

Gallach-Solano, E.; Pérez del Caz, M.D.; Vivó-Benlloch, C.
Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables
asociadas
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 41, núm. 4, octubre-diciembre, 2015, pp. 427-
436
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365543613004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas

Psychological profile in severe burned patient:
prevalence of psychopathologic and related variables



Gallach Solano, E.

Gallach-Solano, E.*, Pérez del Caz, M.D.**, Vivó-Benlloch, C.***

Resumen

La Unidad de Grandes Quemados del Hospital La Fe de Valencia (España) atiende al año aproximadamente 1.600 urgencias por quemaduras. El paciente gran quemado constituye un gran reto para los profesionales sanitarios por las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje: atención médica para su supervivencia, atención psicológica por el importante riesgo de sufrir alteraciones, asistencia rehabilitadora y fisioterapéutica destinada a su activación funcional y atención social.

Realizamos un estudio observacional caso-control transversal de carácter descriptivo, con pacientes hospitalizados en nuestra Unidad de Grandes Quemados con trastornos mentales previos. El objetivo general fue determinar y describir las características sociodemográficas, tipología del trauma sufrido, características y topografía de las quemaduras y la comorbilidad con trastornos mentales previos del paciente gran quemado.

El 19,8% de estos pacientes presentó trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, tóxicos y alcohol, de la personalidad y alteraciones cognitivas previos a la lesión. Los que menor prevalencia parecen tener son los del espectro psicótico y los trastornos asociados al consumo de alcohol y tóxicos. No aparecieron diferencias significativas entre ninguna de las variables socio-demográficas y clínicas, salvo sexo, edad y grupo de convivencia.

Los resultados de nuestro estudio reflejan que en este tipo de pacientes podrían estar directamente implicados diferentes trastornos psiquiátricos. Es importante considerar que la propia quemadura también puede generar trastornos psicológicos. Por ello las intervenciones psicológicas precoces y la determinación en este tipo de pacientes son imprescindibles elementos que permitan conseguir un buen ajuste adaptativo.

Palabras clave Gran quemado, Trastorno mental, Perfil psicosocial, Prevalencia enfermedad mental, Ansiedad, Depresión, Estrés posttraumático

Nivel de evidencia científica 3b

Abstract

Burns Unit of Hospital La Fe in Valencia (Spain), annually serves about 1.600 emergency burns. Patient in severe burn is a big challenge for health professionals because of the biopsychosocial approach required: health care for their survival, psychological care and risk of major alterations, physiotherapy and rehabilitative assistance to its functional activation and even social attention, because of the limitations that occur in these patients.

We conducted a case-control observational transversal descriptive research, in severe burn hospitalized patients with prior mental disorders. The overall objective was to identify and describe the sociodemographic characteristics, type of trauma experienced, features and topography of the burn and comorbidity with mental disorders in severe burn patients.

We found that 19.8 % of the patients had related severe mental disorders as anxious spectrum, psychotic spectrum, mood and toxic alcohol personality and cognitive changes prior to the injury. Those who appear to have lower prevalence are of the psychotic spectrum disorders associated with alcohol and toxic. No significant differences appeared between any of the sociodemographic and clinical variables, except for age, sex and living group.

The results show that different psychiatric disorders may be directly involved in these patients. It is important to consider that the burn itself can also cause psychological disorders. Therefore, early psychological interventions to get a good adaptive adjustment are required.

Key words Burns, Mental disorders, Psychological profile, Mental illness prevalence, Anxiety, Depression, Post-traumatic stress.

Level of evidence 3b

* Psicólogo Clínico, Facultativo Adjunto, Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica.
** Cirujano Plástico, Jefe de Sección de la Unidad de Grandes Quemados. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.
*** Jefe de Sección, Servicio de Aestesiología y Reanimación. Unidad de Quemados Críticos.

Introducción

Según establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008 (1), las quemaduras ocupan el quinto lugar como causa de mortalidad a nivel mundial y se estima que cada año ingresan en las Unidades de Grandes Quemados hasta 1.000 pacientes. En España más de 120.000 personas sufren quemaduras, de las cuales, aproximadamente un 5% precisan hospitalización (2). De todo esto se deduce que el paciente gran quemado constituye un gran reto para los profesionales sanitarios por las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje: atención médica para su supervivencia, atención psicológica por el importante riesgo de sufrir alteraciones, asistencia rehabilitadora y fisioterapéutica destinada a su activación funcional, e inclusiva atención social a causa de las limitaciones que las quemaduras producen en estos pacientes.

Por otro lado, también los datos observados en las salas de quemados avalan la hipótesis de que los pacientes con trastornos psiquiátricos presentan un mayor riesgo de quemarse (3,4). También se ha determinado que los pacientes quemados con antecedentes de enfermedades mentales previas tienen estancias hospitalarias más prolongadas y tardan más en curar que los controles sin

antecedentes. En estos estudios se concluye que los factores psicosociales y los antecedentes psiquiátricos tienen un impacto significativo negativo en la recuperación.

Según criterios oficiales (4), se estima la prevalencia de presentar una enfermedad mental a lo largo de la vida en un 19%, frente a un 8,48% de prevalencia-año. Hansen (5) en 1999 asoció ansiedad y depresión al propio proceso de hospitalización, oscilando las cifras españolas en torno al 12 -14% (2).

Por todo lo anterior, la comorbilidad gran quemado/enfermedad mental parece constituir una intensa asociación, tal y como previamente se había supuesto, aunque entre la población general, no hospitalizada y hospitalizada, han constatado igualmente niveles de prevalencia elevados.

Wisley (3) propuso un modelo explicativo que describe los parámetros asociados a la vulnerabilidad y riesgo de los pacientes con trastornos mentales graves para sufrir accidentes traumáticos, especialmente quemaduras, y que tratamos de resumir a continuación (Fig. 1).

Las personas con enfermedades mentales graves pueden presentar sintomatología asociada que las convierte en vulnerables a los accidentes, como: alta latencia de respuesta, baja tolerancia al estrés, pobreza en las estra-

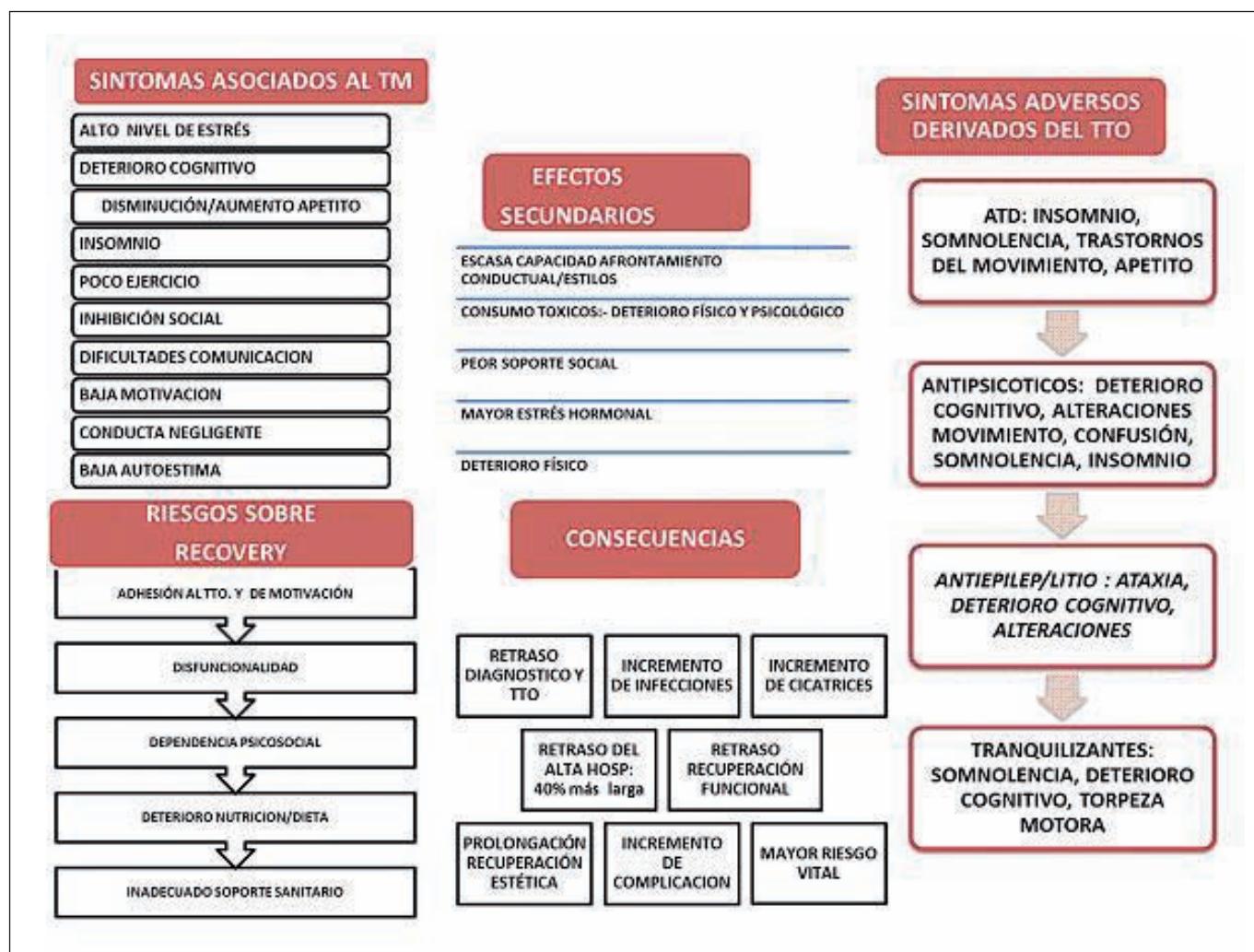


Fig. 1. Factores que inciden en el riesgo de quemadura en grandes quemados.

tegias de afrontamiento, apoyo social deficiente. Si, como es habitual son consumidores habituales de psicofármacos, que a su vez pueden producir somnolencia, alteraciones y torpeza de movimientos, deterioro en la capacidad de atención y concentración, se puede generar una respuesta inapropiada frente a un accidente doméstico o inclusive provocarlo.

Por otro lado, las personas con tratamiento psicofarmacológico crónico padecen una peor salud física e inclusiva y una longevidad hasta 10 años inferior a la media. Con todos estos elementos, las complicaciones en las quemaduras se incrementan, su cicatrización es más lenta, existe un mayor riesgo vital, y la posterior recuperación funcional y la adaptación a la vida cotidiana del paciente es más compleja. Sin embargo, se constata un incremento de accidentes por quemadura en personas que ya padecían trastornos psiquiátricos previos o que los desarrollaron asociados a la hospitalización y no especialmente por motivo de ésta (3).

La Unidad de Grandes Quemados del Hospital Universitario Politécnico (HUP) La Fe de Valencia fue creada en 1978. Atiende al año aproximadamente 1.600 urgencias por quemadura, siendo un 25% población infantil. Acreditada como Unidad de Referencia Nacional (26-12-2006) cuenta con 2 salas: Hospitalización y Unidad de Críticos con 6 camas cada una, 1 quirófano, 2 Salas de Curas y 1 Área de Urgencias.

El objetivo general del presente estudio consiste en describir las características sociodemográficas, la tipología del trauma sufrido, las características y topografía de las quemaduras en el paciente gran quemado y su relación con los trastornos mentales.

Material y método

Realizamos una investigación observacional caso-control transversal de carácter descriptivo con 2 muestras clínicas: pacientes hospitalizados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Politécnico La Fe (HUP) en Valencia, España, diagnosticados según criterios oficiales de trastorno mental (Muestra con psicopatología), y el total de pacientes hospitalizados (Muestra general) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013.

Seleccionamos pacientes hospitalizados en el HUP durante un periodo superior a 7 días, definidos como gran quemado por la naturaleza de sus quemaduras, la extensión, localización y profundidad de las mismas. Según criterios estandarizados de Tennison y Polansky, el gran quemado es aquel que tiene más de un 10% de superficie corporal afectada por una quemadura profunda, o un 20% con una quemadura superficial, y aquellos otros con afectación de otras áreas más pequeñas pero de gran importancia funcional o/y estética. Son pacientes que requieren intervenciones más allá de la supervivencia, como rehabilitación, terapia ocupacional o psicológica. Los aspec-

tos psicológicos y sociales constituyen aspectos imprescindibles en su recuperación.

Los criterios de inclusión de este estudio fueron: pacientes adultos grandes quemados hospitalizados la Unidad de Grandes Quemados del HUP la Fe, con un nivel de conciencia activo que les permitiera la comunicación interpersonal y que aceptaran su participación a través de consentimiento informado verbal.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes que rechazaron voluntariamente la participación en el estudio, pacientes en estado de sedación inducida y pacientes pediátricos.

Identificamos 2 submuestras, una general y otra con patología mental o clínica. La muestra general estuvo compuesta por todos los pacientes quemados descritos anteriormente y la muestra clínica por pacientes quemados que reunían criterios de trastorno mental previos al momento de la lesión.

Consideraremos las siguientes variables:

- Sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral en el momento del trauma, grupo de convivencia.
- Relacionadas con el motivo del ingreso: superficie corporal quemada (SCQ, en porcentaje), extensión (primer grado, segundo, tercero, o mixto segundo y tercero).
- Topografía de la quemadura: localización en zona crítica, cara y manos, o no crítica.
- Agente causal: llama, química, eléctrica, deflagración, por radiación, por congelación.
- Motivo de la quemadura: accidental, laboral, autolítico y heteroagresión.
- Factores relacionados con la morbilidad: patología psiquiátrica previa y psicopatología durante la hospitalización.

Los instrumentos que administramos fueron:

- Al ingreso hospitalario, entrevista clínica semiestructurada *ad hoc* que incluyó los siguientes datos: sociodemográficos y de filiación, antecedentes personales y familiares psiquiátricos, tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos recibidos hasta el momento del accidente, psicobiografía, aspecto relativos a la enfermedad actual (quemadura) y qué motivó el ingreso, como descripción de la situación, agente causante, motivo, porcentaje de quemadura y grado, topografía y motivo del alta hospitalaria.
- Diagnóstico psiquiátrico previo al ingreso. Se confirmó con información procedente de su médico de atención primaria y/o del centro de salud mental correspondiente.
- Si existían antecedentes de enfermedad mental, se administró una traducción *ad hoc* de la escala SCL-90R (6), Escala de Evaluación de Psicopatología Clínica. Es un cuestionario autoaplicado de valoración de salud mental que consta de 90 ítems con una escala de 5 puntos Likert de respuesta. Se

obtienen los siguientes factores: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensitividad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, índice global de severidad, total de síntomas positivos, índice malestar sintomático positivo. Utilizamos especialmente el Índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar que combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Efectuamos la traducción de la misma a fin de ajustar su comprensión a nivel cognitivo y de conciencia de los pacientes.

- Entrevista en el momento del alta clínica a fin de determinar si existe patología psiquiátrica o riesgo de padecerla siguiendo criterios diagnósticos oficiales.

Utilizamos para el análisis estadístico la versión portable del SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) (V 19 Windows).

Realizamos la descripción de los datos cualitativos en forma de frecuencias absolutas y porcentajes o proporciones (%), y los datos cuantitativos mediante media como medida de tendencia central y la desviación típica o standard (DS). En la comparación de datos cuantitativos entre dos grupos empleamos el test de la U-Mann Whitney. Utí-

lizamos la prueba T-Student cuando se trató de comparar medias entre ambas muestras con datos cuantitativos.

Los datos cualitativos se compararon mediante el test de la Chi² o el test exacto de Fisher para frecuencia esperada menor o igual a 5. Todas las pruebas estadísticas y contrastes de hipótesis se consideraron bilaterales, y como valores significativos aquellos cuyo nivel de confianza es del 95% (valores de p inferiores a 0,05).

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

Participaron en esta investigación un total de 96 pacientes hospitalizados durante más de 7 días en la Unidad de Quemados del HUP La Fe, de los cuales, 16 presentaban antecedentes psiquiátricos y configuraron por tanto la muestra con patología (Tabla I).

En la muestra general se produjeron quemaduras en 35 varones y en 61 mujeres, es decir, una proporción de 2 a 1 varones/mujeres, mientras que en el caso de la muestra clínica se produjeron quemaduras en 10 mujeres frente a 6 varones, es decir 2 a 1 mujer/varón.

La muestra clínica difirió significativamente de la muestra general en varios aspectos. Si realizamos la prueba no paramétrica Chi² (Chi²=5,83; p = 0,016), entre la población general la quemadura se produce con mayor frecuencia en varones y entre la población clínica más frecuentemente en mujeres, siendo esta diferencia significativa.

Respecto a la edad, la mayor prevalencia de quemaduras en la Muestra general se produjo en el grupo de edad de 40-54 años, lo que podría estar relacionado con una mayor actividad, tanto laboral como doméstica. El paciente más joven tenía 17 años y el más anciano 89, y la media de edad fue de 55 años (DS=25,5).

Tabla I. Distribución por sexo

	Mujer	Varón
Muestra general	35 (35,5%)	61(63,5%)
Muestra clínica	10 (62,5%)	6 (37,5%)

Tabla II: Resumen de variables sociodemográficas

N= 96	MUESTRA GENERAL N= 80 Sin antecedentes ps: 79,2%	MUESTRA CLÍNICA N=16 Con antecedentes ps.19,8%	RESULTADOS
Edad	X=55 años (DS=25, 5) Mín= 17 Máx=89	X=41 años (DS=16,7) Min=22 Max=75	t= 5,83* Sig: 0,039
Sexo Varón Mujer	N=61 (63,5%) N=35 (36,5%)	N= 6(37,5%) N=10 (62,5%)	Chi ² =1,68* Sig= 0,04
Convivencia Familia propia F. de origen Solos Otros	N=55 (57,29) N=18 (21,8%) N=15 (18,8) N=8 (2,11%)	N= 3 N=3 N=8 (37,7%) N=2	Chi ² =2,66* Sig=0,04
Estatus laboral Activo No activo Estudiante	N=58 (59,8%) N=32 (29,4%) N=6 (10,8%)	N=4 (16%) N=12 (50%) N= 0	Chi ² =6,29 Sig=0,26
Nivel educativo Hasta primarios Secundarios Universitarios	73,4% hasta primarios N=70 (73,4%) N=15 N=11	60 % hasta primarios N=10 (60%) N=5 N=1	Chi ² =3,34 Sig=0,55

Respecto a la edad media de la muestra clínica fue de 41 años ($DS= 16,7$), siendo el más joven de 22 y el mayor de 75 años. Observamos diferencias significativas entre ambas muestras con la prueba no paramétrica T de Student, $t=5,84$ y $sig=0,039$, en el sentido de que los pacientes con trastornos mentales se queman a una edad más joven que las personas con una salud mental sana.

Respecto a las demás variables sociodemográficas de la muestra general, el análisis descriptivo de frecuencias reveló que 70 pacientes no habían obtenido el certificado de estudios o bien únicamente alcanzaban hasta este nivel, frente a 10 de la muestra con psicopatología. Vivían solas 15 personas de la muestra general y 8 de la muestra con psicopatología. Finalmente, estaban activos laboralmente en el momento de suceder el accidente 58 (59,8%) pacientes de la muestra general frente a 4 (16%) de la muestra con psicopatología (Tabla II).

Variables relacionadas con el ingreso hospitalario

Describimos la Superficie Corporal Quemada (SCQ), la topografía, el grado de la quemadura, el motivo, agente causal y el motivo del alta hospitalaria.

- Superficie Corporal Quemada (SCQ). Se establecen 4 niveles: menos del 10%, entre el 10-30%, entre el 30-50% y más del 50%.

Determinamos que en la muestra general 28 (39%) pacientes presentaron quemaduras en menos del 10% de la SCQ; 30 pacientes (42%) entre el 11-30%; 11 pacientes (15%) entre el 31 y 50% de SCQ; y 3 pacientes (4%) en más del 50%.

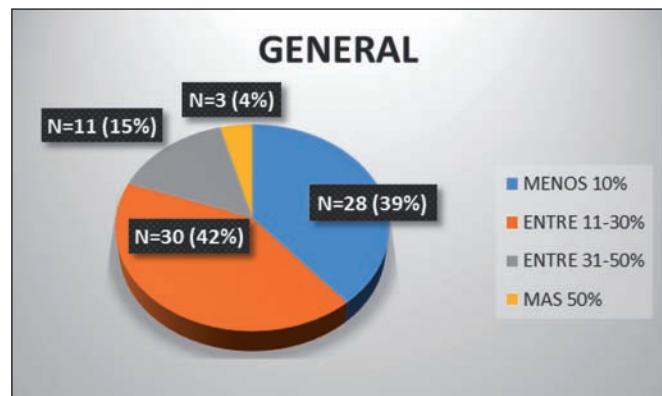
Entre la muestra clínica los resultados fueron equivalentes. En este último caso menos de un 10% de SCQ correspondió a 8 pacientes (50%); 3 pacientes entre 11% y 30%; hasta el 50% correspondió a 4 pacientes (28%); y más del 50% a 1 único paciente. Realizamos una prueba de Test Chi² donde no observamos diferencias entre ambas muestras ($X^2=2,88$; $p=0,42$), lo que indica que la extensión de las quemaduras presentó una gravedad equivalente (Gráficas 1 y 2)

- Topografía. Estratificamos la variable en zona de gran impacto funcional o emocional, que se define como zona crítica: cara, cuello, axilas, flexores de los miembros, manos, pies y área perineal; y resto de zonas que se definen como zonas no críticas: zonas de extensión de miembros inferiores y superiores, tórax, abdomen y espalda.

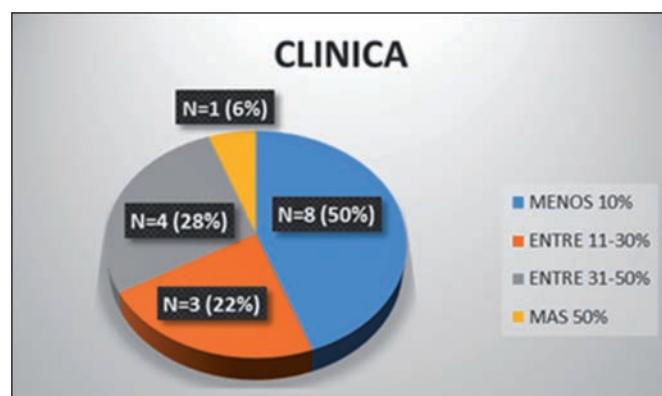
Los resultados indican que las quemaduras se localizaron en zona no crítica en 7 (47%) pacientes de la muestra clínica, frente a 46 pacientes (60%) de la muestra general. Y que se ubican en las zonas críticas anteriormente descritas en 9 pacientes (53%) de la muestra clínica, frente a 30 (40%) pacientes de la muestra general.

La prueba estadística no paramétrica del Chi² cuadrado no reveló diferencias significativas entre

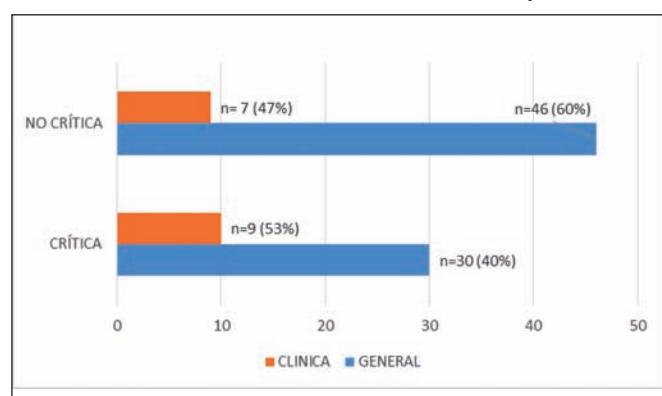
Gráfica 1. Distribución de la SCQ en la muestra general



Gráfica 2. Distribución de la SCQ en la muestra clínica



Gráfica 3. Distribución de la localización de las quemaduras



ambas muestras. Los resultados indican que es más frecuente la quemadura en zonas no críticas del cuerpo, menos comprometidas con la funcionalidad ($X^2=0,83$; $p=0,25$) (Gráfica 3).

- Profundidad. Aunque considerada inicialmente, los datos reflejan que todas las quemaduras correspondieron a segundo y tercer grado, por lo que este parámetro no aportó nada significativo a la investigación.
- Motivo. Diferenciamos los siguientes valores: laboral, casual, accidente de tráfico, agresión y autolisis. El motivo por el que se produjeron quemaduras con mayor frecuencia en ambas muestras fue el casual: 52 pacientes (69%) en la muestra general, y 11 en la muestra clínica (65%). La segunda razón fue la laboral: 3 pacientes de la muestra clínica (19%) y 22

de la muestra general (27%). Por accidente de tráfico y otros solo en 5 pacientes (6%) de la muestra general, y 2 pacientes de la muestra clínica (12%) se quemaron por autoagresión (sistema bonzo).

El análisis del Chi² no reflejó diferencias estadísticamente significativas entre ambas ($X^2=5,61$ y $p=0,23$) (Gráfica 4).

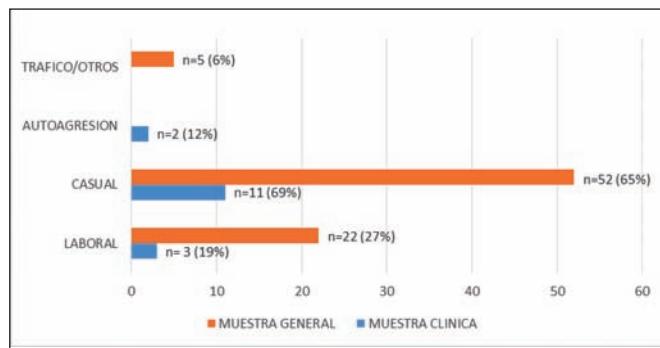
Si bien en general las quemaduras en ambos grupos se produjeron con mayor frecuencia de modo accidental, en el caso de la muestra clínica existió una tendencia más alta a padecer lesiones por agresión o autoagresión y una menor tendencia a las lesiones de origen laboral.

- Agente. Determinamos las siguientes categorías: eléctrica, deflagración, congelación, llama, química, escaldadura y contacto. En 46 pacientes de la muestra general (60%) la quemadura se produjo por llama frente a la muestra clínica, donde determinamos que los principales agentes responsables fueron llama y escaldadura, que se dieron en 12 pacientes (76%). El segundo agente responsable de la quemadura fue la escaldadura en el caso de la muestra general, concretamente en 14 sujetos (18%) frente a 6 de la muestra clínica (38%). Destacamos que la quemadura eléctrica no se produjo entre la muestra clínica, y apareció en 5 pacientes (6%) de la muestra general. La deflagración fue el agente del accidente en 7 pacientes (9%) de la muestra general y en 2 de la muestra clínica (12%). Por congelación se produjeron quemaduras en 1 paciente en la muestra general (1%) y 1 de la muestra clínica (7%). Este último caso, se trató de un paciente con esquizofrenia que tras sufrir un traumatismo en el tobillo y aplicarse un apósito helado, se quedó dormido. Por contacto se quemaron 2 sujetos de la muestra general (3%) y 1 de la muestra clínica (7%).

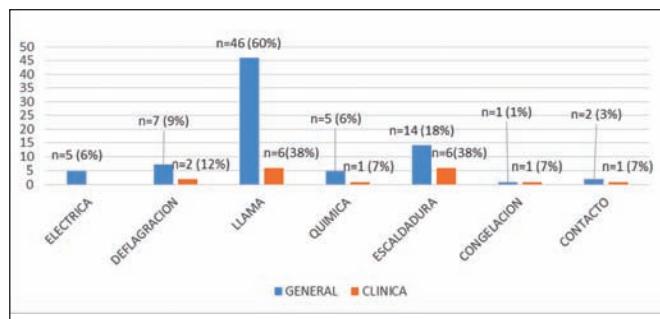
Constatamos diferencias significativas con el test Chi² utilizando el coeficiente lineal por asociación lineal (Chi-2=4,7; $p=0,02$). Los resultados revelaron que las personas sin psicopatología se quemaron principalmente con llama, mientras que la población que presentaba problemas de salud mental lo hizo principalmente por escaldadura ($N=6$) y llama ($N=6$) (Gráfica 5).

- Motivo de alta hospitalaria. Consideramos las siguientes categorías: mejoría, fallecimiento, traslado a otra Unidad Hospitalaria y a petición propia. El alta se produjo por mejoría de sus lesiones en 64 pacientes (79%) de la muestra general y en 4 (25%) de la muestra clínica. En 5 pacientes de la muestra general (6%) y en 8 de la muestra clínica (50%) se produjo por éxitus. Este descriptivo es muy significativo puesto que parece existir un mayor riesgo de muerte entre la muestra clínica. Los otros motivos de alta fueron: traslado en 1 paciente (1%) de la muestra general y en 3 pacientes

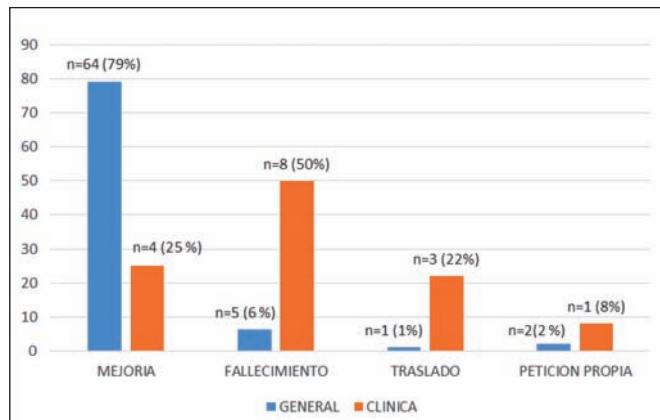
Gráfica 4. Distribución de los motivos de las quemaduras



Gráfica 5. Agente causante de las quemaduras



Gráfica 6. Distribución de los motivos del alta hospitalaria



(22%) de la muestra clínica; a petición propia se produjo en 2 pacientes de la muestra general (2%) y 1 de la muestra clínica (8%).

Al realizar una prueba Chi² no apreciamos diferencias significativas entre la Muestra general y la Muestra clínica respecto al motivo del alta ($\chi^2=1,28$ y $p=0,82$). De los fallecimientos producidos durante estos 12 meses, la mitad correspondieron a pacientes con enfermedades mentales previas (Gráfica 6).

VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS

Son aquellas que afectan a la muestra clínica: 80 pacientes quemados no presentaban problemas psiquiátricos frente a 16 que sufrían trastornos del ánimo, ansiedad, de la personalidad, abuso de tóxicos, espectro psicótico y

otros diagnósticos tales como trastornos adaptativos o reacciones emocionales de naturaleza relacional (Tabla III).

Los resultados indican que los trastornos más prevalentes entre los grandes quemados son los mismos que entre la población general, aquellos relacionados con los trastornos de ansiedad. Determinamos que 4 pacientes formaban parte de este grupo (21%). También los trastornos cognitivos, déficits asociados a retraso mental o a demencias, son igualmente relevantes y recogimos 4 pacientes (21%) de la muestra. Estos mismos resultados se producen en el caso de los trastornos de personalidad. Es necesario señalar que entre los pacientes de mayor edad es frecuente que se produzcan estados confusionales agudos relacionados con disfunciones renales o con la analgesia durante las curas. Excluimos este proceso de naturaleza puntual y secundaria como síndrome diagnóstico, e incluimos sólo aquellos casos cuyo síndrome era previo al accidente. Los trastornos del ánimo, que incluyen trastornos depresivos y trastornos bipolares, fueron diagnosticados en 3 grandes quemados, (18%) de la muestra. En 3 de los sujetos se produjo un doble diagnóstico, situación frecuente en el ámbito de la salud mental, 1 caso de comorbilidad entre trastorno límite de la personalidad y trastorno por abuso de alcohol y trastorno por ansiedad generalizada y abuso y dependencia de cannabinoides (Gráfica 7).

Comprobamos que existía una distribución de los trastornos mentales con cierta homogeneidad diagnóstica que no se correspondía con la distribución de los trastornos mentales entre la población general. Ello pudo deberse al pequeño tamaño de nuestra muestra.

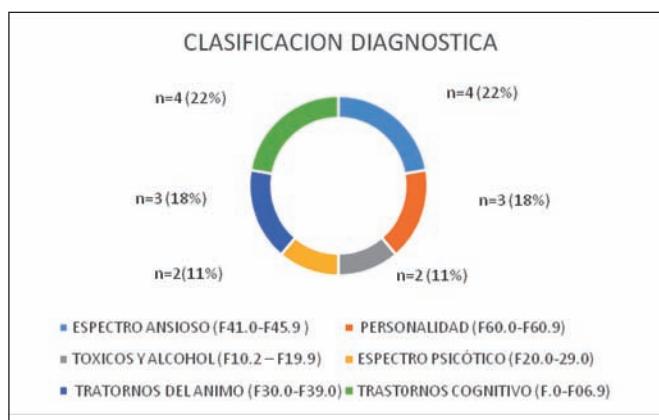
El SCL-90 no aportó datos significativos en ninguna de las subescalas, salvo en la hostilidad. La variable somatización obtuvo la siguiente medida de dispersión (media y desviación típica) $X=33,0$ y $DS=23,71$ para mujeres y $X=33,33$ y $DS=29,6$ para varones. La variable ideas obsesivo-compulsivas obtuvo una $X=32,5$ y $DS=20,03$ para mujeres y $X=49,16$ y $DS=32,0$ para varones. La sensibilidad interpersonal $X=32,5$ y $DS=29,74$ para mujeres y $X=51,66$ y $DS=32,35$ para varones. La variable depresión $X=47,0$ y $DS=27,05$ para mujeres y $X=52,0$ y $DS=34,52$ para varones. La variable ansiedad $X=33$ y

Tabla III: Clasificación diagnóstica DSM-V

DIAGNÓSTICO DSM-V	N (%)
ESPECTRO ANSIOSO (F41.0-F45.9)	N= 4 (21,42%)*
PERSONALIDAD (F60.0-F60.9)	N= 3 (17,85%)*
TÓXICOS Y ALCOHOL (F10.2 – F19.9)	N= 2 (10,71%)*
ESPECTRO PSICÓTICO (F20.0-29.0)	N= 2 (10,71%)
TRASTORNOS DEL ÁNIMO (F30.0-F39.0)	N= 3 (17,85%)
TRASTORNOS COGNITIVOS (F.0-F06.9)	N= 4 (21,42%)

*Tres sujetos tenían un doble diagnóstico. Uno de ellos Trastorno de Personalidad y abuso y dependencia alcohólica y el otro Trastorno por ansiedad generalizada y abuso y dependencia de cannabinoides.

Gráfica 7. Distribución de trastornos mentales en la muestra clínica



DS=22,38 para mujeres y $X=42,5$ y DS=30,45 para varones. La variable fobia $X=42,00$ y DS=22,87 para mujeres y $X=32,83$ y DS=36,4 para varones. La variable ideación paranoide obtuvo una $X=40,5$ y DS= 33,37 para mujeres y $X=50$ y DS=38,85 para varones. La variable psicotismo tuvo una puntuación $X=44,0$ y DS=26,22 para mujeres y $X=43,66$ y DS=43,57 para varones.

La variable hostilidad, con las siguientes puntuaciones para mujeres y varones respectivamente, $X=37,5$; DS=21,41 y $X=67,33$ y DS=22,9, mostró diferencias significativas entre ambos sexos a través de la prueba U-Mann Whitney, representado especialmente por los varones ($F=5,32$ y sig. 0,038). No obstante estos resultados no se reflejan sobre la puntuación global de sintomatología clínica (GSI) donde resultó una puntuación $X=34,5$ y SD=21,27 para mujeres y $X=48,33$ y SD=35,44 para varones (Tablas IV y V).

Discusión

Existe un creciente interés en el ámbito de la Medicina y de la Psicología Clínica y de la Salud por identificar aquellos factores de riesgo de las grandes quemaduras y también por señalar las consecuencias psicopatológicas derivadas de la lesión en este tipo de pacientes (7,8). Desde la perspectiva empírica, se observa igualmente que la prevalencia de personas con enfermedad mental es significativamente más alta entre los pacientes quemados hospitalizados que entre la población general, y la pregunta es si dicha diferencia en realidad establece perfiles diferenciales.

En el año 2000 Weinberg (9) y en el 2009 Falder y col. (10) entre otros, detectaron que el 24% de los pacientes quemados presentan sintomatología psiquiátrica. En España se ha estimado que hasta el 35% (7), aunque la OMS cifra la relación entre el diagnóstico psiquiátrico y quemadura en un 16%. Nosotros obtuvimos cifras ligeramente superiores. Considerando que la prevalencia año de padecer cualquier enfermedad mental entre la población general española se cifra en el 8,48% de casos-

Tabla IV. Resultados significativos en SCL-90

HOSTILIDAD	RESULTADOS
Mujer=10; X=37,5;SD=21,41	Chi ² =5,83
Varón= 6;X=67,33;SD=22,90	Sig=0,016

Tabla V. De resultados de la escala de sintomatología clínica SCL-90

	Sexo	N	Media	DS*
SOMATIZACIÓN	Mujer	10	33,000	23,7112
	Varón	6	33,333	29,6086
OBSESIÓN COMPUL	Mujer	10	32,500	20,0347
	Varón	6	49,167	32,0026
SENSIB. INTERPER.	Mujer	10	32,500	29,7443
	Varón	6	51,667	32,3522
DEPRESIÓN	Mujer	10	47,000	26,0555
	Varón	6	52,000	34,5254
ANSIEDAD	Mujer	10	33,000	22,3855
	Varón	6	42,500	30,4549
HOSTILIDAD	Mujer	10	37,500	27,4115
	Varón	6	67,333	22,9056
FOBIA	Mujer	10	42,000	22,8765
	Varón	6	32,833	36,4440
PARANOIDE	Mujer	10	40,500	33,3708
	Varón	6	50,000	38,858
PSICOTICISMO	Mujer	10	44,000	26,2255
	Varón	6	43,667	43,5737
GSI	Mujer	10	34,500	21,2720
	Varón	6	48,333	35,4495

* DS: Desviación Standard

año, nuestros resultados, procedentes de la población de grandes quemados, casi triplicarían a la población general. Podemos intuir en este sentido que si realizáramos una investigación de carácter explicativo hallaríamos una relación causal y podríamos establecer la enfermedad mental como factor riesgo de gran quemadura, tal y como establecen la mayoría de investigadores (1,2). No obstante, si comparamos nuestros resultados con la prevalencia-vida vemos que no existe disparidad, al situar la probabilidad de padecer cualquier enfermedad mental a lo largo de la vida en el 19% (8).

El perfil sociodemográfico del gran quemado estudiado refleja diferencias significativas en edad, sexo y grupo de convivencia. Podríamos pues concretarlo del siguiente modo: varón, de edad media 55 años, que sufre quemadura por llama de carácter accidental. Sin em-

bargo, cuando el paciente gran quemado presenta algún trastorno mental, es más frecuente que sea mujer, con una edad media de 41 años, con trastorno de ansiedad, del ánimo o de la personalidad, existiendo diferencias significativas respecto a la edad. ($F=1,68$ y $\text{sig}=0,039$). Dichos resultados son coincidentes con las investigaciones europeas, españolas (9) y finesas (4,11).

Hemos determinado que el porcentaje de pacientes que presentaban psicopatología previa al ingreso se encuentra en torno al 20%. Estos resultados difieren de los recogidos en la Estrategia Nacional para la Salud Mental que sitúa la prevalencia puntual en el 29%. Igualmente, si nos atenemos a las cifras que ofrece el *National Institute of Mental Health*, éste determina que la comorbilidad entre gran quemado y alteración psicológica es del 16%, por lo que nuestros resultados serían ligeramente superiores. Vera y col. en el 2010 (12), identificaron valores más elevados, y determinaron que al menos un tercio de los pacientes hospitalizados por grandes quemaduras presentan ansiedad, depresión o estrés previos a la lesión. Por otra parte, el propio proceso de hospitalización también produce alteraciones psicológicas, y se estima que la prevalencia de ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados, sin especificar causa, está entre el 8% y el 12% (13) al considerar que la gravedad y los procedimientos invasivos en las Unidades de Cuidados Críticos representan situaciones altamente hostiles y estresantes. Dichos trastornos parecen asociarse con mayor frecuencia al sexo femenino. ($X^2=13,3$; y $\text{sig} .0,064$), quemadura por escaldadura y llama, y el motivo igualmente accidental, sin determinar diferencias significativas entre ambos grupos.

La SCQ y la topografía de las lesiones no pareció ser discriminativa entre ambas muestras. El alta hospitalaria se produjo por mejoría en un 80% de los casos. La mitad de los fallecimientos se produjo en personas con problemas de salud mental, aunque debido al porcentaje tan bajo, no podemos extraer conclusiones relevantes al respecto. López Domene (14) en 2013 indicó que el 85% de las quemaduras se debe a negligencias personales evitables al considerar que todas las causas, laborales, accidentales y agresiones, pueden prevenirse. No obstante, en la presente investigación no hemos podido determinar cuáles son los factores mediadores implicados, por ejemplo: condiciones laborales, la valoración del riesgo de suicidio entre los pacientes con trastorno mental previo, o si la condición de algunos trastornos está realmente involucrada y es explicativa de la predisposición a la quemadura. Del mismo modo, parece que los trastornos que cursan con ansiedad, preocupación, estrés, caracterizados por inquietud/lentitud psicomotriz, atención dispersa, somnolencia, tensión cognitiva y emocional, tal y como estableció Wisley (3), podrían predisponer a sufrir quemaduras. En una investigación con población finesa en 2011, Palmu (4) estudió los intentos autolíticos entre los grandes quemados, no encontrando diferencias signifi-

cativas entre sexos y cifrando éstos en el 6%, coincidiendo con los resultados obtenidos por nosotros.

Respecto a otras variables sociodemográficas tales como: convivencia, estatus laboral y nivel educativo, únicamente definimos diferencias significativas entre ambas muestras, en “convivencia” ($X^2=6,29$ y $\text{sig}=0,041$), lo que podría estar relacionado con la proporción de personas mayores que se queman y viven solas, existiendo aquí una variable de confusión relacionada con la salud mental precaria, aunque no podemos obtener relaciones causales ni explicativas debido al carácter descriptivo de nuestro estudio. Este dato no se ha detectado en ninguna otra investigación, salvo en el estudio presentado por Casasempere y col. (15) cuyos datos proceden de una muestra clínica diferente pero de la misma población hospitalaria y durante el mismo intervalo de tiempo.

Respecto a las variables clínicas, se describen aquellos trastornos que aparecen entre la población quemada, trastornos relacionados con el espectro ansioso, psicótico, del ánimo, tóxicos y alcohol, de la personalidad y alteraciones cognitivas y de la conciencia, generalmente asociadas a estados demenciales o a trastorno mental. Los de menor prevalencia son los del espectro psicótico y los trastornos asociados a consumo de alcohol y tóxicos (dependencia, intoxicación, abstinencia).

Al estudiar el perfil psicopatológico de los grandes quemados, los resultados únicamente se circunscriben a la muestra con psicopatología, siendo ésta una importante limitación del estudio puesto que no se administró el SCL-90 a toda la muestra de estudio, y observamos que aparecían diferencias significativas entre sexos en la variable hostilidad, que se presentaba especialmente en varones ($F=5,32$ y $\text{sig}=0,038$) aunque esta diferencia no se reflejó en la puntuación clínica global.

Si diferenciamos las patologías, la ansiedad es el trastorno que aparece con más frecuencia y sin establecer relación causal (16); éste ha sido relacionado por otros estudios sobre la naturaleza de las quemaduras, encontrándose en un 12% hasta un 32% de los pacientes hospitalizados por este tipo de lesiones, con el dolor experimentado (17,9) durante el proceso de cambio de vendajes y curas, y con el proceso de recuperación funcional y rehabilitación. Por otro lado, la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados por causas orgánicas está cada vez más documentada por su relevancia, y se asocia a un incremento del tiempo de recuperación, de los riesgos y de los costes (18).

En 2010 Corry y col. (19) identifican una prevalencia próxima al 20% en ansiedad y al 10% en depresión. Por ello es importante determinar que el propio proceso de hospitalización podría representar una variable de confusión a la hora de determinar las alteraciones psiquiátricas secundarias a las quemaduras. Los trastornos del ánimo (4), especialmente la depresión mayor, también han sido profundamente estudiados y se detectan en el 4-19% de pacientes en formato de síndrome, y con la pre-

sencia de síntomas subclínicos hasta en el 28% (16,10). Costas González (18) observa la aparición de ambos trastornos en el momento del alta hospitalaria, cifrando en un 20% los pacientes que sufren ansiedad y en un 10% los afectados por depresión, aunque reconoce que esta sintomatología activa tiende a desaparecer a partir de los 2 meses. Wisely (3) asoció la aparición de estos trastornos con el alto nivel de angustia e incertidumbre causado por la estancia hospitalaria prolongada, lo que produce consecuentemente retraso en la cicatrización, más intervenciones quirúrgicas, más tiempo de inmovilización y menos cooperación durante el proceso de recuperación del paciente. En 2009 Ulrich (6) y Dalh en 2013 (7) encuentran que el trastorno más frecuente es la depresión asociada con gravedad de la quemadura dado que genera peor funcionamiento psicofísico, aunque la sintomatología disminuye de forma progresiva hasta 2 años después del alta hospitalaria.

Por último, el trastorno por excelencia vinculado al gran quemado (2) es el estrés postraumático, encontrado por Palmu (4-11) en el 12% de la muestra finesa de grandes quemados. Se relacionó con la exposición al evento traumático, con la psicopatología previa y con la carencia de apoyo sociofamiliar. Sin embargo, en nuestro estudio, el diseño de carácter descriptivo y transversal permitió establecer relaciones de concomitancia pero no de causalidad. Este sesgo impide por ejemplo realizar afirmaciones acerca del riesgo que representa el padecer una enfermedad mental respecto a quemarse. En este sentido se observó con mayor prevalencia de lo que podría esperarse en la población general. Una investigación de carácter explicativo podría ofrecernos un modelo predictivo que explicara la enfermedad mental como factor riesgo de gran quemadura, tal y como establecen la mayoría de investigadores. En este mismo sentido podrían mejorarse los resultados si realizáramos un ensayo controlado con una muestra hospitalizada en otro Servicio, por ejemplo Cirugía General, que permitiera establecer claramente las diferencias entre pacientes con antecedentes psiquiátricos y no psiquiátricos y facilitara la comprensión del perfil del paciente quemado con o sin antecedentes.

No obstante, los resultados respecto a edad, sexo y agente de la quemadura parecen ser los descriptores diferenciales de ambas muestras; los pacientes con enfermedad mental se queman más jóvenes y son las mujeres las que se queman con mayor frecuencia entre la población clínica, especialmente por escaldadura, relacionado con el rol de género y con llama.

Por otro lado el tamaño muestral a pesar de proceder de una muestra hospitalizada durante 1 año, es insuficiente para establecer comparaciones de medias; por ello, tanto el perfil psicopatológico obtenido como los diagnósticos psiquiátricos no dejan de ser un escenario descriptivo sin que sea posible llegar a generalizaciones respecto a las personas con enfermedad mental, y por tanto, la validez ecológica de la investigación se encuen-

tra mermada. Sin embargo la nuestra es, hasta donde sabemos, la única investigación realizada durante los últimos años en la que se recogen de forma sistemática y exhaustiva datos relacionados con la salud mental de los grandes quemados en un gran hospital de referencia nacional, que se analizan estadísticamente, y que se extraen resultados y conclusiones útiles para la asistencia habitual.

Conclusiones

Tradicionalmente, los especialistas en Cirugía Plástica y Reparadora que prestan asistencia en las Unidades de Grandes Quemados encuentran con frecuencia una alta proporción de comorbilidad psiquiátrica entre los pacientes. La presente investigación ha podido determinar de modo empírico lo que ya se había encontrado en la práctica cotidiana, que la proporción de pacientes grandes quemados con psicopatología es ligeramente superior a la prevalencia de sufrir una enfermedad mental a lo largo de la vida entre la población general.

Demostramos además que no existe un perfil psicopatológico predominante entre los pacientes con comorbilidad, pero sí una dimensión clínica caracterizada por pensamientos, sentimientos y acciones relacionados con afectos negativos de enojo que establecen diferencias significativas entre sexos, apuntando hacia los varones. Sin embargo, no es posible establecer una relación causal entre ambos fenómenos debido a las características intrínsecas de una investigación de carácter descriptivo.

A pesar de ello, consideramos importante realizar intervenciones precoces entre los pacientes hospitalizados a fin de potenciar aquellos elementos que permitan conseguir un buen ajuste adaptativo psicosocial posterior y la aceptación de la desfiguración y/o discapacidad si la hubiese. Proponemos realizar el abordaje psicológico valorando específicamente: el estado de shock tras el accidente, la ansiedad generada por la hospitalización prolongada, la ansiedad y el dolor agudo asociados a los momentos de curas, cambios de vendajes y rehabilitación, y el proceso de interiorización y aceptación de las consecuencias físicas y funcionales de la quemadura.

Constatamos pues, la relevancia de abordar la complejidad de los grandes quemados desde una perspectiva biopsicosocial.

Dirección del autor

Elisa Gallach Solano
R. Esmeralda V, nº 43
Más Camarena
46117 Bétera. Valencia. España.
Correo electrónico: gallach.eli@gmail.com

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (2008) www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es/index.htm. 2008
2. Zapata, M; Estrada, A.: Calidad de Vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la hospitalización. *Biomédica* 2010; 30 (4):492-501.
3. Wisely JA., Wilson, E.; Duncan, RT ,Tarrier, N.: Pre-existing psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors. *Burns* 2010; 36:183-191.
4. Palmu, R; Suominen, K; Jyrki Vuola; J., Isometsa, E.: Mental disorders after burn injury: A prospective study. *Burns* 2011; 37: 601-609.
5. Hansen,S; Voigt, D; Wiebelhaus, P; Chester, P.: Using skin replacement products to treat burns and wounds. *Advances in Skin and Wound Care*. 2001, 14-1:37-46.
6. Ulrich, PH.; Wiechman S.; Patterson, D.: Pain, Depression, and Physical Functioning Following Burn Injury. *Rehabil Psychol*. 2009; 54(2): 211-216.
7. Dahl, O.; Wickmann, M.: Memories of pain, adaptation to life and early identification of stressors in the patients with burns. Tesis Doctoral. Depart. of Molecular Medicine and surgery. 2013
8. Achauer, B.: Atención al paciente quemado. Manual Moderno, S.A. Mexico DC. 1993
9. Weinberg, C.: Pain and anxiety with burns dressing changes: Patients self- reports. *J Burn Care Rehabilitation* 2000; 21:157-161.
10. Falder, S; Browne, A.; Edgar, D.; Staples, E.; Fong, J.; Rea, S.; Wood, F.: Care autosomes for adult burn survivors . A clinical overview. *Burns* 2009; 35: 618-641.
11. Palmu, R; Souminen, K; Vuola, J; Isometsa, E.: Mental disorders among acute burns patients. *Burns* 2009; 36:1072-1079.
12. Vera, I; Ferrando, E; Vidal I.; Gomez-Olmeda, D; Gonzalez JC.: Accidentes por quemadura y enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2010, 3-1: 19-22.
13. Allué Blanco, M.: Características psicológicas del gran quemado. Trabajo fin de master. Master Universitario en Medicina de Urgencias y Cuidado Crítico. Universidad de Oviedo. 2013
14. Lopez Domene, E.: Atención al paciente gran quemado. Análisis y Discusión. Trabajo fin de grado 2012-2013. Universidad de Almería. Facultad de Enfermería. Documento inédito. 2013.
15. Casasempere, A; Enriquez, I; Gallach, E. y Vivó, C.: Resultados funcionales y de calidad de vida a corto plazo en el paciente gran quemado. Poster Presentado al II Symposium Internacional Gran Quemado Getafe. 2014
16. Davydow, D; Katon, W.; Zatzwick, D.: Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns traumatic injuries: A review of the literature. *Inter. Rev. Psychiatric* 2009; 21 (6) :531-538.
17. Carrougher GJ, Ptacek JT, Honari S, Schmidt AE, Tininenko JR, Gibran NS, Patterson DR.: Self-reports of anxiety in burn-injured hospitalized adults during routine wound care. *J Burn Care Res*. 2006; 27(5):676-681.
18. Costas González, M; Prado Robles, V; Crespo Iglesias, JM.: Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *C. Med. Psicosom*, 2013; 16, 107.
19. Corry, J.: Posttraumatic stress disorders and pain impact functioning and disability after major burn injury. *J. Burn Care Res* 2010; 31(1):13-25.