



Repercusión psicológica
de las cicatrices en el
paciente quemado

e.Carreras®

REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA DE LAS CICATRICES EN EL PACIENTE QUEMADO

Coordinadores del artículo: JOSEP M. PETIT JORNET, XAVIER TEIXIDÓ VIDAL

Resumen

Las cicatrices producidas por quemadura representan una grave secuela por sí mismas, pero su repercusión va más allá de las complejas molestias y limitaciones físicas, llegando a tener importantes consecuencias psicológicas capaces de limitar las relaciones personales y sociales de sus afectados. A partir de las experiencias expresadas por dos de ellos, y del análisis técnico realizado por profesionales de la Psicología y de la Psiquiatría, expertos en este tipo de afectaciones, obtenemos una visión completa de la situación actual de estos pacientes y proponemos una serie de actuaciones de enfermería destinadas a mejorar la asistencia en el ámbito de los cuidados de la cicatrización.

PSYCHOLOGICAL REPERCUSSION OF THE SCARS IN THE BURNED PATIENT

Summary

The scars produced by burns have serious consequences for the patient. The repercussions go further than the discomfort, pain and physical restrictions, going as far as causing significant psychological consequences which can restrict the personal and social relationships of those affected. From the accounts told by two burn victims, and the technical analysis carried out by psychologists and psychiatrists specialised in this field, we gain a better understanding of the situation of these patients, on the basis of which we propose a series of nursing interventions designed to improve the care given in the area of wound healing.



UNA VEZ EPITELIZADA LA ZONA QUEMADA, CUANTO ANTES SE EMPIECE EL TRATAMIENTO PREVENTIVO, MEJORES RESULTADOS SE OBTENDRÁN.

QUEMADURAS: ANÁLISIS PSICOLÓGICO

Dr. JOSÉ MARÍA ARGÜELLO ALONSO: Psiquiatra.
Sra. SARA GUILA FIDEL KINORI: Psicóloga Clínica.
Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Marta y Jan (véase más adelante), desde su valiosísima experiencia y generosa iniciativa ayudando a otros afectados, nos descubren los sentimientos más íntimos de una persona que debe convivir con sus cicatrices el resto de su vida, y nos muestran sus problemas, necesidades e inquietudes. Pero una perspectiva profesional desde la psicología y la psiquiatría, ofrecerá una visión más objetiva y científica.

Las lesiones por quemaduras y las secuelas estéticas y funcionales suelen tener importantes consecuencias psicológicas para los pacientes. Este aspecto ha permanecido desconocido para la mayoría de los profesionales sanitarios, y sólo en los últimos años comienzan a publicarse artículos sobre la adaptación psicosocial de esta población.

En relación con las repercusiones psicológicas de las quemaduras, y siguiendo una secuencia temporal, podemos considerar dos momentos significativos:

- 1. Fase aguda y de reconstrucción:** incluye las consecuencias de la quemadura como acontecimiento traumático y el estrés físico y psicológico que supone el ingreso en la unidad de quemados.
- 2. Fase de adaptación:** comprende las dificultades de adaptación psicosocial y, especialmente, la adaptación a los cambios en la imagen corporal.



APLICACIÓN DE APOSITO REDUCTOR DE CICATRICES SOBRE UNA QUEMADURA DÉRMICA PROFUNDA EPITELIZADA CON TRATAMIENTO TÓPICO.

Fase aguda y de reconstrucción

Supone un período de intenso sufrimiento para el paciente, que viene determinado por las repercusiones psicológicas del acontecimiento traumático y por el estrés continuado del difícil período de la hospitalización.

En este contexto de estrés traumático continuado, aproximadamente un 60% de los pacientes desarrolla algún tipo de psicopatología. Los trastornos más frecuentes son los «trastornos adaptativos» (con estado de ánimo deprimido, ansiedad y mixtos).

Fase de adaptación

Existe controversia sobre la adaptación psicosocial a largo plazo. Numerosos estudios sugieren que la mayoría de supervivientes de quemaduras tienen una buena adaptación a las secuelas, pero también refieren una disminución de la calidad de vida, en una minoría, en relación con las dificultades de adaptación social-laboral y el cambio en la imagen corporal.

Cambio en la imagen corporal

La presencia de cicatrices visibles, sobre todo cuando existe deformidad facial, dificulta especialmente la adaptación.

Las cicatrices representan un cambio negativo, brusco y permanente en la imagen del cuerpo lo que, como hemos visto, produce importantes alteraciones emocionales. El malestar puede oscilar desde el disgusto, normal, con algún aspecto de la apariencia física, hasta las excesivas preocupaciones dismorfólicas. Muy relacionada con la imagen del cuerpo se encuentra la autoimagen (más global, configurada por la forma en que el paciente se percibe y por cómo las personas reaccionan ante él); la autoimagen está directamente relacionada con la autoestima.

Una baja autoestima correlaciona negativamente con los sentimientos de satisfacción con la vida, dis-

minuye la perseverancia para afrontar los fracasos y dificulta las relaciones interpersonales.

En los pacientes con cicatrices visibles resulta útil identificar las fuentes de autoestima. Las cicatrices visibles se aceptan peor y producen más problemas en los pacientes cuya autoestima está basada principalmente en el atractivo físico o en la aceptación social.

Reacciones de los pacientes y del entorno

Los pacientes quemados presentan frecuentemente conductas de evitación (evitan salir, exponer las zonas afectadas, las relaciones interpersonales o las relaciones sexuales). Estas conductas de retraimiento

social son más frecuentes en las mujeres, y cuando las cicatrices son visibles con severa deformación facial o afectan zonas genitales.

La sociedad actual ha consagrado el culto por la belleza física y se toleran mal las anomalías a este nivel. Los pacientes con cicatrices visibles refieren que cuando están en lugares públicos notan «rechazo social», sobre todo en forma de miradas fijas (la persona ha dejado de ser «anónima»: es difícil evitar la curiosidad de mirar a una persona con cicatrices), preguntas sobre el origen de las cicatrices, comentarios a sus espaldas y distanciamiento en las relaciones interpersonales.

El problema se agrava porque muchas personas con cicatrices visibles se encuentran atrapadas en una espiral negativa: cuando notan rechazo responden evitando las situaciones sociales.

Intervenciones asistenciales

Fase aguda

La intervención asistencial, durante el ingreso en la unidad de quemados, debe tener como finalidad disminuir el estrés situacional y ayudar al paciente a afrontar la situación y/o las reacciones emocionales. El objetivo es minimizar los efectos negativos de estas respuestas sobre la recuperación, realizando este tratamiento equipos interdisciplinarios. En estos equipos es especialmente importante, y así lo reconocen los pacientes, la función de los profesionales de enfermería, ya que están más tiempo en contacto con ellos.

En esta etapa el paciente es consciente, por primera vez, del cambio en su imagen corporal. Debe elaborar la pérdida de la antigua imagen, en una situación de incertidumbre y ansiedad por la posibilidad de pérdidas futuras. Puede presentar distintas reacciones, que acompañan habitualmente las pérdidas significativas: impacto inicial, negación, rabia, culpa, depresión, aceptación, etc.

LOS AFECTADOS NARRAN SU EXPERIENCIA

«Primero ocurre. Luego... duele. Más adelante nos curan, pero no miramos (tampoco nos dejan. Y hacen bien). Mucho tiempo después aquella piel se va recuperando: es roja, brillante, con protuberancias..., pero duele menos. Al final nos duele el alma porque hemos perdido algo de los que fuimos o, cuando menos, un tiempo precioso. La piel empieza a ser suave. Hay cicatrices aquí y allá pero lentamente las vamos haciendo nuestras. Algunas son imborrables, porque se quedan en la memoria, en el disco duro. Las visibles son distintas: evolucionan, cambian, luego podemos controlarlas y hasta olvidarlas porque son distintas o ya no están.

¿Qué le va ocurriendo con el paso del tiempo desde que, aparentemente, sana o cierra la herida?

Una vez curada, pica. Pica tanto que nos rascamos pero, como es frágil, puede quebrarse. Cuesta mucho aprender a controlar la mano pero se supera

cuando alguien sugiere un baño de crema, un masaje o un tejido de algodón que, con el tiempo, se convierte en necesidad y luego en rutina.

Otras veces, la sequedad, la retracción o un ligero roce la hace sangrar profusamente. Como en un gran quemado ocurre con frecuencia, fomentar el autocuidado es muy importante en estas condiciones. Enseñar a curar, a observar la evolución de las lesiones, a interesar al afectado en las mismas, contribuye a que las haga suyas más deprisa; a que las incorpore a su nueva imagen y le den menos miedo. Ser autónomos en el cuidado porque nos han enseñado a hacerlo, nos dará mayor seguridad.

En general, las cicatrices y las discromías, producen verdadero pavor. Por esa razón consideramos que el contacto con otras personas que hayan sufrido experiencias similares, si así lo desea el enfermo, previa sugerencia y siempre después de la fase aguda, es de enorme importancia durante el proceso de curación. Porque ver en el otro los tra-

zos de lo que nos ocurre a nosotros mismos, tranquiliza y hace que nos sintamos menos solos y excepcionales. Paralelamente, permite visualizar la evolución futura de la lesión desdramatizando el momento presente.

El acto siguiente será conseguir que los familiares y los amigos entiendan de la misma forma esos cambios y los acepten.

Recompuesto el aspecto externo del enfermo y aceptado con resignación—que no superado— el cambio físico experimentado, ¿con qué va a encontrarse al salir del hospital, más allá de la familia y los amigos?

Lo primero que llama la atención a los otros es la marca, el estigma. Una vez identificado aquello que nos hace distintos a la mayoría y atractivos a la mirada del otro, la pregunta en el rostro del que mira es ¿qué ocurrió?

Sufrimos con las miradas por primera vez cuando nos mostramos en público. La reacción más común, al principio, es la reclusión. Con el tiempo se articulan respuestas que oscilan desde la indi-

Respecto de la información sobre posibles secuelas, debe hacerse durante el ingreso hospitalario, de forma progresiva y siguiendo el ritmo marcado por él: responder cuando pregunte o informar cuando exprese temor o desesperanza. Así, por ejemplo, si no dispone de espejos, deben proporcionársele si los solicita.

Ante las secuelas se debe crear una «atmósfera de desafío», es decir, se trata de una situación difícil, pero superable con esfuerzo, lo que comporta:

- Aceptación gradual de la situación real y
- Favorecer la percepción de evolución positiva: destacar los aspectos que mejoran y las posibilidades de éxito futuro.

Los últimos días del ingreso el paciente es más consciente de que:

- La cicatrización no es sinónimo de recuperación completa y
- Percibe más intensamente el déficit funcional y estético. Como consecuencia aumenta la ansiedad ante la incertidumbre que supone la confrontación con las dificultades de adaptación al modo de vida previo al ingreso.

Fase de adaptación

Es importante, en esta etapa, animar a los pacientes a realizar exposición gradual frente a las situaciones

evitadas/temidas. Partridge, que había resultado gravemente quemado en un accidente de coche, escribió en su libro *Changing Faces*: «hay un punto en el que mis cicatrices se volvieron menos repelentes y más atractivas» y lo atribuía a las habilidades de afrontamiento que iba desarrollando, especialmente la confianza en sí mismo, y decía: «no es la cicatriz la que es atractiva sino la persona que brilla detrás de las cicatrices».

Por eso, a este nivel, además de las terapias psicológicas que ayudan a la elaboración de las pérdidas y la aceptación del cambio, es muy importante el apoyo social. Por «apoyo social» se entiende el que ofrecen la familia, los amigos, compañeros, etc. También son importantes los grupos de autoayuda, donde los pacientes pueden compartir experiencias, en sus diferentes momentos de integración con personas con situaciones similares a la suya.

Un rol fundamental corresponde a las asociaciones de afectados, que no sólo pueden dar apoyo y conseguir recursos, sino facilitar medios para una óptima visibilidad social de las personas afectadas.

Finalmente, y a modo de síntesis, es importante crear un clima social favorable y empático con las personas quemadas. En la creación de esta opinión social favorable podemos influir todos y, especialmente, los sanitarios.

ferencia hasta interpelar al mirón. Porque algunas de esas miradas interrogan, sancionan y culpan. Otras son solidarias y cálidas.

En la calle nos vamos haciendo expertos en el arte del camuflaje y maquillamos o cubrimos lo que a otros llama la atención. Pero el tiempo se alía con nosotros y nuestra piel metaboliza a alta velocidad mutando su aspecto día a día, con una ventaja (esto es un secreto): no envejece, sólo cambia, si se cuida, claro».

Marta Allué Martínez

Autora del libro «Perder la piel».

Quemaduras de tercer grado, del 80% de SCTA (superficie corporal total) hace 15 años.

Vicepresidenta de CREAMICS.

(Asociación de pacientes afectados por quemaduras).

«En esta sociedad se valora mucho el aspecto físico de las personas. La imagen y la estética propia pueden llegar a incomodar al individuo de tal manera, que le haga sentirse a disgusto consigo mismo.

Hace 8 años que sufrí, a causa de un accidente, quemaduras de tercer grado, afectándome el 90% de la superficie corporal.

Una de mis vocaciones es intentar ayudar a personas que han padecido algún tipo de quemadura u otras alteraciones de la piel. Mi aportación consiste en informar y animar a superar todos los obstáculos que van a encontrarse las personas que deban pasar por este difícil proceso de readaptación; facilitar un punto de encuentro donde explicar la forma de solucionar nuestros problemas, donde los nuevos pacientes puedan exponer todos sus interrogantes; y encontrar un abanico de posibles soluciones en base al conjunto de nuestras experiencias personales.

Desde mi experiencia, principalmente como afectado y a partir de la relación que he mantenido con muchas

personas que han vivido situaciones similares, puedo afirmar que una cicatriz antiestética es capaz de provocar un serio problema para el que la sufre. A menudo, obstaculiza las relaciones personales, familiares, sociales y reduce la propia autoestima.

Para algunos es muy difícil superar estos problemas. Unos intentan esconder su cicatriz a toda costa (no sólo las grandes cicatrices, sino incluso algunas poco aparentes. Esto simplemente depende de la personalidad de cada uno) pero, en cambio, otros no son capaces de superar este handicap y sencillamente no salen de sus casas.

Teniendo en cuenta esta realidad, cualquier medida que ayude a reducir las persistentes molestias causadas por las cicatrices, protegerlas del sol, mejorar su aspecto, y cubrirlas o disimularlas de forma cómoda, supondría una gran ayuda para nosotros, especialmente en la fase inicial de este proceso de adaptación.

Jan Millastre Sijà

Presidente de CREAMICS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JOSEP M. PETIT JORNET, XAVIER TEIXIDÓ VIDAL:
DUE. Unidad de grandes quemados. Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Barcelona. Socios de la SEEQP (Sociedad Española de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica). Comité consultivo del GNEAUPP
Fundadores de BINOM-I. Formación para enfermería.

Finalmente vamos a exponer una visión desde el rol enfermero en todo este proceso.

La persona que sufre una quemadura grave se encuentra, desde el primer momento, con una secuencia de experiencias nuevas, dolorosas, desconocidas e inimaginables para él hasta este momento.

En esta primera fase los pacientes quemados suelen verse inmersos en un círculo vicioso en el que el dolor y el miedo a lo desconocido aumenta su ansiedad y ésta, a su vez, el dolor.

Posteriormente, experimentarán un proceso de adaptación a su ingreso hospitalario. Cada persona asimilará y vivirá de forma diferente la distinta información que le irá llegando, relativa a su evolución: necesidad de intervenciones quirúrgicas, variación en las expectativas de tiempo ingresado (aparición de infecciones u otras complicaciones, etc.). Durante esta fase, y en función de la afectación corporal de sus lesiones y de su personalidad, van a experimentar diferentes emociones y estados de ánimo: estrés, temor, miedo, angustia, depresión..., pero que vivi-

rán en un entorno hospitalario donde su aspecto físico es familiar a todo el personal asistencial, de tal manera que se encuentran en un clima de sobreprotección.

Al final de este periodo, más o menos largo, cuando se planifica el alta hospitalaria, el paciente empieza a ser consciente y a preocuparse por la nueva situación que deberá afrontar: la reincorporación a la vida familiar y social cotidiana.

Aunque durante el periodo de hospitalización es frecuente que pregunten acerca de las secuelas que les pueden quedar, no existe una toma de conciencia del verdadero cambio de imagen que van a tener que asumir, ni de las dificultades de afrontar su nueva vida familiar y social.

Desde esta perspectiva enfermera, queremos destacar la importancia de evitar o minimizar, en lo posible, toda secuela estética inherente al proceso de cicatrización.

Como enfermeros, podemos y debemos intervenir en diferentes fases y desde perspectivas distintas. Un aspecto a recordar es la importancia de un buen manejo de las heridas a la hora de realizar las curas: no sólo supondrá menos dolor para el paciente (aspecto nada desdeñable, por cierto) sino que acortará el tiempo de cierre de la herida y mejorará el resultado estético. Sabemos que coexisten diferentes



SOBRE UNA QUEMADURA INJERTADA PUEDE APARECER UNA CICATRIZACIÓN HIPERTRÓFICA, QUELOIDES E INCLUSO CICATRICES RETRACTILES QUE DIFICULTAN LA MOVILIDAD DE LAS ARTICULACIONES, CAUSANDO DIVERSAS MOLESTIAS Y DEFECTOS ESTÉTICOS.



RESULTADO ESTÉTICO DE UNA QUEMADURA PROFUNDA SITUADA EN EL BRAZO DE UNA CHICA DE 15 AÑOS, TRAS SER INJERTADA.

critérios a la hora de manejar una herida (forma más o menos energética de realizar la limpieza, aplicación de diversos productos, etc.). Actualmente está comprobado que una técnica de cura inadecuada repercute sobre el tiempo de cierre de la herida y, por consiguiente, en una mayor formación de colágeno neoformado que será, en gran medida, el responsable de una mayor incidencia de cicatrices patológicas.

Una vez la herida por quemadura haya epitelizado, aún quedará un largo proceso evolutivo hasta llegar al aspecto definitivo de la cicatriz resultante. Durante esta fase, sin restar importancia a la función del médico ni a la labor del fisioterapeuta, también compete a enfermería el cuidado de estas cicatrices, especialmente en lo concerniente a informar al paciente (educación sanitaria), y en la aplicación directa de cuidados cuando proceda.

Al margen de los diversos estudios y publicaciones sobre este tema, nuestra mayor y más fiable fuente de información ha sido la gran cantidad de pacientes con los que hemos tenido relación a lo largo de nuestra experiencia profesional. Nuestra conclusión al respecto puede resumirse en los siguientes puntos:

- Todos los pacientes que sufren quemaduras profundas deberán convivir con sus secuelas a lo largo de toda su vida.

- La falta de información respecto a la evolución y cuidados necesarios de las cicatrices representa un verdadero problema (evitable) para los pacientes que son dados de alta hospitalaria.

- La prevención de la cicatriz antiestética y/o patológica empieza desde el primer momento con el cuidado de la herida, antes de que cierre, contrariamente a lo que muchos profesionales creen.

- Los cuidados y tratamientos dirigidos a prevenir las cicatrices patológicas son más efectivos si se aplican de forma precoz. Algunos cuidados deberán proseguir durante un largo período de tiempo y otros deberán aplicarse de por vida.

- Las repercusiones psicológicas no siempre concuerdan con el tamaño y aspecto de la cicatriz. Algunos pacientes se sienten verdaderamente afectados y limitados en sus relaciones sociales por cicatrices muy poco evidentes.

- Los diversos tratamientos existentes sólo consiguen disminuir sus molestias o limitaciones de movilidad, pero no eliminan por completo todos los problemas estéticos ni otras molestias.

- No existe tratamiento preventivo ni curativo de las cicatrices que sea 100% eficaz. Sin embargo, la aplicación precoz de productos tales como apósitos de poliuretano, consigue reducir y prevenir la aparición de cicatrices hipertroóficas y queloides, mejorando notablemente su aspecto. Debe elegirse el más adecuado en cada caso y puede ser necesaria la combinación de más de uno, de forma simultánea.

- Existe una cobertura institucional para los tratamientos de las secuelas severas, como limitación de movilidad, deformaciones o modificaciones estéticas graves; pero no están contemplados otros aspectos considerados menores, como discromías, cicatrices hipertroóficas no invasivas, o molestias derivadas de los cambios en la fisiología cutánea: sequedad cutánea, prurito, lesiones por rascado, labilidad y falta de protección solar.

- Falta información a los pacientes respecto a estos aspectos, que debería mejorarse.

Como propuesta de prevención y cuidados de las cicatrices de heridas por quemadura y de su repercusión, recomendamos los siguientes puntos:

- Dar una información mesurada y de forma progresiva a los pacientes, en función de su situación y de sus demandas, durante el periodo de hospitalización. En este sentido, deberemos actuar coordinadamente con el psicólogo del equipo asistencial. Es preciso interpretar correctamente sus mensajes y no adelantarnos en darle información cuando no esté preparado todavía. Tampoco hay que ocultar o minimizar el verdadero riesgo de secuelas, ni crear falsas expectativas sobre su resultado final, ni sobre tratamientos estéticos milagrosos.

- Poner en su conocimiento (y en el de sus familiares)

los distintos recursos de ayuda: grupos de apoyo, asociaciones de afectados, psicólogos, fisioterapeutas, ortopedias especializadas, etc.

- Dar información y enseñarles a manejar los distintos productos y materiales existentes en el mercado que puedan minimizar sus molestias y evitar, en lo posible, las secuelas estéticas.

- Enseñarles los cuidados que deberán procurarse ellos mismos, y advertirles de los riesgos de descuidarse:

- La protección solar, evitando las horas de máxima insolación y utilizando productos que les protejan de forma segura y completa (índice de protección ultra «recomendado 80» y no sólo frente al eritema sino también frente a la inmunosupresión).

- La aplicación de cremas y lociones refrescantes e hidratantes, de forma regular y continuada.

- La aplicación de productos con capacidad de prevenir y/o reducir las cicatrices. Existen diversos productos que, en mayor o menor medida, cumplen dichos objetivos. Apósitos y geles de silicona o apósitos de poliuretano que, además, son de protección solar.

Éstos son algunos de los cuidados básicos que todo paciente debería conocer y saber aplicar adecuadamente antes del alta hospitalaria.

- También deberemos enseñarles a reconocer los signos de alarma (aumento de la sequedad y/o prurito, aparición de grietas o pequeñas vesículas, endurecimiento y aumento del grosor de la cicatriz, pérdida de elasticidad con dificultad para movilizar alguna articulación) y recomendarles que acudan a nuestra consulta o a la de un médico especialista (dermatólogo o cirujano plástico), si aparece alguno de estos signos.

Toda esta información debería estar recogida en una guía de información para ser entregada al alta del paciente.

Actualmente el cuidado de las cicatrices es un aspecto que, en general, necesita mejorar. El análisis de diversas unidades de quemados de nuestro entorno muestra algunas deficiencias al respecto. Por otro lado, las conversaciones mantenidas con un número significativo de pacientes así lo corroboran:

- Existe una fragmentación en los equipos asistenciales que no favorece el seguimiento de todo el circuito: unidades de quemados, consultas externas, atención primaria..., asistidas por equipos de profesionales distintos y no coordinados.

- Desconocimiento del proceso de cicatrización por parte del personal asistencial, especialmente en los cuidados necesarios durante la fase de consolidación de la cicatriz.

- Falta de implicación en los cuidados y prevención post-alta hospitalaria, de los profesionales de las unidades de quemados.

- Déficit de cobertura por parte de las instituciones. El paciente quemado pasa por etapas de mucho mayor riesgo vital, lo cual probablemente influya en infravalorar las «pequeñas molestias» de las cicatrices no invalidantes físicamente. No ocurre igual con las cicatrices retráctiles (ectropión, microstomía, sinequias, etc.), queloides, u alopecias, para las cuales sí se contempla la cirugía u otros tratamientos médicos y/u ortopédicos.

En conjunto, esta realidad supone que el paciente y su familia deba afrontar en solitario la difícil situación que le espera una vez obtenida el alta hospitalaria.

Entendemos que ello requiere un mayor compromiso de todos los profesionales implicados, mediante una actitud de asunción de responsabilidades y esfuerzo formativo hacia este campo. Si, además, las instituciones responsables pudieran mejorar la cobertura de algunas necesidades actualmente no contempladas, supondría un gran avance en la calidad de vida de estos entrañables pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Andreasen NJC, Norris A. Long-term adjustment and adaptation mechanisms in severely burned adults. *J of Nervous and Mental Disease* 1972; 154 (5):352-362.
- Austin E. Marks of Mystery-psychological reaction to scars. *Psychological today*; July 1999.
- Blakeney P, Herndon D, Desai M, Beard S, Wales-Sears P. Long-term psychological adjustment following burn injury. *J of Burn Care and Rehabilitation* 1988; 9(6):661-665.
- Blakeney P, Meyer W, Moore P, Murphy L, Broemeling L, Robson M, Herndon D. Psychosocial sequelae of pediatric burns involving 80% or greater total body surface area. *J of Burn Care and Rehabilitation* 1993; 14:684-689.
- Blakeney P, Meyer W. Psychological aspects of burn care. *Trauma Quarterly* 1994; 11(2):166-179.
- Blakeney P, Portman S, Rutan R. Familial values as factors influencing long-term psychosocial adjustment of children after severe burn injury. *J of Burn Care and Rehabilitation* 1990; 11:472-475.
- Brewer CJ. The cosmetic outcome of burn scar resurfacing: a comparative study of patient and health professional perception. *The University of Birmingham, Research Elective*; 2002-03.
- Burnside Iain. Psychological aspects of burn injuries. En: *Principles and Practice of Burns Management*. Settle, JA. Editor. Churchill Livingstone ediciones; 2000.
- Faber A, Klasen H, Sauer E, Vuister F. Psychological and social problems in burn patients after discharge: A follow-up study. *Scandinavian J of Plastic and Reconstructive Surgery* 1987; 21(3):307-309.
- Gilboa D, Friedman M, Tsur H. The burn as a continuous traumatic stress: implications for emotional treatment during hospitalization. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 1994; (15)-1:86-94.
- Gilboa D. Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns* 2001;27:335-341.
- Malt U. Long-term psychosocial follow-up studies of burned adults: Review of the literature. *Burns* 1980; 6:190-197.
- Meyer W, Blakeney P, Moore P, Murphy L, Robson M, Herndon D. Parental well-being and behavioral adjustment of pediatric burn survivors. *J of Burn Care and Rehabilitation* 1994; 15: 62-68.
- Patterson C, Everett J, Bombardier C, Questad K, Lee V, Marvin J. Psychological effects of severe burn injuries. *Psychological Bulletin* 1993; 113(2): 362-378.
- Petit Jorner JM, Teixidó Vidal X, Magrans Abril A, Cuixart Llopis S. Prevención y tratamiento de la cicatriz patológica. *Rev ROL Enf* 2004; 27(1):7-12.
- Stoddard F, Norman D, Murphy M, Beardslee W. Psychiatric outcome of burned children and adolescents. *J of the Am Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 28:589-595.
- Stoddard F, Norman D, Murphy M. A diagnosis outcome study of children and adolescents with severe burns. *J of Trauma* 1989; 29: 471-477.
- WillebrandM, Andersson G, Ekselius. Prediction of psychological health after an accidental burn. *Journal of Trauma* 2004; 57(2)367-74.

Webs

<http://spin.com.mx/~inaq/>

José Luis Germán. Psicólogo. Jefe Área de Psicología. «Las reacciones emocionales del paciente quemado». Instituto Nacional del Quemado A.C. Mexico, D.F. Mexico. Publicación por intermex®1997. www.burnsupportdatabase.com

Anuncio Trofolastin