con sentido?*

En este punto, la motivación existencial refiere a un hacer, a una acción, salir desde sí, como prever el futuro. Referente a este punto, el abanico de posibilidades abre opciones al contacto con la vida desde el intercambio con el otro. Las condiciones para que se de el sentido es tener un campo de acción, un contexto valorado y una visión de futuro.

Ante esta motivación, y el sentido de vivir y continuar, los tres entrevistados hacen visible que anhelan recuperarse para irse, aún sin encontrar el por qué de la situación, el para qué vivir los trae de vuelta a la vida desde una visión de futuro y un contexto valorado.

En la persona uno, es su madre y sus hijos. En la persona dos, son sus padres. En la persona tres, es su familia.

El sentido biológicamente, es quedar bien, sin secuelas graves, desde la psicología, es que a través de un mayor bienestar biológico vaya de la mano con el bienestar físico. Y lo social es el poder soportar (dependiendo del lugar de la quemadura, si es visible o no) las miradas de otro.

Se considera necesario en este contexto, exponer las respuestas ante la última pregunta de la entrevista referente al “poder seguir”:

Entrevistado 1:

*“Como te dije delante...lo más peligroso es la vida...pero no creo que pueda pasarme algo más malo...tengo mis brazos y mis piernas...me puedo recuperar...porque yo no quiero quedar como algunas que he visto aquí que parecen monstruitos...porque yo les pregunto si se cuidan y me dicen que no po, que no se echan cremitas ni nada...yo voy a quedar bien...”*

Entrevistado 2:

*“Sí, quiero seguir...tengo que seguir.”*

Entrevistado 3:

*“mmm...sí, aprendí... ¡a no tomar desayuno en la mañana!  
(risas)...mmm...como le dije a ser mas precavido y mas atento a todos los  
que me rodean.”*

En esta última respuesta, se pueden observar las diferencias en la cercanía de cada uno de los entrevistados consigo mismos. La persona uno desarrolla la idea más extensamente y refiere y enfoca sus energía en los futuros resultados de sus heridas. En ella no se logra identificar reacción de coping ante el sentido, ya que de los tres tiene más desarrollado y elaborado su proceso respecto a su situación.

El entrevistado dos, refiere una respuesta corta y concisa, sin desarrollarla, siguiendo el estilo de toda la entrevista. Su reacción de coping refiere a un modo provisorio, respecto al pasar por esta situación sin mayor compromiso consigo misma.

El entrevistado tres, finaliza con las risas que en un momento reconoció como mecanismo de defensa. La reacción de coping en este sentido en él es el cinismo/ sarcasmo ante su situación, ya que dice lo contrario de lo que piensa, es un comentario doloroso desde sí.

En consecuencia, el espacio hospitalario, de alguna manera exige a la persona a mantenerse consigo, es un ambiente hostil muchas veces debido a la exposición. Y es esta exposición emocional proporcional a las heridas físicas del cuerpo.

Observando los tres casos, las complicaciones propias refieren a situaciones particulares. Todos, tienen distintos tipos de quemaduras, y distintas elaboraciones respecto a la misma. Sin embargo se observan

procesos similares.

### **5.3.2 Conclusión en relación a los objetivos del estudio.**

El objetivo del estudio refiere a conocer las características de duelo en personas quemadas. Para esto, se comenzará por definir en qué consiste el proceso de duelo en una persona quemada.

#### **5.2.1 Proceso de duelo en quemados.**

El proceso de duelo, independiente del tipo de quemadura, produce reacciones similares en las personas entrevistadas, por lo que se observa que cuando es una quemadura leve, es decir, que afecta a alguna parte específica de su cuerpo en relación a cierto porcentaje de la SCQ, la pérdida significa desde los aspectos psicosociales de la persona, y no hay mayor preocupación en el resultado estético. Esto debido a una confianza puesta en el equipo médico que lo atiende. A diferencia de lo que este equipo médico puede hacer ante las reparaciones emocionales. Por ejemplo, lo que se observa en el Entrevistado 3, quien tiene quemaduras en cara y manos, fue una resignificación a una experiencia de la niñez. Escena que le remueve las posibles secuelas del accidente en cuanto a la “discriminación” que se expondría cuando salga al mundo. Significándola desde allí, él volvería a exponerse a la discriminación. Aspecto que se comparte con la Sujeto 1.

Debido a las distintas etapas de hospitalización en que estaban los entrevistados, se puede hacer un apronte a cuándo empiezan a aparecer síntomas de rabia, agotamiento, ganas de querer irse pronto a casa, de culpabilización y fuertes cuestionamientos.

Este proceso comenzaría a partir de un aproximado a los tres días de estadía hospitalaria.

Este proceso, refiere directamente al reconocimiento de la persona ante su nueva imagen. Nueva imagen, que devuelve el espejo como objeto y el espejo como un otro, a quien no reconoce, ni valida, o cuesta reconocerse y validarse. Punto en el cual comienza a instalarse una posición de incertidumbre respecto de sus proyectos y estilos de vida, formas de hacer, etc.

Cabe destacar, que el proceso de duelo, comienza cuando comienzan las curaciones. Proceso de alto dolor en ellos, debido a la piel removida en función de dar paso a piel sana. Esto afecta el humor, estado anímico, y posiblemente un miedo o nervio previo a las futuras curaciones.

El proceso de duelo se enfoca en un volver a conectarse con todo aquello que se debió dejar por motivos de fuerza mayor desde el accidente. La etapa de hospitalización, hace ajena a la persona de la realidad que hay fuera. Hay una pérdida de función y de rol que no alcanza a notarse en todos los casos, sino en quienes llevan mayor tiempo en el lugar.

### **5.2.2 Identificación de etapas de intervención psicológica.**

La identificación, tiene relación con, la caracterización de la intervención psicológica. Enfocaremos esta etapa a través de dos conceptos a trabajar.

Un primer momento se trabaja con la angustia como estado generalizado de excitación ante una amenaza o un peligro. Se enfoca luego hacia el trabajo y revisión la angustia fundamental, que

refiere a ser provocada por circunstancias graves para quien la vivencia.

El encuentro con la nada, respecta dentro de la primera etapa de hospitalización, donde la confianza del poder-ser-en-el-mundo se pierde.

Un segundo momento, refiere a que pueda desarrollarse la angustia de expectativa, que consiste en una actitud miedosa frente al miedo. Es el estar al acecho de algo que no llega. Es una inhibición de llegar a ser, su causa es la pérdida de sostén en el sí mismo.

Ambos estados, pueden modificarse en su orden, en un comienzo pueden ser lentas y avanzando con el transcurso de los días.

Como intervención, lo primero refiere a realizar contención a la persona afectada, luego, una validación a sus emociones como señal de un sostén en el mundo que le permita estar.

Paso siguiente, es revisar brevemente en función a la contención sus motivaciones existenciales. (Formas de afrontamiento ante determinadas situaciones, etc.)

Es hacerle saber a la persona con el tipo de servicio que cuenta a través de psicoeducación respecto a conectarse con su proceso de recuperación. Se aborda lo relacionado a la salud mental entrelazada a la salud física.

Así, cuando la persona esté en momentos de incomprensión sienta la confianza de pedir apoyo profesional hacia lo que le suceda. Desde allí, en función a sus propias significaciones, realizar una pronta intervención.



### 5.2.3 Descripción de pautas de comportamientos en el proceso de duelo de personas quemadas.

Durante el proceso de volver a reconocerse en su cuerpo, con sus nuevas características, existe un entretrejo en el comprender, entre el aceptar y el rechazar su nueva apariencia. Provocando un estado de sintomatología depresiva como labilidad emocional, posible alteración del ciclo sueño- vigilia y alteración alimentaria, irritabilidad, posible rechazo a tratamientos de recuperación debido al dolor físico que producen. Se identifica desde la presente investigación la siguiente pauta en el proceso de duelo de personas quemadas:

- **Perplejidad:** Esto ante la concepción de accidente, es un aturdimiento y no un comprender.
- **Búsqueda de comprensión al incidente:** se pregunta por el hecho en sí que lo trae al espacio-hospitalario.
- **Negación o Desagrado.**
- **Culpabilización:** Cuestionamiento de la culpa.
- **Acompañamiento consigo o Alejamiento de sí.**
- **Reorganización de la experiencia**
- **Reencuentro con el sí mismo o rechazo al sí mismo.**

Respecto a los estados o etapas emocionales ante el proceso de duelo descrito en función de estos comportamientos, la perplejidad, refiere al estado del no saber qué sucede en determinado tiempo-espacio del mundo que me era seguro.

La búsqueda de comprensión al incidente, tiene relación con el recopilar la mayor cantidad de datos para entender qué es lo que sucedió con el propio cuerpo y que lo trae a un espacio hospitalario. (Pregunta a familiares, amigos, personal médico, etc.)

La negación o desagrado, refiere a no aceptar lo sucedido, no constatar que eso es y que está siendo.

La culpabilización, es en función del volver a retomar el contacto con el sí mismo, a través de una revisión de acciones que pudieron haber evitado la situación actual.

El resultado de esta revisión, provocará un alejamiento de castigo o un acercamiento de comprender el accionar del momento.

La reorganización de la experiencia será marcada por el resultado del proceso anterior.

Finalmente habrá un reencuentro o un rechazo hacia el sí mismo dependiendo de la significación de las etapas anteriores.

Se observa que a medida que transcurre el tiempo de hospitalización, se va repitiendo en los pacientes sensaciones y vivencias relacionados a: Tiempos de hospitalización y cansancio ante el dolor que provocan las curaciones.

### 5.3 Sugerencias

- Se sugiere realizar un protocolo de atención en el sector de Quemados para el personal que los atiende y está y contacto directo con ellos.  
Esto debido a una observación realizada durante las entrevistas. Los pacientes del área reaccionan susceptiblemente ante cualquier palabra que sientan como agresión personal. Situaciones que afectan de gran manera la estabilidad emocional de los mismos, ya que, además de estar en un mecanismo defensivo y de aceptación a sí mismo en su nueva condición, están en un mecanismo defensivo hacia el espacio en general. Situación que puede inferir en malos entendidos entre paciente y equipo médico, conllevando a que sean pacientes catalogados como “*violento*” o “*no colaborador*” con los procedimientos quirúrgicos.
- Se sugiere como proyecto a largo plazo, tener en las unidades que trabajen con personas que tengan estas características, un profesional psicólogo experto en ellos.  
Un especialista en procesos de quemados, en función de un mayor trabajo conjunto con el equipo médico, e incorporando las áreas físicas y de emocionalidad, en cuanto a la búsqueda de un trabajo multidisciplinario para la salud de la persona atendida.
- Se propone realizar charlas psicoeducativas al equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, kinesiología, personal de nutrición, etc). Con el fin de conocer el estado emocional en pacientes.
- Hacer enlace con personal de psiquiatría, para tener la opción de considerar este apoyo en el diagnóstico diferencial en pacientes quemados bonzos, con trastornos psicóticos, alteraciones del ánimo

se complementen a la psicoterapia.

- Realizar enlaces con redes sociales de apoyo a psicoterapia especializada en personas quemadas post-alta.
- Coordinar charlas psicológicas y médicas a familiares de personas quemadas en función de una comprensión y un apoyo mutuo en procesos emocionales y en cuidados paliativos de las heridas.

## Bibliografía

- Arias Fidas G. (1999). *El proyecto de Investigación. Guía para su elaboración* (3ra Edición). Caracas. Rialediciones.
- Bernstein, NN (1982) R. *Psychosocial results of burns the damaged self image. Clinic in plastic. Surgery* 9: 337-345
- Blumenfle y Schoeps (1993). *Guía del paciente quemado*. Recuperado el 03 de Diciembre, 2010 en:  
<http://www.slideshare.net/yolanurse/gua-pte-quemado>
- Briones, G. (1996). *Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales*.(4a. Edición), México: Trillas.
- Brody (1973), citado en Oblitas, Elisardo e Iglesias (2000), *Psicología de la Salud* (Primera edición) México. P y V Ediciones
- Chomaly, T. (2001). *Reuniones Plásticas*. Recuperado el 03 de Diciembre, 2010 en:  
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/plastica/2444>
- Croquevielle, M. (2009). *Análisis Existencial: Sus bases epistemológicas y filosóficas*. Recuperado el 06 de Octubre del 2010 en:  
[http://www.icae.cl/articulos/Analisis\\_Existencial\\_sus\\_bases\\_epistemologicas\\_y\\_filosoficas.pdf](http://www.icae.cl/articulos/Analisis_Existencial_sus_bases_epistemologicas_y_filosoficas.pdf)

- El Período de Entreguerras (2010). Obtenido el 10, diciembre, 2010 de <http://www.historiasiglo20.org/EG/index.htm>
- Emerson (1983), citado en Taylor y Bogdan (1994). *Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós.
- Engel (1977), Oblitas, Elisardo e Iglesias (2000), *Psicología de la Salud* (Primera edición) México. P y V Ediciones
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación Cualitativa*. Coruña: PAIDEIA.
- Frankl, V. (1994). *Logoterapia y Análisis Existencial*. Barcelona: Herder.
- Franulic, A. Gonzalez, X. *Adaptación psicológica y social del paciente quemado: seguimiento a 6 meses*. Servicio Salud Mental, Hospital del Trabajador de Santiago. Recuperado 06 de Octubre de 2010 de: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/04/Pagina%2040.PDF>
- Gendlin,(1973), p. 144. Recuperado el 15 de Diciembre del 2010, en : <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/264/26415105.pdf>
- Grau y Hernández (2005). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones* , Universidad de Guadalajara (1era. Edición). México. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

- Halling & Carroll (1999). Citado en Moncada y Sassenfeld (2006). *Fenomenología y Psicoterapia Humanista. Existencial*. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pp. 91-106.
- HUAP: *Hospital de Urgencia de Asistencia Pública*. Recuperado el 06 de Octubre 2010, de <http://www.huap.cl>
- ICAE: *Instituto Chileno de Análisis existencial*. Recuperado el 05 de Octubre 2010, de <http://www.icae.cl/analisis.html>
- Janosky (1985), Oblitas, Elisardo e Iglesias (2000), *Psicología de la Salud* (Primera edición) México. P y V Ediciones
- Längle, A. (1993) *Aplicación Práctica del Análisis Existencial Personal (Aep)*, Viena.
- Längle, A. (2000). *Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia*. Buenos Aires: Seminario.
- Längle, A. (2005). *La búsqueda del sostén. Análisis Existencial de la Angustia*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Terapia Psicológica. Santiago, Chile. Pp. 57-64.
- Längle, A. (2007, p.9). Citado en Croquevielle, M. (2009). *Análisis existencial: Sus bases epistemológicas y filosóficas*. *Castalia*, 15, 23-34. Recuperado el 15 de Diciembre del 2010, en: [http://www.gle-argentina.com.ar/PDF/Analisis Existencial sus bases epistemologicas y filosoficas.pdf](http://www.gle-argentina.com.ar/PDF/Analisis_Existencial_sus_bases_epistemologicas_y_filosoficas.pdf)

- Mayring (1983). Citado en Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación Cualitativa*. Coruña: PAIDEIA.
- Miles, M.B. Y Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage
- Moncada y Sassenfeld (2006). *Fenomenología y Psicoterapia Humanista. Existencial*. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pp. 91-106.
- Moss, D. (2001). The roots and geneology of humanistic psychology. En K. Schneider, J. Bugental & J. Fraser (Eds.), *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research, and Practice* (pp. 5-20). California: Sage Publications.
- Oblitas, Elisardo e Iglesias (2000), *Psicología de la Salud* (Primera edición) México. P y V Ediciones.
- Pedreros, Longton, Whittle y Villegas (2007). *Injuria inhalatoria en pacientes quemados: Revisión*. Recuperado el 05 de Diciembre 2010, en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482007000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000200006)
- Quitmann, H. (1985). Citado en Moncada y Sassenfeld (2006). *Fenomenología y Psicoterapia Humanista. Existencial*. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pp. 91-106
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*.



Recuperado el 05 de Octubre 2010, de: [www.RAE.es](http://www.RAE.es)

- Redsalud (2007). *Gran quemados*. Recuperado el 18 de Octubre, 2010 en: [www.redsalud.cl](http://www.redsalud.cl)
- Rojas, A., Romero, P. (2007). *Quemaduras, más que huellas en la piel, una experiencia de vida*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.
- Tageson, C. (1982). *Humanistic Psychology: A Synthesis*. Illinois: The Dorsey Press.
- Taylor y Bogdan.(1994) *Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós.
- Valles, M. (1999.). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. España: Editorial Síntesis.
- Villegas, J. (2008). *Quemados y Medicina basada en la evidencia*. Recuperado el 24 de Noviembre de 2010, en: <http://docvillegas.blogspot.com/2008/06/quemados-y-medicina-basada-en-la.html>
- Villegas, J. (2010). *Asistencia Pública QM2, HUAP*. Recuperado el 05 de octubre del 2010, en: <http://www.ciplast.cl/huap.html>
- Waldenfels (1992). Citado en Moncada y Sassenfeld (2006). *Fenomenología y Psicoterapia Humanista. Existencial*. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pp. 91-106.
- Yalom, Irvin (1980). *Psicoterapia Existencial*. Herder.

- Yontef, (1998, 2004). Citado en Moncada y Sassenfeld (2006). *Fenomenología y Psicoterapia Humanista. Existencial*. Revista de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Pp. 91-106

# Anexos

**Sujeto 1:**

- **Sexo: Mujer**
  - **Edad: 42 años**
  - **Diagnóstico de ingreso: Gran Quemada, 48 % Ab / b**  
**Injuria inhalatoria (habla con disfonía)**
  - **Hospitalizada desde: 06/07/2010**
- 

**Antecedentes Mórbidos**

Médicos:

Enfermedades importantes actuales o remotas

**No hay.**

Psicológicos:

Consultas previas

Diagnóstico

Tratamiento

Si / **No**

Antecedentes mórbidos familiares (psiquiátricos / psicológicos)

**No hay.**

**E: ¿Con quien vives?**

**Y:** En la casa con José, mi pareja, mi hijo menor y yo, mi hijo mayor se fue porque tiene problemas con mi pareja, así que ahí... mi hijo iba a verme, y viene hartos para acá también. Mi mamá también viene hartos, me ha cuidado hartos, igual que una prima, nunca me imaginé que fuera a ser así.

**E: ¿Qué es lo que haces, a qué te dedicas?**

**Y:** Vendo páginas web, las hago y vendo los dominios y todas esas cosas, tengo que hacer harta vida social, pero con esta cuestión que me pasó... no sé, no sé que haré muy bien...y me da rabia, fue una tontera, me da tanta rabia, y aquí que no me dan el alta nunca, y yo tengo mi negocio que lleva parado cuanto tiempo ya, y nunca me dicen cuando me voy, me han dicho dos veces ya, pero nada...que falta esto, que no se han comunicado con este, y así... mas encima con este problema... (Refiriéndose a los problemas a la voz ocasionados por la injuria inhalatoria), estoy aburrida ya...

**E: No lo logro imaginar por todas las situaciones que has pasado, han sido difíciles...avancemos hacia el momento del accidente... ¿qué sucedió?**

**Y:** Fue en la cocina, fui a prenderla y explotó...me quemé entera, estuve hartos tiempo en la UCI, estuve a punto de morir porque las quemaduras fueron muy graves...

**E: Recuerdas qué sentiste en el momento? Recuerdas los detalles?**

**Y:** ... Me incomoda volver a conectarme como con eso, porque me viene una rabia...no fui precavida, no sé...y ahora estoy así...recuerdo hasta que llegué a la clínica, después ya, no sé que habrá pasado, desperté acá... pasaba llorando todo el día así colgada como estaba... ¿Qué más podía hacer?... (silencio)... Allá me pasaban viendo todo el día los médicos, me pasaron para acá y como que me dejaron tirada...cuesta que vengan, es como si dijeran, como ya pasamos el peligro... como si no supieran lo que sentimos acá, ya no somos importantes... La que siempre ha venido a verme

es mi mamá...y me duele que esté pasando por esto, y yo mire...como quedé (mostrando el cuerpo, las áreas quemadas)...mire este brazo, las piernas...mis piernas eran tan lindas, y ahora todas feas llenas de hoyos, parece nada las cuestiones...me da rabia!, mi pelo, lo tenía hermoso mi pelo, y ahora así (agitada).

Me choca verme, me choca todo, aparte ya estoy aburrída de estar acá, me pinchan por todos lados, y los brazos me duelen ya, no me encuentran venas, aparte que son tan brutos algunos para hacerlo...mire, esto me pasó el otro día ( muestra su brazo derecho), vinieron y me apretaron el brazo, ya estaba tomando un color más normal...y ahora (se agita), se puso morado de nuevo...estos no saben, no se dan cuenta lo que hacen...

**E: ¿Y eso se los has dicho? ¿Que tengan cuidado al tomar tu brazo?**

**Y:** Si les he dicho, pero son porfiados...igual ahora ya les dije que me pincharan en otro lado.

**E: ¿Dónde?**

**Y:** En el cuello, lo otro es en las piernas, pero me duele mucho ¿sabe?, las plantas de los pies duelen mucho, no aguanto eso, prefiero el cuello, pero ya los brazos no, están como colador ya...

**E: ... ¿Cómo sientes que estas lesiones afectaran en tu cotidianidad? ¿Las cosas que haces?**

**Y:** Cuando pienso eso, a veces preferiría haberme muerto, y no me hayan salvado...c...dependo de todos ahora, que la crema, que las vendas para que no se me hagan de estas cicatrices que parecen cordones...¿cómo se llaman esas?

**E: Cicatrices hipertrofiadas**

**Y:** esas mismas...y cuando viene la kinesióloga, me hace sufrir harto...sé que es para que me recupere, pero duele...aunque me porto bien, porque me quiero ir luego a mi casa, estoy aburrída de esto, que vengan a cada rato con cosas, pinchazos, remedios, sondas...estoy angustiada ya por tantas veces que me han corrido el alta...y ahora todo porque un cardiólogo de no se

donde no viene a verme de no sé qué hospital, porque sospechan que tengo algo al corazón...¡más encima!...Ni hablar puedo bien, me quiero ir luego(se refiere a la disfonía que le provocó la injuria inhalatoria)...No quiero saber más de hospitales.

**E: Sientes que por lo que te pasó, cambiarán tus relaciones personales? Con familia, o pareja...**

**Y:** ...sí... ha sido todo fuerte, porque con mi mamá no nos llevábamos tan bien, ósea sí, nos juntábamos, pero no era tan cercano, porque mi má nunca ha sido cariñosa, entonces me daba a sentir que yo no le importaba...desde siempre fue así, desde que tengo memoria, nunca me abrazaba, nada---y ahora es la que más me ha apoyado, y me da pena por ella, me vio de la peor forma que estuve...cuando estuve en la Uci me veía en todas esas posiciones que me ponían...Viene todos los días, igual peleamos harto aquí porque me dice cosas que me dan rabia... me dice “mira las personas que están al frente tuyo, están peor que tú, y míralas”...pero yo le digo que esa no soy yo po, osea, está bien, entiendo que quedaron mucho peor que yo...pero a mí me afecta como estoy, como que no me deja sentir pena, me retan si lloro...mi prima también...viene siempre, y ella también me ha sorprendido...

**E: ¿por qué?**

**Y:** porque con ella no hablaba nada, y cuando se enteró, vino para acá...me ayuda con las vendas, me trae cremitas, las aloe vera...siempre me compran de esas porque me ayudan a regenerar...y se juntan con mi mamá y no me dejan llorar porque me da lástima de mí verme así ...y terminamos peleando...pero siempre está, y me apoyó...las dos, de una forma que no imaginaba...

**E: ¿Tu pareja no ha venido?**

**Y:** No, no viene, eso igual me da pena, claro...quién va a querer estar con alguien como yo...yo era linda, y ahora así...siento que ya no les importo a mi familia, ni a mis hijos ni a mi pareja...que se las pueden arreglar sin mi...

**E: ¿A qué te refieres con eso?, ¿no se han comunicado contigo?**

**Y:** Me llaman no más, pasa trabajando ahora, está súper trabajólico, siento que le da como asco venir a verme...estoy pensando terminar la cuestión...lo quiero harto, pero no me siento como para estar con nadie...porque él igual no está conmigo...¿Quién me va a querer dar un beso? Así asquerosa como estoy? (frunce su ceño y se mira con recelo)...

**E: ... ¿Qué sientes que perdiste?**

**Y:** Mi proyecto de vida perdí... todas las cosas que tenía pensada, siento que perdí tiempo de poder hacer tantas cosas...siempre he sido buena para hacer cosas, media hiperquinética, soy súper activa, y estar aquí...así (mueve los hombros señalizando incertidumbre)... (Silencio). Siento que me quitaron tiempo de mi vida, y ahora que no me dan nunca el alta por errores de ellos, que se les pierden exámenes y cuanta cosa...¡Robarme cinco meses de mi vida no lo acepto!...¡no lo acepto!

**E: ¿Qué sentimientos te provoca esto?**

**Y:** Tengo rabia, impotencia... (Caen lágrimas)...si mire... ¿quien me va a querer?...quien va a querer tocarme si estoy así de asquerosa? ¿A quién le van a dar ganas de darme un besito?...estoy frustrá...no me reconozco en mi cuerpo...siento como si mi alma está en otro cuerpo, que esto no es mío...no le digo señorita...lo más peligroso que hay, es la vida...no se sabe cuando, en cualquier momento todo cambia y se va a la punta del cerro...

**E: ¿Qué te pasa cuando te contactas con esta rabia...con esta pena...esta impotencia...?**

**Y:** Me pregunto por qué a mí!...por qué yo? Hay tanta gente y que me haya pasado a mí! ...es horrible...por qué yo?...no entiendo...y me da pena...aquí me dicen que no llore, pero yo lloro no más...

**E: Validas tus ganas de llorar, ¿no las evitas?**

**Y:** No, yo soy llorona...aquí más lo que me retan porque lloro...no entienden... Igual que mi mamá y todos! Estoy toda fea...



**E: A pesar de esto... ¿sientes que puedes seguir viviendo?**

**Y:** Sí...me quiero ir luego, salir a hacer cosas, me siento encerrada aquí como en la cárcel...me quiero recuperar, siento que ya estoy perdiendo tiempo aquí...quiero entrar al gimnasio y hacer todo...lo único es que no podré subir las escaleras de mi casa, vivo en el cuarto piso y no hay escaleras..así que no sé donde me voy, pero me quiero ir luego...quiero ser linda de nuevo...por eso me da tanta rabia cuando vienen los brutos y me toman el brazo como si nada dejándomelo todo morado! (sube su tono de voz, más agresiva), pero me quiero recuperar, ir a mi casa, ver a mis hijos...ver que pasa con el José...aunque ya estoy pensando en quedarme soltera...

**E: ¿soltera?**

**Y:** Para ahorrarme cosas que...por lo menos hasta volver a sentirme yo...no me reconozco así...

**E: ¿Qué necesitas para volver a sentirte tú, volver a sentirte segura?**

**Y:** Recuperándome y no seguir perdiendo tiempo, soy una mina joven y quiero hacer muchas cosas.

**E: ¿Qué imaginas que sucederá ahora?**

**Y:** Empezar otra vez...volver a buscar mis contactos, reanudar el negocio...recuperarme...

**E: ¿Sientes que hay un antes y un después?**

**Y:** Es como empezar de nuevo...nacer...aprender a caminar de nuevo, aprender a hablar porque esta cosa del corazón me hace estar así (agitada)...pero yo soy fuerte...preferí haberme muerto antes de pasar por tanta cosa...a veces todavía lo pienso...pero estoy aquí, por algo será...

**E: ¿Sientes que puedes seguir?**

**Y:** Como te dije delante...lo más peligroso es la vida...pero no creo que pueda pasarme algo más malo...tengo mis brazos y mis piernas...me puedo recuperar...porque yo no quiero quedar como algunas que he visto aquí que parecen monstruitos...porque yo les pregunto si se cuidan y me dicen que no

po, que no se echan cremitas ni nada...yo voy a quedar bien...

- Superficie del cuerpo quemada Sujeto 1. (Figura1)

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA

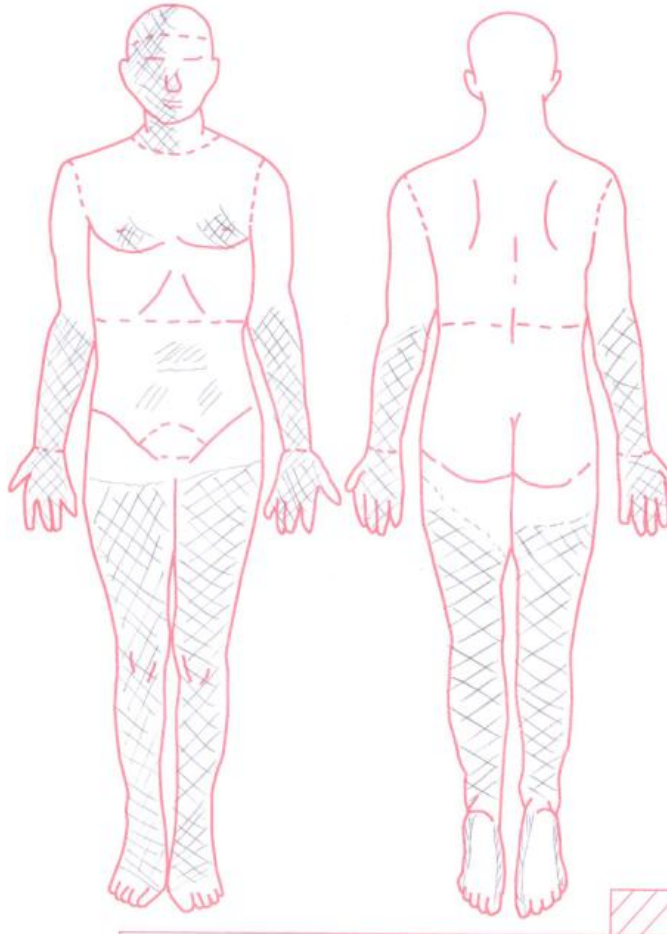
SERVICIO QUEMADOS

ESQUEMA DE SUPERFICIE Y PROFUNDIDAD

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FICHA: \_\_\_\_\_



SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA	INDICE DE GRAVEDAD
EDAD 43	43
% Q A 1	x1 1
% Q AB 47	x2 94
% Q B	x3
% TOTAL 48	IG 138

Q. RESPIRAT. si  no

DR. \_\_\_\_\_



**Sujeto 2:**

- **Sexo: Mujer**
  - **Edad: 41 años**
  - **Diagnóstico de ingreso: Quemaduras A-AB  
6% SCQ**
  - **Hospitalizada desde: 07/12/2010**
- 

**Antecedentes Mórbidos**

- Médicos:

Enfermedades importantes actuales o remotas

Obesidad Mórbida

- Psicológicos:

Consultas previas

Diagnóstico

Tratamiento

**Si / No**

**Depresión**

**Fluoxetina**

[Psicología y Psiquiatría]

**Risperidona**

**Clorpromazina**

Amprazolam

- Antecedentes mórbidos familiares (psiquiátricos / psicológicos)

**No hay.**

**E:** ¿Con quien vives?

**P:** Vivo con mis papás.

**E:** ¿Qué haces?, ¿A qué te dedicas?

**P:** Estudié Programacion en la Universidad Santo Tomás

**E:** Entiendo... ¿te parece si nos adentramos un poco mas en lo que refiere al tema?

**P:** No hay problema...

**E:** ¿Podrías decirme donde estabas al momento del accidente?

**P:** estaba con depresion

**E:** Entiendo... ¿pero donde estabas?, por ejemplo, ¿estabas trabajando?, ¿estabas en la casa?...

**P:** si, estaba en la casa de un amigo...

**E:** ¿Tienes algún antecedente medico importante? ¿Alguna enfermedad?

**P:** mi papa que es diabetico

**E:** ... ¿y tu?

**P:** ¡no! hasta ahora no que yo sepa... nada.

**E:** ¿has ido al psicologo alguna vez antes?

**P:** si, estoy en sicologo y en el psiquiatra

**E:** ¿y que te dijieron que tenias?

**P:** depresion

**E:** y hace cuanto que te estas tratando

**P:** yo... llevo como tres años...

**E:** ¿estas con tratamiento?

**P:** si, me dieron flouoxetina, rispirdona, clorpromazina y amprazolam

**E:** cuatro medicamentos...¿y tienes algun antecedente de que tu

**mama tuviera depresión, tu papa...por ejemplo?**

**P:** no

**E: Avancemos un poco más... ¿como fue el accidente por el que estás aquí?**

**P:** ya haber...habiamos tomado unos tragos...

**E: ¿Qué habias tomado?**

**P:** cerveza...habiamos hecho el asado,despues apagamos el fuego, yo digo apagamos...si, lo apagamos y despues fui a colgar la ropa que moje toda en el baño tratando de hacer pipi... fui a colgar la ropa y ahi me cai... no me dio...osea casi cai con la cara, por suerte no me paso nada.

**E: ¿alcanzaste a hacer como el movimiento de quite?**

**P:** ¡claro!

**E: ¿sentiste que actuaste bien en ese momento?**

**P:** no... Por que que esta mano salio afectada (alude a su mano derecha)

**E: Recuerdo que acabas de decir que la fogata estaba apagada, es decir que ¿te quemaste con lo caliente?**

**P:** ¡Sí! ¡Con las brasas calientes!

**E: ¿No es que hayas caido encima del fuego prendido?**

**P:** no, estaban las brasas

**E: Entiendo...Sientes que podrian afectar en tu quehacer cotidiano, en hacer tus cosas mas adelante, ¿como te imaginas que sera?**

**P:** no...Creo que será normal...

**E: ¿Sientes que la funcionalidad del brazo quedara bien?**

**P:** Si...

**E: ¿sientes que esto te podria afectar en tu desempeño futuro, como ejemplo en lo laboral?**

**P:** no, no creo...

**E:** en los social, con los amigos?

**P:** no tampoco.

**E:** Y durante la hospitalizacion, ¿como sientes que ha sido el trato de la gente que trabaja aquí?

**P:** mas o menos....

**E:** ¿por qué? Qué es lo que has visto, como te has sentido, que cosas son las que te afectan?

**P:** el trato...

**E:** ¿como es el trato?

**P:** es muy variado... se presentan personas mal... que no te hablan nada, son poco concientes yo cacho...(baja su mirada)... por que yo ¡puedo gritar! y espero que me escuchen, me da la voz...pero hay otras personas que no...

**E:** ¿aqui mismo en esta pieza?

**P:** si...(mira a su alrededor)

**E:** ¿y eso te hace daño?

**P:** claro...

**E:** ¿Qué es lo que te produce?

**P:** Mucha impotencia...

**E:** y contigo personalmente...

**P:** son un poco agresivos derrepente...

**E:** y si ponemos en la balanza. gana la buena atencion o la mala atencion?

**P:** igual gana la buena atencion.

**E:** pero sin embargo, por lo que me dices, esto te afecta

**P:** si harto.

**E: ¿Qué sientes respecto a eso?**

**P:** Que como que opaca la buena atención...

**E: ¿sientes eso?**

**P:** ¡si!

**E: Avancemos un poco más...sientes que esto te afectará la relación con tus amigos, tu familia...**

**P:** no por que no puedo bajar la guardia... por que esto fue accidente mio.

**E: ¿a que te refieres con no bajar la guardia?**

**P:** a no verme derrotada frente a mis papas

**E: ¿no verte derrotada?**

**P:** no...

**E: ¿que no te vean como estas hoy?**

**P:** exacto...(baja el tono de voz) Como una tierra en el...no sabría explicarlo

**E: ¿Te refiere a no mostrarles lo que tu estas sintiendo?**

**P:** ¡bueno me desahogo con el sicologo!

(Risas de paciente y entrevistador)

**E: ... ¿Qué recuerdas del accidente? todo los detalles? de todas la cosas que pasaron hasta cuando te trasladaron?**

**P:** si.... ¡todo!

**E: ¿eso te deja mas tranquila?**

**P:** ¡si!

**E: ¿Que pasaría si hubiera un episodio que no recordaras?**

**P:** yo creo que me sentiría mal tratando de saber qué pasó conmigo

**E: ...esta es una pregunta un poco dificil...en el momento que caiste y te diste cuenta de lo que estaba pasando, ¿que sentiste?**

**P:** ¡preocupación! ¡que no me podía parar! por eso quede yo así (mira hacia su cuerpo)....no me importo nada en el momento, y así que me pare como pude.

**E:** ¿piensas que de alguna forma has perdido algo con el accidente?

**P:** sólo la movilidad

**E:** cuando te vienen sentimientos de pena, de rabia, frustración, ¿te das permiso para sentir?

**P:** ¡sí!

**E:** si tiene ganas de llorar, ¿lloras?

**P:** si lloro

**E:** Al contactarse con sentimientos de ansiedad, ganas de irse, ¿que pasa dentro de ti, qué sientes?

**P:** ¡impotencia!... ¡estar aquí!...me da mucha ansiedad!

**E:** ¿Cuándo la sientes, la validas o la evitas?

**P:** cincuenta y cincuenta

**E:** ¿Qué significa eso?

**P:** trato de evitarla y de relajarme...así yo gano!!

**E:** ¿que ganas?

**P:** paciencia

**E:** si te fueras por el otro camino que pasaría?

**P:** pasaría mas angustia...

**E:** En el intertanto, comprendes entonces las cosas que te van pasando, las cosas que vas sintiendo...

**P:** ¡Quiero salir luego!

**E:** Sientes que se puede volver a vivir la vida?

**P:** sí, y con mas amor...



**E: ¿Te has visto las heridas?**

**P:** Sí...en las curaciones y...es fuerte... (silencio)por el dolor... por que no es lo que uno piensa, ¡es mas!, me asusta...

**E: Te asusta cuando vienen a hacerte curaciones, exámenes...**

**P:** sí, todo eso...duele, duele mucho...me pongo nerviosa (su voz comienza a tiritar)

(Silencio)

**E: ¿Sientes que cambió algo en tu vida?**

**P:** (piensa)...tener más cuidado no mas

**E: ¿en que cosas por ejemplo?**

**P:** no tomar tanto, cuidarme...

**E: ¿habías tomado mucho ese dia?**

**P:** si, demasiado.

**E: ¿y eso qué te produce ahora recordando?**

**P:** Rabia! (tono de voz fuerte)m siento que me castiga...

**E: ¿Te produce estar enojada contigo en estos momentos?**

**P:** no...Fue al principio...ahora ya pasó

**E: ¿cómo pudiste pasar eso?**

**P:** (suspira) siendo optimista, para salir luego de esto

**E: tienes proyectos a futuro?**

**P:** si

**E: de que por ejemplo?**

**P:** de hartas cosas

**E: ¿eso te ayuda a poder salir ante y hacer todo lo que dices?**

**P:** si

**E: ¿sientes que hay un antes y un despues del accidente?**

**P:** si...un antes, libertad, despues un ahogo!, yo digo que estoy recien aqui, no se mas adelante... del futuro no me preocupo

**E: pero si sientes que el antes y el despues, es para tener mas cuidado contigo, de cuidarte mas, de protegerte mas**

**P:** si, cuidarme

**E: ¿sientes que puedes seguir?**

**P:** si, quiero seguir...tengo que seguir.

- Superficie del cuerpo quemada Sujeto 2. (Figura 2)

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA

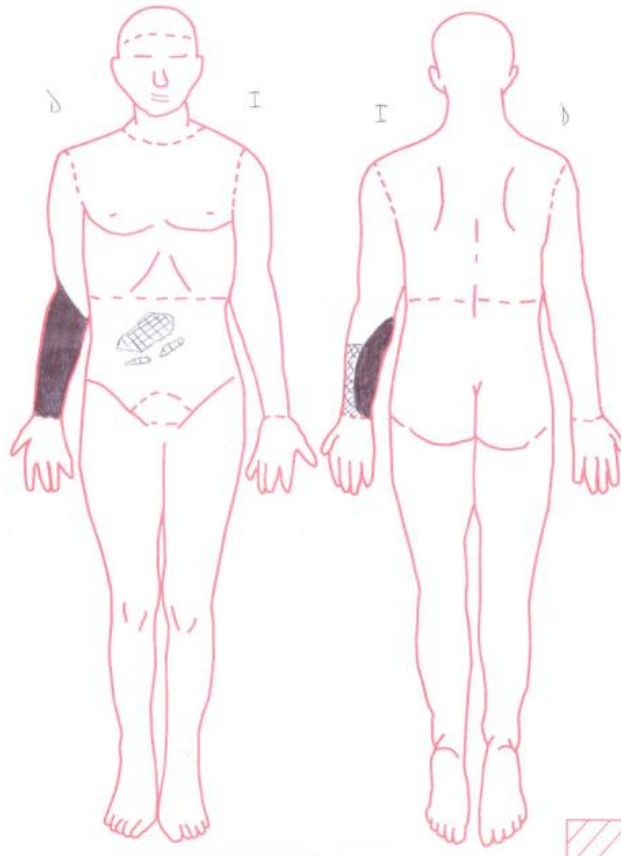
SERVICIO QUEMADOS

ESQUEMA DE SUPERFICIE Y PROFUNDIDAD

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FICHA: \_\_\_\_\_



SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA	INDICE DE GRAVEDAD
EDAD	41
% Q A	x1
% Q AB 2	x2 4
% Q B 4	x3 12
% TOTAL	IG 57

Q. RESPIRAT. si no

DR. \_\_\_\_\_



**Sujeto 3:**

- **Sexo: Hombre**
  - **Edad: 24 años**
  - **Diagnóstico de ingreso: AB-A                      6% SCQ**
  - **Hospitalizado desde:            17/12/2010**
- 

**Antecedentes Mórbidos**

- Médicos:

Enfermedades importantes actuales o remotas

**Artritis reumatoide desde los diez años.**

- Psicológicos:

Consultas previas	Diagnóstico	Tratamiento
Si / No	<b>Depresión</b>	<b>no recuerda</b>

- Antecedentes mórbidos familiares (psiquiátricos / psicológicos)

**Mamá y hermano con depresión diagnosticada luego de la muerte del padre de familia.**

**E: ¿Has ido alguna vez al psicólogo o al siquiatra?**

**J:** Siempre por mi enfermedad y por la vida que he llevado.

**E: ¿Vas al psicólogo?**

**J:** Hace mas 7 años que ya no voy.

**E: ¿Has estado en tratamiento especial pastillas?**

**J:** Pastillas, pero no me las tome, solo por un tiempo.

**E: ¿Alguien de tu familia ha asistido al psicólogo?**

**J:** Si, mi mama y mi hermano menor, es que todo empezó con la muerte de mi padrastro con eso empezó ya todo.

**E: ¿Quiénes conforman tu familia?**

**J:** Mi Mama y somos cinco hijos, cuatro hombres y una mujer

**E: ¿Con cuales vives?**

**J:** Con el menor de todos y con el que viene antes que yo, yo soy el del medio.

**E: Gracias...adentrándonos un poco más... ¿Como fue el accidente?, ¿que sucedió?**

**J:** Llegue al trabajo y bueno me cambie de ropa al uniforme, la ropa que uno tiene que usar en el trabajo, llegue abrimos los container donde guardaban unos fogones, dejamos escapar el olor a gas, por que había una filtración y en la noche se pasaba a gas, nosotros nos dábamos cuenta...pasó el olor y le dije a un maestro que me ayudara a sacar un bandejón donde calientan la comida a baño maría y nos retiramos de los fogones, sacamos un carrito metálico para prender el fuego, prendo y sale el fuego y me envuelven inmediatamente las llamas... y fui yo el que agarro todo el impacto al maestro lo quemó por el rededor pero no fue nada grave gracias a dios... yo salgo caminando y me voy a poner las manos en la cara para apagarme las llamas de la cara y me veo las manos con fuego... aguantando los gritos porque creí que grité pero no grité, me lo dijeron mis compañeros... entonces me lo intento apagar con las mismas manos

**E: ¿Las manos con fuego?**

**J:** Sí...me voy a poner las manos en la cara y cuando me las veo están con llamas, todo porque el gas me pasó por dentro de la ropa, salio por las manos y la cara y ahí prendió.

(Silencio)

Me vi llamas en la cara y me las fui a apagar con las manos, por que el gas lo tenía por dentro de la ropa y salio por mi cara, al querer apagarlo con mis manos prendieron. Salí caminando... no apurado, grité y me di vuelta en el aire, cuando lo logre apagar, me echaron agua, me mojaron mis compañeros, llegaron los jefes y me llevaron al consultorio, ahí me mandaron de urgencia a la mutual, me estuvieron mojando un poco y me dijeron que no era accidente laboral.

**E: ¿Que no era accidente laboral...por que?**

**J:** Por que en ningún contrato de trabajo, sale que hay que tomar desayuno...

**E: Y tú ibas a tomar desayuno...**

**J:** Si, iba a calentar agua en la cocinilla.

**E: ¿Dentro del complejo?**

**J:** Si, y como los container son cuadrados el gas demoras mas en salir, por eso los galones son redondos, no se demoro un segundo en tomar la llama y gracias al casco y los lentes no me queme entero. (Muestra los lentes para la vista que usa) Y lo otro ya...como en la mutual dijeron que no había sido accidente laboral, me mandaron hospitalizado un día y medio al Hospital de Talagante y me mandaron para acá a control y me decidieron dejar acá para limpieza y todo eso pero gracias a Dios no es mucho mas allá de lo uno piensa en el principio, no es grave grave (Marca la voz en la repetición de gravedad), lo único que yo me preocupaba de la cara... (Silencio), no quiero que me queden marcas en la cara...

**E: Y que te han dicho?**

**J:** Me dijeron que lo mío era pura terapia, pero igual me preocupa mucho, por que lo que es quemadura de cara son muy importantes, por que la cara es importante para todo...

**E: ¿Te has visto?**

**J:** Si

**E: ¿Cuándo te viste?**

**J:** El día siguiente al accidente y ayer

**E: ¿Y que te paso cuando te viste?**

**J:** No le había tomado el peso al asunto, igual yo he tirado la talla, riendome un rato igual con los nervios

**E: ¿Como mecanismo de defensa?**

**J:** Si... igual cuando me vi quede sorprendido mas que nada de cómo había quedado y yo después pensando, no me importa como queden las manos, las manos se pueden demorar todo lo que quieran en mejorar, pero la cara... no...

**E: ¿es lo que mas te preocupa en este momento?**

**J:** Si a pesar que uno ocupa siempre las manos....

**E: ¿nivel funcional como están tus manos?**

**J:** Están funcionando bien.

**E: Las lesiones no te afectarían en lo cotidiano cuando te recuperes?**

**J:** No.

**E: ¿Tienes bien la movilidad?**

**J:** Completamente, yo puedo decir que yo llegue bien acá al hospital en relación a mis compañeros de sala por que realmente yo estoy bien, mis compañeros de sala tienen realmente quemaduras

**E: ¿Te ha sorprendido la experiencia de alguno en particular?**

**J:** Completamente no, pero sí... igual no es primera vez que he estado

hospitalizado...he tenido otras experiencias, he tenido encontrones bastantes fuertes aparte por la pega que hago también.

**E: ¿A que te dedicas?**

**J:** Jefe de Guardia de seguridad

**E: ¿Dónde?**

**J:** En la empresa Fregal

**E: ¿Y a que se dedica esa empresa?**

**J:** A poner guardias de seguridad en los lugares que soliciten y tengo una parte a cargo con gente y asumo esa responsabilidad. Y bueno los jefes de la empresa donde yo trabajo directamente me han apoyado hartito que es una parte fundamental, pero cuando salga tengo que ver, por que el seguro tiene que responder por que fue en horario de trabajo...

**E: ¿Harás algún tipo de juicio una demanda?**

**J:** Tengo que hacerlo... (Utiliza voz enérgica)... por que imagínese... yo no hubiese quedado así... Hubiese quedado peor ¿o me hubiese muerto?. ¿El seguro donde corre?

Pero ellos me dicen que no, por que en el contrato no sale nada de tomar desayuno. ¡Y en esa cuestión yo estoy enrabiado!, por que los seguros debieron haber cubierto todo.

**E: ¿Sientes que te pueden afectar en un futuro lo que sucedió?**

**J:** En trabajo, todo. También en la vida cotidiana, la mayoría de la gente discrimina hasta por una mal desfiguración...

**E: ¿Con lo que paso, crees que perderás algo relacionado a tu rol como trabajador, por ejemplo, como jefe?**

**J:** No como trabajador no... Mas que nada en la vida cotidiana...normal. Socialmente...afecta por que uno es empleado y trabaja con todo tipo de personas y cuando es discriminado afecta... Y yo fui muy discriminado cuando chico... entonces duele mucho.



**E: ¿Cuándo niño?**

**J:** Tanto por la enfermedad que tengo, y bulling en el colegio pero antes no tenía ese nombre...era maltrato y había que aguantárselo... (Leve sonrisa bajando la mirada)... A mi me pescaba el curso completo y me pegaba. Entonces yo se lo que es la discriminación y no quiero pasar lo mismo.

**E: ¿Comenzaste a revivir cosas que viviste en el pasado?**

**J:** Tenía esos recuerdos guardados... pero por cosas muy pequeñas comienzan a aparecer los recuerdos, pero yo se que voy a salir a adelante y voy a poder hacer las cosas

**E: Entiendo...Y como te has sentido aquí... con tus compañeros, en el trato del personal ?**

**J:** Aquí?, súper bien nada malo que decir. Me han tratado súper bien y mis compañeros de sala son personajes

**E: Qué sientes al ver a tus compañeros, que están atravesando un proceso parecido al tuyo?**

**J:** Es que pudo haber sido peor

**E: ¿A que te refieres pudo haber sido peor?**

**J:** En que pudo haber sido peor, gracias a Dios no fue así, pero tampoco digo que quede libre y no me pueda pasar algo peor a mi mas adelante, pero escuchando las historias de mis compañeros creo que Dios me salvo, que fue un milagro...(silencio)... Mi compañero de aquí al lado se quemó con electricidad y el estado en que quedó... yo lo creo valiente por como el quedó... yo creo que si quedo en un estado así, no lo soporto preferiría morir o pesco algo y me mato...se lo digo sinceramente. (Refiere al compañero de sala que está a su lado, se quemó con electricidad y sus consecuencias fueron la pérdida completa del brazo izquierdo y parálisis desde la cintura hacia abajo)

**E: ¿Sientes que lo que estas pasando ahora lo puedes soportar?**

**J:** Yo si...esto lo puedo soportar.

**E: Vamos a cambiar un poquito. Tu me contabas que recuerdas todos los detalles de lo que paso. En el momento del suceso, ¿recuerdas que emoción que sentimiento tenias?**

**J:** (silencio)... adrenalina y dolor.

**E: ¿Adrenalina y dolor?**

**J:** Si pero al mismo tiempo yo no la rescate.

**E ¿Como?, a qué te refieres?**

**J:** En el momento no me di cuenta por que con la adrenalina uno grita para descargar el cuerpo y yo no grite... me quedé callado...me aguante el dolor las llamas y comencé a hablar con el personal para decirle lo que tenían que hacer para poder alivianar mas el dolor que tenía.

**E: Fuiste más directivo que las personas que estaban contigo...**

**J:** Los demás quedaron mas en shock que yo.

**E: ¿Mas consternados que tu.?**

**J:** Exactamente

**E: ¿Sientes que esa capacidad de reaccionar no te dejo botar lo que sentías?**

**J:** Es que yo pienso mucho mas allá. Tengo mi mente más amplia en esa parte, porque como yo le digo he visto muchas situaciones...

**E: ¿Por el trabajo que realizas?**

**J:** Sí... incluso yo tuve que separar a un compañero...

**E: ¿De qué?**

**J:** Mmm... tengo un compañero que un delincuente lo abrió... (silencio) le pegaron un tajo con un sable, le abrió el estomago...(hace un movimiento sobre su cuerpo señalando la forma de la herida del compañero)

**E: ¿Le abrieron el estómago?**

- J:** Sí... y yo con rollo de cinta que envuelven las comidas preparadas, lo enrolla para que no se le salieran los intestinos...
- E:** **¿Y te dijeron que había estado bien lo que hiciste?**
- J:** Si, bomberos carabineros, incluso los paramédicos (silencio)
- E:** **Entonces tienes una capacidad de reacción para situaciones difíciles**
- J:** Si, he salvado amigos que trabajan en lo mismo que yo en mi misma empresa de la muerte ante delincuentes... osea me expongo a todo (silencio)... pero es la forma de vida que prepare
- E:** **¿Como si estuvieras viviendo al límite?**
- J:** Aham (silencio)...A mi no me gusta que abusen de los demás o muchas cosas que tengo en mente... no es que me guste ser súper héroe pero no me gustan las injusticias
- E:** **Es una experiencia que te marcó?**
- J:** Aham (silencio)
- E:** **¿Y te inclina la balanza hacia un lado?**
- J:** Que es lo que trato de hacer que no pasen las demás personas lo que pasé yo, menos en estos tiempos que la juventud esta peor dispuestos a matar sin importar las consecuencias y como ellos están dispuestos a matar... yo estoy dispuesto a luchar...a estar ahí y si tengo que arriesgar la vida por alguna persona que conociera...
- J:** No, siento que gané (silencio), siento que gane una experiencia.
- E:** **¿Te permites conectarte con sentimientos como rabia, pena?**
- J:** Con todo eso.
- E:** **¿Por que por ejemplo si yo te pregunto, que te provoca el que te halla pasado el accidente mas allá de racionalizarlo, que sensaciones te provoca?**
- J:** Emmm...(silencio)
- E:** **Rabia, pena, miedo, alegría, tensión, tranquilidad...**
- J:** Es que hay que mirarlo de diferentes puntos de vista... Alegría

(silencio) alegría de estar vivo

**E: ¿Alegría de estar vivo?**

**J:** Si, por que en el momento que me estaba quemando pensaba que si no lo apagaba me moría (silencio)...

**E: ¿Desde el primer momento estás conectado contigo?**

**J:** (silencio) desde el primer momento que me comencé a quemar (silencio) hasta que me apague las llamas...(silencio)...lo que sí...siento Impotencia.

**E: ¿Impotencia?**

**J:** (silencio) por no haber sacado a la persona que estaba conmigo ahí...Mmm... son cosas pude haberlo protegido quizás... pero por algo pasan las cosas...también tengo rabia...el dolor me pone de mal humor...las curaciones han sido dolorosas, me vienen como pinchazos en la mano y me duele...por eso el dolor me pone de mal humor, ¡me dan ganas de irme ya de aquí!... y me da rabia...

**E: Entiendo... ¿Qué te da rabia?**

**J:** ... ¡no poder comer solo!... me da rabia cuando vienen las niñas del almuerzo... las de la comida... pero me trato de calmar porque sé que ella no tiene la culpa tampoco... como que trato de no conectarme con eso porque quiero estar bien...por algo dios quiere que pasen las cosas, a ver si aprendemos de los errores que cometemos...

**E: me dices que te da impotencia no haber ayudado más a la persona que estaba contigo... ¿Sientes que te valoras?**

**J:** siento que no...siento que no me valoro... prefiero que me pase todo a mí antes que a otra persona, a mí ante que los demás... no valorarme como que me hace sentir bien...

**E: ¿a qué te refieres con eso?**

**J:** De que así, no valorarme, me hace sentir bien...Suena raro, pero a mí me hace bien...

**E: ¿Sientes que eres muy agresivo contigo?**

- J:** Siempre... siempre he sido agresivo conmigo, prefiero que todo me pase a mí antes que al resto... aparte soy malo para llorar, con la muerte de mi padre lloré cuatro veces... no me puedo conectar como con eso...
- E:** **Entiendo...Qué sientes que va a pasar desde este momento de tu vida hacia adelante**
- J:** Mmm... (Silencio) no van a ver grandes cambios, lo que si voy a ser mas precavido, mas de lo que he sido
- E:** **¿Sientes que hay y un después de esto?**
- J:** Si, va a ver una pequeña diferencia pero no es tan importante.
- E:** **¿Y cual es esa pequeña diferencia si la puedes detectar ahora?**
- J:** mmm... (Silencio) que seré mas unido a la familia (silencio)... mucho mas unido de lo que era... porque uno es unido pero por las cosas que pasan se unen mas.
- E:** **¿Sientes que puedes seguir entonces?**
- J:** Si, hay que vivir la vida aprendiendo de lo bueno y de lo malo
- E:** **¿Le das algún sentido a lo que paso, algún aprendizaje que te haya dado?**
- J:** mmm...sí, aprendí... ¡a no tomar desayuno en la mañana!  
(Risas)...mmm...como le dije a ser mas precavido y mas atento a todos los que me rodean.

- Superficie del cuerpo quemada Sujeto 3. (Figura3)

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA

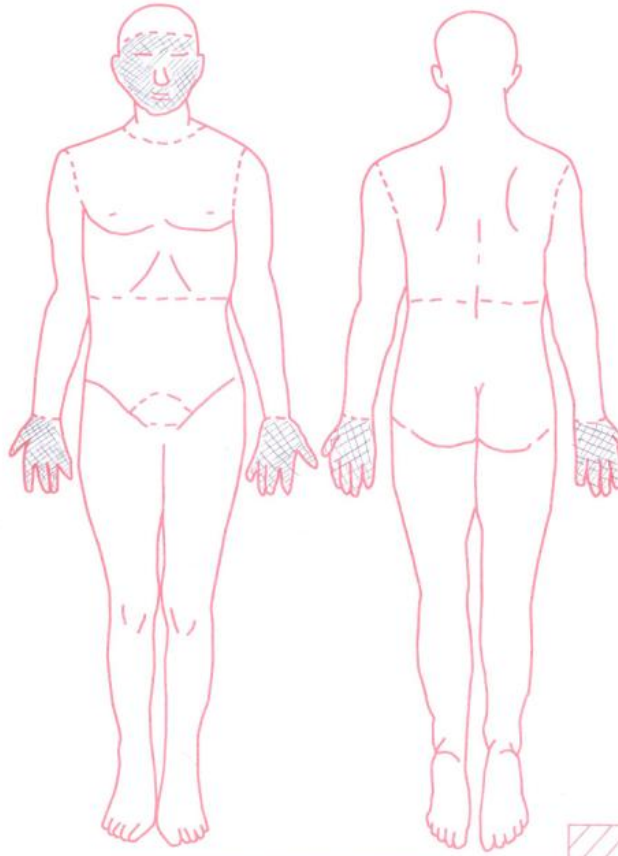
SERVICIO QUEMADOS

ESQUEMA DE SUPERFICIE Y PROFUNDIDAD

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FICHA: \_\_\_\_\_



SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA	INDICE DE GRAVEDAD
EDAD	
% Q A	x1
% Q AB	x2
% Q B	x3
% TOTAL	IG

Q. RESPIRAT.      si      no

DR. \_\_\_\_\_

