

## Factores biopsicosociales que interfieren en la rehabilitación de víctimas de quemaduras: revisión integradora de la literatura

Natália Gonçalves<sup>1</sup>

Maria Elena Echevarría-Guanilo<sup>2</sup>

Fernanda de Loureiro de Carvalho<sup>3</sup>

Adriana Inocenti Miasso<sup>4</sup>

Lidia Aparecida Rossi<sup>5</sup>

Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores biopsicosociales que influyen en la rehabilitación de víctimas de quemaduras, por medio de una revisión integradora de la literatura, en el período de enero de 1.987 a enero de 2.007. A partir de la búsqueda de los artículos en las bases de datos Scielo, Pubmed y Lilacs, se obtuvieron 982 artículos, de los cuales 45 fueron seleccionados. La mayor parte de los estudios era del tipo descriptivo y cualitativo. Los factores más frecuentemente asociados al proceso de rehabilitación fueron: estado de salud mental previo al accidente, estrategias de enfrentamiento y apoyo de la familia, además de la gravedad de la quemadura y de la superficie corporal quemada. La calidad de los estudios, en la mayoría clasificados con nivel de evidencia VI, llaman la atención para la escasa producción de evidencias fuertes en esta área del conocimiento, que necesita mayores inversiones, considerando las importantes implicaciones de las secuelas de la quemadura en la reintegración social de esas personas.

Descriptores: Rehabilitación; Quemaduras; Apoyo Social.

<sup>1</sup> Alumna del curso de graduación en enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: nataliasjbv@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail: bbpino@hotmail.com.

<sup>3</sup> Psicóloga, Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: fer.lc@bol.com.br.

<sup>4</sup> Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: amiasso@eerp.usp.br.

<sup>5</sup> Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: rizzardo@eerp.usp.br.

---

Correspondencia:

Lidia Aparecida Rossi

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Av. dos Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: rizzardo@eerp.usp.br

## **Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura**

Este estudo teve como objetivo identificar os fatores biopsicossociais que influenciam a reabilitação de vítimas de queimadura, por meio de revisão integrativa de literatura, no período de janeiro de 1987 a janeiro de 2007. A partir da busca dos artigos nas bases de dados SciELO, PubMed e LILACS, obtiveram-se 982 artigos, dos quais 45 foram selecionados. A maior parte dos estudos era do tipo descritivo e qualitativo. Os fatores mais frequentemente associados ao processo de reabilitação foram: estado de saúde mental prévio ao acidente, estratégias de enfrentamento e apoio da família, além da gravidade da queimadura e da superfície corporal queimada. A qualidade dos estudos, na maioria classificados com nível de evidência VI, chama a atenção para a escassa produção de evidências fortes nessa área do conhecimento, necessitando maiores investimentos, considerando-se as importantes implicações das sequelas da queimadura na reintegração social dessas pessoas.

Descritores: Reabilitação; Queimaduras; Apoio Social.

### **Biopsychosocial Factors that Interfere in the Rehabilitation of Burn Victims: Integrative Literature Review**

This study aimed to identify the biopsychosocial factors that influence the rehabilitation of burn victims, through an integrative literature review, from January 1987 to January 2007. Articles were searched in databases Scielo, Pubmed and Lilacs, resulting in 982 articles, of which 45 were selected, after the analysis and categorization processes. Most studies were descriptive and qualitative. The most frequently associated factors to the rehabilitation process were: mental health state before the accident, coping strategies and family support, besides the severity of the burn and the total body surface area burned. The quality of the selected studies, most classified as evidence level VI, shows the scarce production of strong evidences in this knowledge area, which needs more investment, considering the important implications of the sequelae of burns in the social reintegration of these people.

Descriptors: Rehabilitation; Burns; Social Support.

## **Introducción**

Miles de personas sufren con las secuelas físicas, psicológicas y con las consecuencias sociales causadas por la quemadura que pueden permanecer por largo tiempo o ser definitivas<sup>(1)</sup>.

Los factores biológicos afectados por la quemadura precisan ser tratados y administrados de manera que la víctima de quemadura pueda adaptarse después del alta hospitalaria. Entretanto, no se debe olvidar que vivimos en un ambiente dinámico, sociable, donde influenciamos y somos influenciados por el comportamiento de otras personas.

La rehabilitación, definida como un proceso destinado a capacitar a la persona a mantener o alcanzar niveles satisfactorios de salud intelectual, sensorial, física,

psicológica y social, debe ofrecer herramientas para que ella pueda estar apta nuevamente a tener independencia y retomar su papel en la sociedad<sup>(2)</sup>. El profesional de la salud tiene papel fundamental para auxiliar en la adaptación de la víctima de quemaduras<sup>(2)</sup>, considerando lo que ella presenta de mejor como capacidad existente y no enfocando apenas la incapacidad. El equipo interdisciplinar debe trabajar con los principios de la filosofía de la rehabilitación que son la independencia, la integración, el sentido de justicia, igualdad y equidad, y la inclusión de las personas<sup>(2)</sup>.

La literatura muestra que el área total de superficie corporal quemada (SCQ), edad, sexo, etnia, profundidad de la quemadura, local de la lesión y dolor pueden

predisponer a una mala rehabilitación física, social y psicológica y al empeoramiento del estado general de salud<sup>(3-6)</sup>. La quemadura, principalmente, en partes del cuerpo que quedan expuestas, provoca disminución de la autoestima y un torbellino de emociones. La persona que sufre quemaduras se siente expuesta tanto por la lesión de la piel, que la expone a patógenos, deformaciones, pérdida de líquidos y riesgo de muerte, como por el sentimiento de impotencia y culpa por el accidente<sup>(7-8)</sup>. Han sido descritos como sentimientos asociados al trauma por la quemadura: angustia, estrés, miedo, y ansiedad, los que pueden dificultar el enfrentamiento de la situación, o sea, la rehabilitación<sup>(9-12)</sup>.

El sobreviviente de una quemadura grave, después del alta hospitalaria, pasa a experimentar una condición crónica, que requiere cuidados continuos principalmente con la piel. Así, el presente estudio tuvo como objetivo identificar, por medio de una revisión integradora de literatura, los factores biopsicosociales que interfieren en la rehabilitación de las personas que sufrieron quemaduras.

## Referencial teórico metodológico

La revisión integradora de la literatura es un método importante para la práctica basada en evidencia, ya que permite analizar varios estudios con diferentes metodologías (cuantitativa y cualitativa) en un mismo trabajo, así como, unir trabajos experimentales y teóricos, construyendo una concepción nueva sobre determinado tópico. Es muy usada por los profesionales de enfermería, una vez que está ampliamente relacionada con la práctica basada en evidencias y, principalmente, con el perfeccionamiento del cuidado al paciente<sup>(13)</sup>. Las evidencias pueden ser clasificadas jerárquicamente dependiendo del abordaje metodológico empleado en los estudios<sup>(14)</sup>. En el presente estudio, fue utilizada la siguiente clasificación de nivel de evidencia: I - evidencias provenientes de revisión sistemática o metanálisis de todos los ensayos clínicos aleatorios controlados o oriundos de directrices clínicas basadas en revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorios controlados; II- evidencias derivadas de por lo menos un ensayo clínico aleatorio controlado bien delineado; III- evidencias obtenidas de ensayos clínicos bien delineados sin ser aleatorios; IV - evidencias provenientes de estudios de cohorte y de caso control bien delineados; V - evidencias originadas de revisión sistemática de estudios descriptivos y cualitativos; VI - evidencias derivadas de un único estudio descriptivo o cualitativo; VII - evidencias provenientes de la opinión de autoridades y/o informe de comités de especialistas<sup>(15)</sup>.

Para el desarrollo de la presente revisión integradora,

fueron recorridas las siguientes etapas: 1. establecimiento de la pregunta orientadora; 2. selección de los artículos y criterios de inclusión; 3. extracción de los artículos incluidos en la Revisión Integradora; 4. evaluación de los estudios incluidos en la Revisión Integradora; 5. interpretaciones de los Resultados y; 6. presentación de la Revisión Integradora<sup>(13)</sup>.

Con el objetivo de responder a la pregunta orientadora: ¿Cuáles son los factores biopsicosociales que interfieren en el proceso de rehabilitación de las personas que sufrieron quemaduras?, se realizó una búsqueda en el período de octubre de 2.007 a enero de 2.008, en las bases de datos Pubmed, LILACS y Scielo. Se definieron como descriptores controlados: *rehabilitation, burns, culture and social support*, y como descriptores no controlados: psicológico, rehabilitación biopsicosocial y social. Los límites considerados en las búsquedas fueron: humanos, adultos y el período de publicación de 1.987 a 2.007. Se adoptaron, también, como criterios de inclusión: estudios completos relacionados a temas de rehabilitación en los ámbitos biológico, psicológico y sociocultural, y artículos en los idiomas: inglés, portugués y castellano.

En la base de datos PubMed, fueron localizados 905 artículos y seleccionados 79. Para la base de datos Scielo los descriptores fueron definidos como "palabras clave" y "resumen" y fueron encontrados 54 artículos y seleccionados 10. En la base de datos LILACS, se localizaron 23 artículos, de los cuales cuatro fueron incluidos. Después del análisis de los textos completos, del total de artículos analizados, considerando los criterios de inclusión y las repeticiones, fueron excluidos 48. En la muestra final, fueron obtenidos 45 artículos. La selección de los artículos fue realizada por una de las investigadoras y confirmada por otras dos.

Para categorizar y facilitar el análisis de los artículos fue adaptado un instrumento de la literatura<sup>(16-17)</sup>, que fue evaluado en relación a la adecuación del contenido por dos investigadores con experiencia en este tipo de revisión y en el área temática en cuestión.

El análisis de los delineamientos de los estudios incluidos en esta revisión integradora fue basado en conceptos presentados en la literatura<sup>(18-19)</sup> que los clasifica como estudios con abordaje cuantitativo (delineamiento experimental, casi experimental y no experimental), cualitativo (etnográfica, fenomenología, teoría fundamentada, estudio de caso, biografía, análisis narrativo, historia, metasíntesis) y revisiones (integradora, sistemática y de literatura)<sup>(18-19)</sup>.

El proceso de análisis fue realizado buscando identificar los factores biopsicosociales asociados al proceso de rehabilitación, lo que resultó en la identificación de tres

categorías que fueron: 1-Factores relacionados al apoyo social y emocional, 2-Factores psicológicos y 3-Factores asociados al trauma y a la gravedad de la quemadura.

**Resultados**

La muestra final constó de 45 artículos (cuatro encontrados en la base de datos Lilacs, tres en la base Scielo y 39 en la Pubmed). Cuarenta y un artículos fueron clasificados como nivel de evidencia VI (estudios no experimentales y cualitativos); tres clasificados como nivel VII (opinión de

especialista); y un nivel V (revisión sistemática). Los artículos incluidos en la presente revisión fueron referenciados con los números: 3 y 4; 6 a 12 y 20 a 55.

A seguir son presentadas las tres categorías identificadas:

**Factores relacionados al apoyo social y emocional**

Los factores asociados a este grupo fueron encontrados en 20 artículos, siendo que 18 fueron clasificados como nivel de evidencia VI.

Nivel de Evidencia	Factores relacionados al apoyo social y emocional
E-VI	Apoyo del equipo <sup>(12,20-21)</sup> , familia <sup>(7,12,20,22-24)</sup> , amigos <sup>(7,20,22)</sup> , relaciones significativas <sup>(9,24-27)</sup> ; religión <sup>(23)</sup> ; espiritualidad <sup>(7,20,28)</sup> , psicológico <sup>(29-30)</sup> ; comunidad <sup>(26,31-33)</sup> ; económico <sup>(27,34)</sup>
E-VII	familia <sup>(35-36)</sup> ; amigos <sup>(35)</sup>

Figura 1 - Distribución de los artículos según el nivel de evidencia y los factores relacionados al apoyo social y emocional

Según dos estudios encontrados (delineamiento correlacional, nivel de evidencia VI) el apoyo emocional está asociado a la mejor rehabilitación y calidad de vida<sup>(37-38)</sup>, pero al mismo tiempo, un estudio menciona que vivir sólo estaría relacionado a una mejor integración con actividades domésticas y sociales, una vez que el individuo realizaría sus actividades de forma independiente<sup>(39)</sup>.

**Factores psicológicos**

Estos factores fueron encontrados en 22 artículos y fueron organizados en tres subcategorías: factores

relacionados al estado de salud mental y características individuales previas al accidente; relacionados a la experiencia del tratamiento y factores relacionados a los mecanismos adaptativos después del trauma. Los factores relacionados al estado de salud mental y características individuales previas al accidente incluyen aspectos referentes a las experiencias negativas previas al accidente, abuso de drogas, síndromes cerebrales orgánicos, desarrollo psicológico, estrategias de enfrentamiento y autoestima (Figura 2).

Nivel de Evidencia	Relacionados al estado de salud mental y características individuales previas al accidente
E-V	Estado de salud mental previo al accidente <sup>(40)</sup> ; estrategias de enfrentamiento <sup>(40)</sup>
E-VI	Estado de salud mental previo al accidente <sup>(24-25,27,34,37,41-42)</sup> ; experiencias negativas previas <sup>(31,43)</sup> ; abuso de drogas <sup>(25-26)</sup> ; síndromes cerebrales orgánicos previos <sup>(25)</sup> ; desarrollo psicológico <sup>(25,30)</sup> ; estrategias de enfrentamiento <sup>(7,9,12,25,28,30-31,44)</sup> ; autoestima <sup>(8,32)</sup>
E-VII	Estado de salud mental previo al accidente <sup>(45)</sup> ; síndromes cerebrales orgánicos previos <sup>(45)</sup> ; estrategias de enfrentamiento <sup>(36)</sup> ; autoestima <sup>(35)</sup>

Figura 2 - Distribución de los artículos según el nivel de evidencia y los factores relacionados al estado de salud mental y características individuales previas al accidente

Los resultados de algunos estudios descriptivos correlacionales muestran una asociación estadísticamente significativa entre peor estado de salud mental previo al accidente y adaptación psicosocial perjudicada en la fase de rehabilitación<sup>(24,37,41)</sup>. Los factores relacionados a la

experiencia del tratamiento que incluyen los procedimientos dolorosos experimentados durante la internación, el compromiso en el autocuidado y las expectativas irreales en la fase de rehabilitación se presentan en la Figura 3 y fueron citados por cuatro estudios.

Nivel de Evidencia	Relacionados a la experiencia del tratamiento
E- VI	significados atribuidos a la experiencia de los procedimientos durante la internación <sup>(9,29)</sup> ; incentivo del autocuidado <sup>(31)</sup>
E- VII	expectativas irreales durante la rehabilitación <sup>(45)</sup>

Figura 3 - Distribución de los artículos según el nivel de evidencia y los factores relacionados a la experiencia del tratamiento

En la Figura 4 son presentados los factores relacionados a los mecanismos adaptativos después del trauma que incluyen estrés postraumático, angustia, vulnerabilidad psicológica y sentimientos de amenaza, ansiedad,

insatisfacción con la imagen corporal y depresión. Esos factores fueron apuntados como asociados al proceso de rehabilitación por 14 estudios.

Nivel de Evidencia	Relacionados a los mecanismos adaptativos postrauma
E-V	depresión <sup>(40)</sup>
E-VI	estrés pos traumático <sup>(6,10,46)</sup> ; angustia <sup>(30,33,47)</sup> ; vulnerabilidad psicológica y sentimientos de amenaza <sup>(30)</sup> ; ansiedad <sup>(12,31)</sup> ; insatisfacción con la imagen corporal <sup>(48-49)</sup> ; depresión <sup>(25,34)</sup>
E-VII	estrés pos traumático <sup>(45)</sup>

Figura 4 - Distribución de los artículos según el nivel de evidencia y los factores relacionados a mecanismos adaptativos postrauma

### Factores asociados al trauma y a la gravedad de la quemadura:

la gravedad de la quemadura, fueron encontrados 31 artículos, presentados en la Figura 5.

En relación a los factores asociados al trauma y a

Nivel de Evidencia	Relacionados al trauma y a la gravedad de la quemadura
E-V	localización de la quemadura <sup>(40)</sup>
E-VI	superficie corporal quemada <sup>(3-4,6,30,34,38,42,48,50-53)</sup> ; quemaduras en las manos <sup>(27,34,38)</sup> , en los pies <sup>(27)</sup> , en el rostro <sup>(27,34,48)</sup> ; localización de la quemadura <sup>(6,42)</sup> ; gravedad de la quemadura <sup>(3-4,6,11,20,22,24,42)</sup> ; cicatrices <sup>(39)</sup> ; desfiguramiento facial <sup>(46)</sup> ; amputación de miembros <sup>(11,46)</sup> ; tiempo después de la lesión <sup>(30,54)</sup> ; intolerancia al frío <sup>(55)</sup> , al calor <sup>(49,55)</sup> ; luz solar <sup>(12,55)</sup> ; prurito <sup>(55)</sup> ; entorpecimiento <sup>(55)</sup> , desfiguramiento <sup>(21,55)</sup> , problemas para dormir <sup>(55)</sup> , dependencia de cuidado <sup>(55)</sup> ; dolor <sup>(24,27-28,33)</sup> ; debilidad <sup>(12,39)</sup> , número de quemaduras en diferentes partes del cuerpo <sup>(6)</sup> , disminución de la movilidad física <sup>(34,39,55)</sup> , necesidad de trasplante <sup>(38)</sup> y tipo de quemadura <sup>(30)</sup>
E-VII	quemaduras en las manos <sup>(35)</sup> ; cicatrices <sup>(36)</sup> ; dolor <sup>(45)</sup>

Figura 5 - Distribución de los artículos según el nivel de evidencia y los factores asociados al trauma y a la gravedad de la quemadura

En relación a los factores asociados al trauma y a la gravedad de la quemadura, la mayor SCQ fue asociada a la peor adaptación después del alta hospitalaria por varios estudios<sup>(3-4,6)</sup>.

### Discusión

Se sabe que el proceso de rehabilitación de pacientes quemados es complejo, necesita de un equipo multidisciplinar, con enfoque en el cuidado holístico y debe tener como objetivo promover la adaptación, incluyendo las recuperaciones física, psicológica y social. Para esto, es necesario el conocimiento de los diversos factores (internos y externos) que pueden influenciar la rehabilitación de este individuo. La SCQ fue apuntada como un indicativo de peor ajuste y calidad de vida en algunos estudios descriptivos de esta revisión (nivel VI)<sup>(50-53)</sup>, ya que cuanto mayor la SCQ, mayores serán las dificultades con actividades de la casa, del cuidar del cuerpo, de la movilidad, en la integración social y, principalmente, del retorno al trabajo. La gravedad de la quemadura también fue apuntada como un dificultador de la rehabilitación y recuperación de las funciones, una vez que puede llevar a contracciones, entorpecimientos y pruritos en la piel<sup>(27,40,42)</sup>.

En esta revisión, además de la gravedad de la quemadura y de la SCQ, fueron identificados como factores frecuentemente asociados al proceso de rehabilitación: estado de salud mental previo al accidente (morbididades psiquiátricas anteriores, trastornos de humor, dependencia

química), estrategias de enfrentamiento ineficaces y apoyo de la familia (falta de apoyo de familiares o amigos). Cabe destacar que la mayor extensión de SCQ está asociada al mayor tiempo de hospitalización y mayor visibilidad de las lesiones. Una revisión publicada recientemente, a pesar de que con criterios de inclusión distintos, encontró resultado semejante<sup>(56)</sup>.

Uno de los factores que dificultan el proceso de rehabilitación está relacionado a la capacidad de enfrentamiento del estrés del paciente y a las estrategias utilizadas por él, que pueden estar relacionadas a varios otros trastornos de orden emocional, psicológica o psiquiátrica (baja autoestima, depresión, trazos de ansiedad, trastorno de personalidad, entre otros). Como encontrado en estudio reciente<sup>(57)</sup>, no incluido en la presente revisión, el estado de salud mental antes de la quemadura puede interferir en el proceso de rehabilitación, una vez que, puede llevar a un peor ajuste psicosocial y también influenciar la mejoría de las funciones físicas. Esa investigación que incluyó 64 pacientes quemados constató que 24 presentaron depresión y estrés después del trauma, durante 12 meses de seguimiento y, de esos, 20 presentaban historia psiquiátrica anterior. Se verificó, también, que la mayor parte de los individuos presentó depresión grave antes de la lesión y apenas dos participantes no tuvieron cualquier episodio de desorden psiquiátrico anterior<sup>(57)</sup>. En el presente estudio, los trabajos mostraron que la depresión estuvo más presente en los pacientes después de la quemadura y que la mayor SCQ

y la visibilidad de la quemadura en las manos y rostro pueden aumentar la chance de desarrollo de depresión, además de estar relacionada a la limitación de actividades sociales y ocupacionales<sup>(34)</sup>. En la literatura, otro estudio llama la atención para el hecho de que mismo aquellos pacientes que no poseían diagnósticos psiquiátricos previos se presentaban más vulnerables en relación al estado de salud mental antes de la quemadura que la población en general, lo que puede ser un factor que contribuyó para el accidente<sup>(58)</sup>.

Como identificado en los resultados, las experiencias negativas previas y la personalidad del individuo son factores que predisponen para el estado emocional en el largo plazo. La identificación previa de estos problemas retarda posibles complicaciones durante la etapa de internación y rehabilitación, además de auxiliar la planificación del cuidado<sup>(41,53)</sup>. La personalidad también puede influenciar el apareamiento del estrés postraumático y está relacionada al enfrentamiento individual<sup>(5)</sup>. Puede retardar el retorno al trabajo<sup>(39)</sup> y, este retorno, dificultado o ausente, puede llevar a casos de estrés postraumático<sup>(6)</sup>. El estrés postraumático puede ser definido como un trastorno de ansiedad, caracterizado por la ocurrencia de un evento traumático que la persona experimentó o presencié, manifestando intensos sentimientos de miedo, impotencia u horror<sup>(59)</sup>. La quemadura es un evento traumatizante, ya que como ya fue relatado, expone el individuo tanto a patógenos, por la pérdida de la integridad de la piel, como a percepciones, sentimientos y reacciones psicológicas en relación al hecho de estar quemado, las cuales no siempre, las víctimas, están preparadas para enfrentar. El apareamiento de estrés postraumático en el individuo que sufrió quemadura se presenta como la principal patología psiquiátrica. Los profesionales de la salud deben estar atentos para la identificación de sus señales y síntomas, siendo necesario que sean competentes, sensibles y especializados para lidiar con esa situación.

Además de afectar la vida de la víctima, la quemadura afecta a toda la familia que también deberá recibir atención y ser incluida en la planificación del cuidado para un mejor retorno a las actividades de todos los miembros y obtención de mejores resultados, principalmente, en cuanto a la calidad de vida. El apoyo social de familiares, amigos y personas significativas fue otro factor importante encontrado en esta revisión. En un estudio realizado con familiares de personas que sufrieron quemaduras, se observó que ellos tratan de ayudar al individuo que sufrió quemaduras, por medio de estímulos y apoyo como escuchar, calmar y conversar para que la persona no se sienta inferior; también ofreciendo demostraciones de

sentimientos de amor y felicidad<sup>(7)</sup>. La familia también asume responsabilidades con los sujetos que están saludables y presta cuidados a aquel que está con problemas de salud hasta su completa recuperación. La enfermedad y sus consecuencias son vividas en conjunto por los miembros, generando condiciones de fragilidad y vulnerabilidad, tanto por la enfermedad en sí, como por las condiciones financieras provenientes de ella<sup>(60)</sup>. Las fuentes de apoyo se mantienen por la relación interpersonal, por la cultura o creencia, siendo importante para el paciente, familiares y equipo una relación significativa<sup>(25)</sup> y el establecimiento de vínculo fuerte para la restauración del equilibrio de la dinámica familiar<sup>(26)</sup>.

Otra fuente importante de apoyo apuntada en los estudios revisados son los amigos, la comunidad y los profesionales de la salud. La red social, amigos, personas de la comunidad y, hasta mismo los profesionales de la salud son considerados por los familiares como siendo de gran importancia para el paciente en condición crónica, siendo las principales contribuciones de esta fuente de apoyo la proximidad, prestación de cuidado y auxilio financiero<sup>(60)</sup>.

Así, es importante resaltar que el equipo, a pesar de ser identificado por un número menor de estudios incluidos en la presente revisión, fue también apuntada como fuente de apoyo social y emocional por algunos estudios clasificados con evidencia nivel VI <sup>(23,29-30)</sup> y también considerada como un importante punto de apoyo tanto en la realización de los cuidados físicos como en la creación de un local emocionalmente seguro en las instituciones<sup>(21)</sup>. Las características de este equipo apuntadas en los estudios fueron: que ella sea multifactorial y trabaje de manera interdisciplinaria<sup>(35)</sup>; que identifique la historia anterior de interacción con personas significativas y los aspectos individuales del paciente, ayudando en la rehabilitación<sup>(9)</sup>, que realice cuidados con cariño y atención, favorezca el apoyo psicológico y que tenga más sensibilidad para identificar las reales necesidades de los pacientes<sup>(29)</sup>. También relacionado al equipo y sus actividades, se identificó, en este estudio, como factor determinante para la rehabilitación la promoción de la analgesia adecuada<sup>(5,27-29)</sup>.

El dolor provocado por la quemadura fue apuntado en esta revisión como un factor que dificulta la rehabilitación en cuatro estudios clasificados con nivel de evidencia VI, siendo tres descriptivos correlacionales<sup>(24,27,33)</sup>, uno cualitativo<sup>(28)</sup> y un estudio nivel VII (opinión de especialista)<sup>(45)</sup>. Desencadenada tanto por la destrucción celular del local, como por la reacción inflamatoria la cual estimula todavía más las terminaciones nerviosas, el dolor en el paciente quemado frecuentemente está asociado a la ansiedad y a la realización de procedimientos

dolorosos. A pesar de que en las quemaduras de tercer grado hay pérdida de las terminaciones nerviosas y, con eso, ausencia de dolor, hay siempre regiones adjuntas donde la quemadura puede ser de segundo grado<sup>(61)</sup> y, por lo tanto, la manipulación de esas áreas debe ser también cuidadosa para causar el menor dolor posible. El dolor puede ser subestimada por los profesionales de salud, principalmente en lo que se refiere a los niños, ya que todavía no hay consenso ni métodos efectivos de evaluación del dolor<sup>(61)</sup>. El tratamiento del dolor debe llevar en consideración la individualidad del paciente.

Siendo así, es importante que los profesionales de la salud realicen programas de rehabilitación con enfoque en la individualidad de la víctima de quemaduras, considerando tanto la recuperación física como la completa rehabilitación psicosocial.

## Conclusiones

Los estudios analizados en esta revisión se caracterizan en su gran mayoría como estudios descriptivos y, a pesar de que presentan limitaciones, muestran que los principales factores que influyen negativamente en el proceso de rehabilitación son el estado comprometido de salud mental previa al accidente (morbididades psiquiátricas anteriores, trastornos de humor, dependencia química), las estrategias de enfrentamiento ineficaces y el apoyo de la familia (falta de apoyo de familiares o amigos), y la gravedad de la quemadura (extremos de edad, SCQ y quemaduras de espesura total). Pacientes que presentan problemas relacionados a uno o más de esos factores deberían tener acompañamiento apropiado. El conocimiento sobre esos factores puede subsidiar la planificación de intervenciones que faciliten el proceso de rehabilitación y también otros estudios que prueben intervenciones o modelos de atención en la fase de rehabilitación.

La calidad de los estudios encontrados llama la atención para la escasa producción de evidencias fuertes en esta área del conocimiento, que necesita de mayores investigaciones, considerando que la quemadura afecta principalmente a personas del sexo masculino en edad productiva y sus secuelas tiene implicaciones importantes en el retorno al trabajo y en la reintegración social de esas personas.

Se recomienda la realización de estudios experimentales en el área de rehabilitación psicosocial con el objetivo de probar intervenciones en estudios multicéntricos para permitir la ampliación del tamaño de la muestra y producir evidencias científicas confiables para la mejoría de la calidad de la asistencia a las víctimas de quemadura.

## Referencias

1. World Health Organization (WHO). A WHO Plan for Burn Prevention and Care. [acceso em: 12 setembro 2008]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299_eng.pdf).
2. Riggat TF, Maki DR. Handbook of Rehabilitation Counseling. New York: Spring Publishing; 2004. 377 p.
3. Tanttula K, Vuola J, Asko-Seljavaara S. Return to employment after burn. Burns. 1997;23(4):341-4.
4. Kimmo T, Jyrki V, Sirpa AS. Health status after recovery from burn injury. Burns. 1998;24(4):293-8.
5. Yu BH, Dimsdale JE. Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. J Burn Care Rehabil. 1999; 20(5):426-33.
6. Dyster-Aas J, Kildal M, Willebrand M. Return to work and health-related quality of life after burn injury. J Rehabil Med. 2007 January;39(1):49-55. doi: 10.2340/16501977-0005.
7. Rossi LA. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(4):336-45.
8. Silva MF, Silva MJP. A auto-estima de pacientes ambulatoriais com queimaduras. Rev Baiana Enferm. 2002;17(3):75-84.
9. Scherer ZAP, Luis MAV. Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura. Acta Paul Enferm. 1998;11(2):64-72.
10. Fauerbach JA, Lawrence JW, Munster AM, Palombo DA, Richter D. Prolonged adjustment difficulties among those with acute post-trauma distress following burn injury. J Behav Med. 1999;22(4):359-78.
11. Patterson DR, Ptacek JT, Cromes F, Fauerbach JA, Engrav L. The 2000 Clinical Research Award. Describing and predicting distress and satisfaction with life for burn survivors. J Burn Care Rehabil. 2000;21(6):490-8.
12. Carlucci VD, Rossi LA, Ficher AM, Ferreira E, de Carvalho EC. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):21-8.
13. Whittemore R, Knalf K. The integrative review: updated methodology. JAN. 2005;52(5):546-53.
14. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):43-50.
15. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2005. 608 p.
16. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; 2005. 130 p.

17. Pompeo DA. Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; 2007.
18. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. 597 p.
19. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 5º ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 487 p.
20. Blalock SJ, Bunker BJ, Moore JD, Foreman N, Walsh JF. The impact of burn injury: a preliminary investigation. *J Burn Care Rehabil.* 1992;13(4):487-92.
21. Acton AR, Mounsey E, Gilyard C. The Burn Survivor Perspective. *J Burn Care Res.* 2007;28(4):615-20. doi: 10.1097/BCR.0b013E318093E4DB
22. Saffle JR, Tuohig GM, Sullivan JJ, Shelby J, Morris SE, Mone M. Return to work as a measure of outcome in adults hospitalized for acute burn treatment. *J Burn Care Rehabil.* 1996;17(4):353-61.
23. Williams NR, Davey M, Klock-Powell K. Rising from the ashes: stories of recovery, adaptation and resiliency in burn survivors. *Soc Work Health Care.* 2003;36(4):53-77.
24. Moi AL, Wentzel-Larsen T, Salemark L, Wahl AK, Hanestad BR. Impaired generic health status but perception of good quality of life in survivors of burn injury. *J Trauma.* 2006 October;61(4):961-8. doi: 10.1097/01.ta.0000195988.57939.9a.
25. Bernstein NR, O'Connell K, Chedekel D. Patterns of burn adjustment. *J Burn Care Rehabil.* 1992;13(1):4-12.
26. Goyatá SLT, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(1):102-9.
27. Moi AL, Wentzel-Larsen T, Salemark L, Hanestad BR. Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury. *Burns.* 2007;33(1):37-45.
28. Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2000;8(3):18-26.
29. Costa ECFB, Rossi LA. As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. *Rev Esc Enferm USP.* 2003;37(3):72-81.
30. Noble J, Gomez M, Fish JS. Quality of life and return to work following electrical burns. *Burns.* 2006;32(2):159-64. doi:10.1016/j.burns.2005.08.022
31. Butterworth B. Promoting self-care for burn patients. *Can Nurse.* 1991;87(9):27-30.
32. Whitehead TL. Sexual health promotion of the patient with burns. *J Burn Care Rehabil.* 1993;14(2):221-6.
33. Cromes GF, Holavanahalli R, Kowalske K, Helm P. Predictors of quality of life as measured by the Burn Specific Health Scale in persons with major burn injury. *J Burn Care Rehabil.* 2002;23(3):229-34.
34. Pallua N, Kunsebeck HW, Noah EM. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. *Burns.* 2003;29(2):143-52. doi: 10.1016/S0305-4179(02)00238-3
35. Salisbury R. Burn rehabilitation: our unanswered challenge. The 1992 presidential address to the American Burn Association. *J Burn Care Rehabil.* 1992;13(5):495-505.
36. Königová R. Factors influencing survival and quality of life in burns. *Acta Chir Plast.* 1996;38(4):116-8.
37. Tucker P. Psychosocial problems among adult burn victims. *Burns Incl Therm Inj.* 1987;13(1):7-14.
38. Anzarut A, Chen M, Shankowsky H, Tredget EE. Quality-of-life and outcome predictors following massive burn injury. *Plast Reconstr Surg.* 2005 September; 116(3):791-7. doi: 10.1097/01prs.00001176257.22583.4b
39. Esselman PC, Ptacek JT, Kowalske K, Cromes GF, deLateur BJ, Engrav LH. Community integration after burn injuries. *J Burn Care Rehabil.* 2001;22(3):221-7.
40. Thombs BD, Bresnick MG, Magyar-Russell G. Depression in survivors of burn injury: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(6):494-502. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2006.08.010
41. Questad KA, Patterson DR, Boltwood MD, Heimbach DM, Dutcher KA, de Lateur BJ, et al. Relating mental health and physical function at discharge to rehabilitation status at three months post-burn. *J Burn Care Rehabil.* 1988;9(1):87-9.
42. Bowden ML, Thomson PD, Prasad JK. Factors influencing return to employment after a burn injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1989;70(10):772-4.
43. Cobb N, Maxwell G, Silverstein P. The relationship of patient stress to burn injury. *J Burn Care Rehabil.* 1991;12(4):334-8.
44. Peota C. Survivor support. *Minn Med.* 2004;87(3):30-1.
45. Blumenfield M, Shoeps M. Reintegrating the healed burned adult into society: psychological problems and solutions. *Clin Plas Surg.* 1992;19(3):599-605.
46. Fukunishi I, Sasaki K, Chishima Y, Anze M, Saijo M. Emotional disturbances in trauma patients during the rehabilitation phase: studies of posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996;18(2):121-7.
47. Blalock SJ, Bunker BJ, DeVellis RF. Psychological

