

Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura

Psychological alterations in burned hospitalized patients

Esp. I. Cirg. Plás. Caum. Francisco Luís Fernández-Vega Barreto, ^I Res. Cir. Plás. Isela Puebla Farigola, ^I Est. 4^{to}a. Med. Liliana Carrillo Vázquez. ^{II}

^I Hospital provincial de Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Filial de Ciencias Médicas Efraín Benítez Popa. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Las quemaduras son lesiones traumáticas que se producen de manera brusca, los pacientes no tienen tiempo para prepararse como ocurre con una hospitalización "electiva". El presente trabajo tiene como objetivo identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes de los pacientes ingresados por quemadura, para ello se realizó un estudio descriptivo de 62 pacientes ingresados en el servicio de quemados del hospital Carlos M. de Céspedes de Bayamo, Granma, en los años 2012 y 2013. Se confeccionó una planilla con las variables antecedentes, edad, sexo, pronóstico, modo de producción de la lesión, tratamiento recibido, así como las manifestaciones psicológicas sufridas y referidas por los pacientes en las evaluaciones realizadas por los psicólogos y psiquiatras en los casos requeridos junto con los diferentes modos terapéuticos empleados. Se encontraron como más frecuente (27,4 %), la combinación de varias alteraciones psicológicas (ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, etc.). Sin embargo en un 51,6 % no había comentarios sobre manifestaciones emocionales, así como la ausencia de valoración en algunos de los pacientes ingresados. La mayoría de los pacientes fue del grupo menor de 15 años, del sexo femenino, con predominio de más de una alteración psicológica, sin antecedentes psiquiátricos y con lesiones accidentales. Un alto número de pacientes no recibió tratamiento alguno.

Descriptores DeCS: TRASTORNOS MENTALES; QUEMADURAS/psicología.

ABSTRACT

Burns are traumatic injuries produced in a brusque way; the patients do not have time to be prepared as it occurs with the "elective" hospitalization. The present work has like a main objective to identify the more frequent psychological alterations of the patients hospitalized with burns, for this purpose it was performed a descriptive study of 62 hospitalized patients in the service of burned at Carlos M. de Céspedes Hospital in Bayamo, Granma, in the years 2012 and 2013. It was made a table with the variables: antecedents, age, sex, prognosis, cause of the injury, treatment received, as well as the psychological demonstrations suffered and referred by the patients in the evaluations performed by psychologists and psychiatrists in the cases required along with the different therapeutic ways applied. They most frequent was the combination of several psychological alterations (anxiety, fear, depression, irritability, etc.) with 27.4%. However in 51.6 % there were not comments on the emotional demonstrations, as well as the absence of assessment in some of the hospitalized patients. The greatest group of patients was under 15 years; the feminine sex prevailed, with predominance of more than a psychological alteration, with accidental injures and no psychiatric antecedents. A big amount of patients did not receive any kind of treatment.

Subject heading: MENTAL DISORDERS; BURNS/psychology.

INTRODUCCIÓN

El trauma térmico cualquiera que sea su magnitud pone a la persona que lo sufre en una situación tal que la tendencia a mostrar síntomas emocionales de diversa intensidad en alguna etapa durante su tratamiento, no deja de ser frecuente; varios son los factores que influyen en el tipo de manifestaciones psicológicas que son expresadas por el paciente quemado durante su ingreso, los cuales pueden ser desde la forma en que previamente dicha persona enfrentaba cualquier contingencia,¹⁻⁵ así como las que tienen que ver directamente con la lesión, el hospital y el tratamiento que reciben, entre otros.¹

Por un lado, las quemaduras afectan principalmente la piel, y este órgano posee una compleja red sensorial que puede ser lesionada dependiendo de la profundidad de las mismas; y por otro lado, es una experiencia traumática, donde pueden

percibirse amenazada la vida y donde se pone al límite la capacidad de adaptación⁶. Muchas personas informan que padecen trastornos psicológicos durante varios días o algunas semanas después de sufrido el trauma térmico. Un tercio de las personas con quemaduras importantes sigue teniendo ansiedad hasta por dos años. Se estima que entre el 21% y el 43% de los pacientes quemados desarrollan un trastorno de estrés postraumático, mientras se encuentran hospitalizados o después del egreso. ⁶

La ansiedad psicológica cada quien la vive de manera diferente refiriendo, malestar o sentirse triste, ansioso, irritable, indefenso, solo, distante de su familia, con dificultad para conciliar el sueño o mantenerse dormido, así como relajar el cuerpo, concentrarse, tener bajo nivel de energía, y sentirse cansado. ⁷

Es muy importante el papel que puede jugar el personal de enfermería en identificar la prevalencia de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumáticos para determinar la calidad de vida de los pacientes quemados, puesto que son muchas las horas que conviven ambos en una relación estrecha durante el período de ingreso.

Muchas veces la respuesta psicológica del paciente quemado es tal que pueden ser clasificadas de complicaciones psiquiátricas e incluso motivar reacciones de una mayor o menor profesionalidad en el personal que los atiende, dependiendo del entrenamiento que estos posean.

A pesar del ingente esfuerzo, sacrificio y gasto de recursos que conlleva el tratamiento de un paciente quemado, no siempre la percepción, descripción y respuesta adecuada a las manifestaciones emocionales del paciente son llevadas a cabo de una manera clara, coherente y ordenada, como un pilar más, junto a todo lo que se hace en la reanimación, prevención y tratamiento de la enfermedad por quemadura y sus complicaciones.

Motivados por la frecuencia de las manifestaciones psicológicas de los pacientes quemados ingresados así como por las veces que algunas de las mismas son inadvertidas; además de la necesidad que implica un entrenamiento adecuado por parte del personal que atiende a dichos pacientes; nos decidimos a realizar una investigación que nos permitiera identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes de los pacientes ingresados por quemadura.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de 62 pacientes ingresados en el servicio de quemados del hospital Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, Granma, en los años 2012 y 2013. Se confeccionó una planilla al respecto, con los datos que constituyen las diferentes variables relacionadas en la investigación, como antecedentes, edad, sexo, pronóstico, modo de producción de la lesión, tratamiento recibido, además, se tuvo en cuenta las manifestaciones psicológicas sufridas por los pacientes y referidas en las evaluaciones hechas por los psicólogos así como en las interconsultas con los psiquiatras en los casos requeridos; y también los diferentes modos terapéuticos empleados. Todos los datos recogidos se recogieron en tablas y las medidas de resumen seleccionadas fueron los números absolutos y el porcentaje.

RESULTADOS

Del total de los 62 pacientes estudiados, sólo en 30 (48,3%) se encontraron referidas en la historia clínica manifestaciones psicológicas; en 32 pacientes el (51,6%) no aparece comentada ninguna manifestación de alteración emocional y de ellos 10 (31,2%) no recibieron valoración psicológica.

De la muestra seleccionada el 37% se encontró en un rango de edad menor de 15 años, seguidos de un 27,4% entre los 31 y 45 años. En el 27,4% se encontró referida más de una alteración emocional, el 11,2% sólo refirió depresión, y el 6,4% ansiedad tabla 1.

Tabla 1. Relación entre manifestaciones psicológicas y la edad del paciente.

Manifestaciones Psicológicas	Edad (años)										Total	%
	<15	%	16-30	%	31-45	%	46-60	%	>60	%		
Ansiedad	2	8,6			1	5,8	1	12,5			4	6,4
Depresión			2	25	3	17,6	1	12,5	1	16,6	7	11,2
Irritabilidad	1	4,3									1	1,6
Trastorno de adaptación	1	4,3									1	1,6
Combinación de varias	4	17,3	4	50	7	41,1	1	12,5	1	16,6	17	27,4
Sin manifestaciones	15	65,2	2	25	6	35,2	5	62,5	4	66,6	32	51,6
Total	23	37	8	12,9	17	27,4	8	12,9	6	9,6	62	100

El 56,4 % eran del sexo femenino, quienes presentaron más de una alteración emocional (42,8%), y en la mayoría de los pacientes masculinos (59,2%) no apareció comentada ninguna alteración emocional.

Las manifestaciones de depresión (14,2%) predominaron en el sexo femenino mientras que la ansiedad se mantuvo bastante equilibrada para ambos sexos. El 88,7 % de los pacientes no tenía antecedente psiquiátrico. De manera casi similar en ambos grupos, los pacientes, tuvieron más de una alteración psicológica tabla 2.

Tabla 2. Relación entre antecedentes psiquiátricos y manifestaciones psicológicas.

Manifestaciones psicológicas	Antecedentes psiquiátricos					
	Sí	%	No	%	Total	%
Ansiedad			4	7,2	4	
Depresión	3	42,8	4	7,2	7	
Irritabilidad			1	1,8	1	
Trastorno de adaptación			1	1,8	1	
Combinación de varias	2	28,5	15	27,2	17	
Sin manifestaciones	2	28,5	30	54,5	32	51,6
Total	7	11,3	55	88,7	62	

Indudablemente los accidentes predominan como modo de producción (79%). De los 12 pacientes con intento suicida 5 (41,6%) tenían antecedentes psiquiátricos, llama la atención que el único paciente con intento suicida que aparece sin referencia de manifestaciones emocionales, tampoco tuvo valoración psicológica; así como, en el 63,2 % de los pacientes que sufrieron quemaduras de forma accidental no se encontrara referida ninguna alteración emocional ; se conoció que el 29,03% tampoco tuvo valoración desde el punto de vista psicológico, podemos pensar como independientemente de la forma de ocurrencia de las lesiones, hay un alto por ciento de pacientes que no reciben una atención profesional desde el punto de vista psicológico, durante su ingreso, incluyendo que tampoco son referidos por el personal médico y paramédico en sus evoluciones ninguno de los síntomas que tan frecuentemente padecen estos pacientes tabla 3.

Tabla 3. Relación entre modo de producción de la lesión y manifestaciones psicológicas.

Manifestaciones psicológicas	Modo de producción de la lesión						Total	%
	Accidental	%	Suicidio	%	Homicidio	%		
Ansiedad	4	8,1					4	6,4
Depresión	3	6,1	4	33,3			7	11,2
Irritabilidad	1	2					1	1,6
Trastorno de adaptación	1	2					1	1,6
Combinación de varias	9	18,3	7	58,3	1	100	17	27,4
Sin manifestaciones	31	63,2	1	8,3			32	51,6
Total	49	79	12	19,3	1	1,6	62	100

En la muestra estudiada predominaron los pacientes con pronósticos de leves y menos graves (74,19%) de estos el mayor por ciento (67,3%), no tuvo manifestación psicológica, referida en su historia clínica, dato que llama la atención. Sin embargo en los pacientes con pronóstico de grave, el 60 % presentó más de una alteración psicológica, así como en el 66,6% de los críticos tabla 4.

Tabla 4. Relación entre el pronóstico y las manifestaciones psicológicas.

Manifestaciones psicológicas	Pronóstico					
	Leves y menos graves	%	Graves	%	Crítico	%
Ansiedad	1	2,1	3	30		
Depresión	6	13,04			1	16,6
Irritabilidad	1	2,1				
Trastorno de adaptación					1	16,6
Combinación de varias	7	15,2	6	60	4	66,6
Sin manifestaciones	31	67,3	1	10		
Total	46	74,19	10	16,1	6	9,6

Aunque el 74,19% de los pacientes sólo recibió tratamiento médico, a todos los pacientes ingresados, se les realizó cura local, proceso doloroso que el paciente interpreta desde su particular psiquismo, sin embargo, resulta muy llamativo el alto por ciento (56,5 %) de los mismos sin comentario de manifestaciones psicológicas; evidentemente, no se registraron en las evoluciones de la historia clínica, ni todas las reacciones emocionales ni las de todos los pacientes ingresado en la unidad.

Al 25,8 % de los pacientes ingresados, se les realizó tratamiento quirúrgico, lo cual incluye cura bajo anestesia, necrectomías e injerto de piel; aunque de ellos el 43,75 % refirieron más de una alteración psicológica, sigue siendo alto el porcentaje de pacientes (37,5%) de este grupo en los que no se encontró ninguna manifestación, sobre todo considerando cuanta "preocupación" genera desde el punto de vista psicológico en cualquier paciente, más aún en los quemados, el hecho de ir a un salón de operaciones tabla 5.

Tabla 5. Relación entre las manifestaciones psicológicas y el tratamiento.

Manifestaciones psicológicas	Tratamiento Recibido			
	Quirúrgico	%	Médico	%
Ansiedad	1	6,25	3	6,52
Depresión	1	6,25	6	13,04
Irritabilidad	1	6,25		
Trastorno de adaptación			1	2,17
Combinación de varias	7	43,75	10	21,7
Sin manifestaciones	6	37,5	26	56,52
Total	16	25,8	46	74,19

De los 30 pacientes con manifestaciones psicológicas 25(83,3%) pacientes recibieron tratamiento psicoterapéutico y 5 pacientes (16,6%) no recibieron tratamiento específico para sus alteraciones psicológicas, llama aún más la atención como del grupo de los 32 pacientes sin manifestaciones emocionales referidas en la historia clínica se le realizó tratamiento específico de orientación familiar a dos pacientes, psicoterapia de apoyo a cuatro y terapia de relajación a uno.

DISCUSIÓN

Es de suma importancia el seguimiento desde el punto de vista psicológico de los pacientes quemados durante la fase inicial, media y tardía de su hospitalización. En los lactantes y niños de 2 a 4 años es importante monitorar la regresión psicológica, su nivel de desarrollo emocional se determina observando las interacciones del niño con sus padres y el personal que lo atiende; la información obtenida se compara con el nivel previsible para los niños de la misma edad, así como la información obtenida de los padres sobre el nivel evolutivo del niño.⁸

Es frecuente la regresión como síntoma en estas edades, la cual puede adoptar varias formas de presentación, se niegan a comer, no tienen control de esfínteres, se deprimen, provocándole insomnio, anorexia retraining, llanto, irritabilidad, ansiedad, etc.⁸

En este trabajo no aparece referido en los pacientes menores de 15 años los síntomas de regresión como tal, aunque algunos presentaron ansiedad, y más de una reacción emocional que incluyó, miedo tristeza, temor e intranquilidad.

Los adolescentes en concordancia con las respuestas propias de esta edad, responden, mediante el rechazo a todo control procedente desde el exterior, porque les "huele" a dependencia e infancia y es precisamente durante la etapa de hospitalización donde estos pacientes se ven sometidos al cuidado por parte del personal que los viste, los desnuda, les da de comer, los baña le ayuda en la defecación y en la micción, y además le somete a fisioterapias dolorosas.

De manera que para ellos estar de acuerdo con el personal sería depender de él. Después de la fase inicial de hospitalización los adultos presentan una amplia gama de respuestas a su situación, ira, depresión, hostilidad, neurosis traumática y rechazo entre otras.

Más que los niños los adultos presentan los signos y los síntomas propios de la depresión (insomnio, agitación, propensión al llanto, anorexia y constipación). Evidentemente su respuesta está determinada por la edad pues el término adulto representa un grupo muy heterogéneo, así los adultos jóvenes reaccionan de modo parecido a los adolescentes, y los de más edad dependiendo de la naturaleza de sus lesiones es posible que se rindan y deseen un final más rápido.

En este trabajo la depresión y la combinación de varios síntomas ocuparon porcentajes relevantes en los diferentes rangos de edades evaluados para los adultos; sin embargo cabe destacar que la ausencia de síntomas referidos, así como la no valoración psicológica de más de la mitad de los pacientes es un dato relevante de este estudio.

Otros trabajos plantean que muchos de los pacientes que sufren quemaduras presentan un trastorno psiquiátrico preexistente hasta en el 35 % de los casos, y que los más frecuentes son el consumo de sustancias y los trastornos del estado de ánimo. ⁶

Las situaciones especiales (psicosis, alucinaciones, síndrome de abstinencia del alcohol) requieren a menudo de la atención del psiquiatra en la unidad de quemados, a excepción del síndrome de abstinencia estas situaciones no están

relacionadas necesariamente con una fase de la hospitalización, gran porcentaje de los pacientes tratados en una unidad de quemados presentan en algún momento síntomas psicóticos como alucinaciones, asociación, delirios y asociaciones laxas, siendo difícil determinar el origen y los motivos, lo que implica averiguar si los mismos guardan relación con una causa funcional u orgánica, esta última relacionada con causas fisiológicas.⁸

El delirium se presenta, aproximadamente, en una cuarta parte de los pacientes que sufren quemaduras graves; es más habitual, especialmente, en ancianos durante la fase aguda del tratamiento, y tiende a empeorar cuando no se logra una buena analgesia.

Ello puede deberse a múltiples causas que son secundarias a la quemadura, como la respuesta inflamatoria sistémica, la sepsis y la disfunción múltiple de órganos.^{6, 9,10}

En este trabajo echamos de menos a la presencia de tales síntomas en los pacientes estudiados, sin contar con que en el 51,6 % de los pacientes no aparecen síntomas referidos, lo que confirma un poco lo que hemos venido diciendo sobre la falta de comentarios al respecto en las evoluciones de la historia clínica, así como la ausencia de valoración específica (psicológica y psiquiátrica) en un gran porcentaje de los pacientes estudiados.

Diversos estudios han sugerido que muchos niños quemados tienen antecedentes emocionales¹¹ o provienen de situaciones domésticas en las cuales hay tempestades emocionales.¹²⁻¹⁵

En otro estudio se encontró la ansiedad presente en la mayoría de los sobrevivientes por quemaduras graves.⁸

Todo lo anterior refleja una relación entre la gravedad de los pacientes y la presencia de más de una alteración desde el punto de vista psicológico. Algunos trabajos expresan que la magnitud del cuadro sintomático, depende de diversos factores relacionados con la gravedad de la lesión, las circunstancias que rodearon el accidente y el estado psicológico anterior del paciente.¹⁶

Numerosos estudios han demostrado que las intervenciones quirúrgicas de las

quemaduras son de gran trascendencia emocional para el enfermo.¹⁶

Es por todos conocidos que el enfermo rehúye a la hospitalización cuando requiere intervención quirúrgica, provocando profunda angustia en la relación integridad-psíquico y corporal.

Teniendo en cuenta que la psicoterapia de apoyo forma parte del proceso de atención de enfermería, y que todo paciente ingresado por quemaduras debe ser valorado desde el punto de vista psicológico, y recibir tratamiento psicoterapéutico; lo anterior nos demuestra que hay un gran subregistro tanto de los procedimientos terapéuticos específicos, así como de las alteraciones psicológicas que padecen los pacientes durante su ingreso.

Por lo general no está indicada medicación anti-depresora para los síntomas que experimentan los quemados, excepto en el caso de una depresión muy intensa, esta medicación ejerce efectos dudosos en depresiones reactivas o de situación y a veces aumentan la ansiedad o el malestar.¹

También muchas veces la medicación con algunos antidepresivos entra en conflicto con el uso de anestésicos requeridos para el tratamiento quirúrgico del paciente. Quienes cuidan quemados deben aconsejarse para que utilicen medicamentos contra la ansiedad, hipnóticos, y la ayuda de otros pacientes curados, para ayudar a resistir la depresión natural que origina la situación.

Debido a que la recuperación y la rehabilitación del paciente dependen del apoyo que recibe de sus seres queridos, es necesario trabajar en firme con los familiares.

Este trabajo suele realizarse conjuntamente con el psicólogo y el grupo multidisciplinario. Los miembros de la familia del quemado manifiestan diversas respuestas emocionales frente al problema del paciente, ya que esto suele traer sentimientos de culpa, no expresado, así como ira entre ellos. A veces estos sentimientos se comunican verbalmente e interfieren mínimamente en la asistencia del paciente. Sin embargo, es muy frecuente que tales emociones lleven a cierto tipo de inmovilización que hace que los miembros de la familia se nieguen a atender al paciente. En otros casos, estos mismos sentimientos estresantes inducen a la familia a comportarse agresivamente con el personal médico de la unidad de quemados. Sea cual sea la vía de expresión de estos sentimientos lo cierto es que

dificulta el tratamiento del paciente. Al afrontar la familia es importante que el Psicólogo que es un miembro del equipo de quemados, establezca una relación sólida con los integrantes de esta, poco a poco y con tacto. ¹⁶

CONCLUSIONES

- El mayor número de pacientes tenían una edad menor de 15 años seguidos del grupo comprendido entre los 31 y 45 años.
- La mayoría fueron del sexo femenino predominando en ellos más de una alteración psicológica durante su ingreso.
- El mayor por ciento de los casos estudiados no tenía antecedentes psiquiátricos, sufrieron lesiones de forma accidental, y estaban reportados de leves y menos graves.
- La terapia de apoyo fue el tratamiento psicológico más empleado.
- Un alto por ciento de pacientes no tenía comentario alguno de reacción emocional durante su ingreso.
- Un número significativos de pacientes no fue valorado profesionalmente ni recibió tratamiento alguno desde el punto de vista psicoterapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. West DA, Shuck JM. Emotional problems of the severely burned patient. Surg Clin North Am. 1978; 58(6):1189-1204.
2. Hamburg DA, Hamburg B, Degoza S. Adaptative problems and mechanisms in severely burned patients. Psychiatry. 1953; 16(1): 1-20.
3. Jackson DM. The psychological effects of burns. Burns. 1974; 1(1): 70-4.
4. Kjaer GC. Psychiatric aspects of thermal burns. Northwest Med.1969; 68(6): 537-41.

5. Steiner H, Clark WR Jr. Psychiatric Complications of burned adults: A classification. *J Trauma*. 1977; 17(2): 134-43.
6. Niño García JA. Despersonalización en pacientes quemados. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010 [citado 16 Nov 2014]; 39(1):168-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615449012.pdf>.
7. Johnson K, Krause J. La ansiedad psicológica después de una lesión por quemadura. [Internet]. 2011 [citado 16 Nov 2014]. Disponible en: http://www.msktc.org/lib/docs/burn-distress-span_bzedits.pdf.
8. Dalton R. Psiquiatría en la Unidad de Quemados. Manual de tratamiento en las quemaduras, un planteamiento interdisciplinario. La Habana: [s.n.]; 1987. p.245-24. (Edición revolucionaria)
9. Levenson J. Tratado de medicina psicosomática. Santiago: Ars médica; 2006. p. 665-94.
10. Blumenfeld M, Strain J. Stanley Grossman Psychodynamic Approach. En: *Psychosomatic medicine*. Philadelphia: Lippincot; 2006. p. 309-38.
11. Seligman R. A psychiatric classification system for burned children. *Am J Psychiatry*. 1974; 131(1):41-6.
12. Breslin PW. The psychological reactions of children to burn traumata: A review. *IMJ Ill Med J*. 1975; 148(5):519-24.
13. Galdston R. The burning and healing of children. *Psychiatry*. 1972; 35(1):57-66.
14. Long RT, Cope O. Emotional problems of burned children. *New Engl J Med*. 1961; 264:1121-7.
15. Mckegney FP. The intensive care syndrome. The definition, treatment and reaction of a new "disease of medical progress." *ConnMed*. 1966; 30(9):633-6.

16. Germán JL. Las reacciones emocionales del paciente. [Internet]. 1997 [citado 16 Nov 2014]. Disponible en:
<http://www.redmedica.com.mx/medicina/reacciones.html>

Recibido: 15 de diciembre del 2014.

Aprobado: 25 de diciembre del 2014.

Francisco Luís Fernández-Vega Barreto. Hospital provincial de Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.