

Estrategias de intervención psicológica en pacientes con quemaduras importantes

Strategies for psychological intervention in patients with major burns



MARTA R. RODRÍGUEZ LÓPEZ
Psicóloga Sanitaria.

Máster en Prevención de Suicidio. Especialista en Intervención Psicosocial con Perspectiva de Género.

FRANCISCO JOSÉ CELADA CAJAL
Doctor en Cuidados en Salud por la Universidad Complutense de Madrid.

Enfermero de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Psicólogo de Emergencias. Profesor Asociado UCLM.

✉ franciscoj.celada@uclm.es



MANUSCRITO



Fecha recepción:
15/08/2021



Fecha aceptación:
06/09/2021

Resumen

Las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial con una alta morbilidad de difícil gestión a nivel sanitario y de reinserción social. Su tratamiento precisa de personal altamente especializado entre los que destacan los profesionales de enfermería por cercanía y experiencia en cuidados. Todo el staff está implicado en ofertar los mejores cuidados y tratamientos tanto a nivel físico y fisiológico como a nivel mental, emocional y social. En nuestra sociedad, el desconocimiento de la existencia y funcionamiento de las unidades de atención especializadas para personas con quemaduras graves es notorio. El objetivo de una Unidad de Quemados es la rehabilitación integral del paciente que ha sufrido quemaduras graves. A los recursos clínicos, técnicos y de cuidados para curar las quemaduras, ha de añadirse, que la persona y familiares superen también el sufrimiento emocional causado por las lesiones. En este sentido, son primordiales los cuidados y la intervención psicológica precoz de todas las personas que sufren de graves quemaduras, así como de su familia y entorno social cercano. La persona con quemaduras graves va a necesitar de los apoyos percibidos para conseguir su recuperación a nivel integral, pudiéndose prevenir el malestar psíquico, que puede derivar incluso en trastornos mentales de diagnóstico grave y en el suicidio. Se trata de acompañar a la persona durante todo el proceso hospitalario, post hospitalario y comunitario para que mantenga una situación de cambio y adaptabilidad, consiguiendo la reintegración social y la mayor calidad de vida posible, tanto percibida como real.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, depresión, estrés postraumático, atención de enfermería, quemaduras, suicidio, estrés psicológico, intervención en crisis, calidad de vida.



Summary

Burns are a global public health problem with high morbidity, which is difficult to manage in terms of health and social reintegration. Its treatment requires highly specialized personnel, among which the nurses stand out for their proximity and experience in care. All the staff is involved in offering the best care and treatments at a physical and physiological level as well as at a mental, emotional and social level. In our society, the existence and functioning of specialized care units for people with severe burns is notorious. The aim of a Burn Unit is the comprehensive rehabilitation of patients who have suffered severe burns. In addition to the clinical, technical and care resources to cure burns, it must be added that the person and family members also overcome the emotional suffering caused by the injuries. In this regard, care and early psychological intervention for all persons suffering from severe burns, as well as their families and close social environment, are paramount. Individuals with severe burns will need the support they perceive to achieve their full recovery, preventing mental discomfort, which can even lead to chronic mental disorders and suicide. The aim is to accompany the person throughout the hospital, post-hospital and community process so that he or she maintains a situation of change and adaptability, achieving social reintegration and the highest possible quality of life, both perceived and real.

KEYWORDS: anxiety, depression, post-traumatic stress, nursing care, burns, suicide, psychological stress, crisis intervention, quality of life.

Introducción

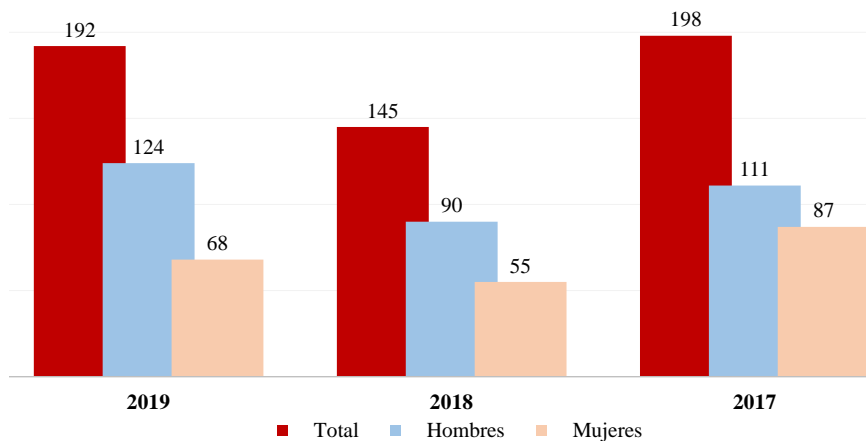
Las quemaduras ocasionan aproximadamente 300.000 muertes al año a nivel mundial, la mayoría son resultado del efecto directo de las llamas, escaldaduras, electricidad y productos químicos, siendo un problema de salud pública de primer nivel como nos advierte la OMS¹. Las quemaduras se producen generalmente por una interacción entre el cuerpo y una fuente energética térmica con una temperatura que supera a la del organismo humano y que le transmite calor, esto ocurre con las llamas, el agua hirviendo, los objetos calientes y las radiaciones solares, sin olvidarnos de la fricción por arrastre en una variedad de accidentes, por ejemplo, de motociclismo. En Espa-

ña, las quemaduras ocasionan más de 6.500 atenciones en urgencias anualmente, de las que aproximadamente un 20% necesita de estancia hospitalaria e ingreso para cuidados especiales². Dos tercios de las personas ingresadas en todos los tramos etarios son varones, excepto en el grupo de mayores de 65 años donde las mujeres son más del 50%. La mortalidad en los ingresos por quemaduras es superior al 4%. Los últimos datos de número de fallecidos en España por accidentes por fuego, humo y sustancias calientes en 2019 han sido de 192, 124 hombres y 68 mujeres (**Figura 1**), en el avance de datos de enero a mayo de 2020 ha sido de un total 78 exitus, 49 varones y 29 féminas³.

Uno de los traumatismos más seve-

ros, del que el ser humano puede ser víctima, son las quemaduras graves de toda índole y causas. Una quemadura que afecta en extensión al 15 % del cuerpo en el adulto, o al 10 % del niño, o de una persona con más de 50 años, se denomina enfermedad del gran quemado. Estas personas suelen distinguirse por sus secuelas funcionales y estéticas debido a la cicatrización de las lesiones o la retracción de las cicatrices de las quemaduras. Dichas lesiones atacan no solo a lo físico, sino también tienen un efecto devastador y profundo a nivel psicológico, pudiendo alterar seriamente la salud mental de quien las sufre. Como el DSM-5 nos recuerda⁴, "un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado >

FIGURA 1. MUERTES EN ESPAÑA POR ACCIDENTES POR FUEGO, HUMO Y SUSTANCIAS CALIENTES 2017-2019



Elaboración propia. Fuente INE. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>

Apoyar en minimizar el estrés será **crucial** tanto para la persona con quemaduras graves como para su **familia**

cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes⁵. Esta descripción corresponde con muchos de los problemas psicológicos que la persona con quemaduras graves sufre después del traumatismo. El estrés postraumático, la ansiedad⁶, la depresión, la pérdida de la autoestima y las dificultades ante los cambios en la imagen corporal, son algunas de las alteraciones mentales más comunes¹, que, acompañadas de dolor y trastornos del sueño, pueden llevar si no se previenen y se cuidan adecuadamente, a la conducta autolítica y a un riesgo serio de muerte por suicidio. El seguimiento de los posibles trastornos mentales de las personas que sufren graves quemaduras en el corto, medio y largo plazo es esencial para detectar, prevenir, cuidar e intervenir a tiempo y evitar el agravamiento, la cronificación y así lograr una calidad de vida relacionada con la salud todo lo cercana a la que

tenía previamente al traumatismo por quemadura⁶. El término de Estrés Postraumático (TEPT) nos lleva a menudo a imaginar sucesos o situaciones donde la persona ha tenido que pasar por algún trauma o suceso de alto impacto negativo. La experiencia directa del suceso que provoca las quemaduras, que expone a la muerte o graves lesiones, es un criterio descrito en el DSM-V para el posible diagnóstico de TEPT. Los síntomas en este trastorno, pueden ser variables de una persona a otra, aunque puede haber varios aspectos comunes como el revivir intensamente la experiencia en forma de imágenes o recuerdos involuntarios, evitar el lugar o la situación asociada al hecho traumático, la aparición de sentimientos de culpa, miedo, indefensión, horror, vergüenza, el rechazo y evitación a hablar de lo ocurrido, produciéndose aislamiento social, el embotamiento emocional, las conductas evitativas, déficits en la expresión y captación de los sentimientos así como alteraciones/ disfunciones sexuales, anhedonia, sentimientos de falta de futuro vital, sensación de acortamiento futuro, dificultades de concentración, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, alteraciones

de tipo cognitivo y cambios del estado de ánimo, así como desesperanza. Fernández et al. en 2015 señalan las posibles alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemaduras, como; ansiedad, miedo, depresión e irritabilidad⁷. Casal en 2017 alude a ciertas complicaciones de carácter psicológico⁸ como la depresión y el síndrome de estrés postraumático como los problemas psicológicos más frecuentes en el gran quemado. Su incidencia es entre el 13-23% y entre el 13-45% de los pacientes, respectivamente. Entre los factores de riesgo para depresión se incluyen: depresión previa al evento traumático y sexo femenino en relación a complicaciones cosméticas a nivel facial. Los factores de riesgo para el síndrome de estrés postraumático incluyen: depresión previa al evento traumático, ansiedad y complicaciones cutáneas visibles. Por otra parte, los problemas sociales incluyen alteraciones en el ámbito sexual e interacciones sociales, a pesar de esto, la calidad de vida pareciera mejorar con el tiempo y el correcto tratamiento. El tratamiento se basa en intervenciones psicológicas prolongadas, fisioterapia y el tratamiento focalizado en las

complicaciones individuales de cada paciente.

Puede aparecer asociado un cuadro de depresión, con comorbilidad muy alta, hasta el 80%. Cuando se inicia en la infancia puede alterar el desarrollo de la personalidad y puede haber comorbilidad con sustancias, pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social entre otros, así como conducta suicida. Los factores de riesgo o protección, van a depender de la intensidad del trauma, de las circunstancias del suceso, de la edad, de la estabilidad emocional anterior, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales. El proceso, desde que se produce el suceso, pasando por la atención hospitalaria a la posterior recuperación y vuelta a una vida normal, puede llegar a ser muy largo. La pérdida de la propia identidad, de no reconocerse, de tener miedo a verse, a contemplar las quemaduras, son consecuencias que dependiendo de cómo se trabajan apoyando a la persona, dependerá también de que su recuperación sea más llevadera. Adaptarse a las cicatrices, y superar las barreras y el estigma social, además del propio proceso de aceptación de los cambios en la imagen corporal, forman parte de algunas de las trabas con las que se pueden encontrar cuando intentan recuperar su vida. A veces, las secuelas se cronifican y no pueden recuperar su trabajo o actividad anterior, derivando en una mayor dependencia y aumentando el riesgo de vulnerabilidad. Ésta también afecta a su entorno familiar y personas allegadas.

El papel de los profesionales de enfermería en la prevención de la aparición de las secuelas es muy importante. Al principio, sobre todo para evitar secuelas funcionales, los cuidados, curas y la rehabilitación son imprescindibles para lograr una temprana recuperación de las lesiones en el paciente quemado. Esta debe iniciarse de manera precoz en personas que han sufrido quemaduras graves en las horas posteriores al accidente, ya que, si no se presta atención temprana, las complicaciones futuras pueden ser difícilmente tratables⁹.

Los problemas psicosociales se encuentran muy presentes en los pacientes de esta índole, y las enfermeras, que son las que más tiempo interactúan con los pacientes debido al tiempo que dedican a las curas, son las primeras que deberían detectar estos problemas e intentar solucionarlos¹⁰.

Los profesionales de enfermería, necesitan no solo de una formación específica para la atención y la mejora de la comunicación con pacientes en situaciones tan críticas y especiales, sino también, unos cuidados específicos que ayuden a la sobrecarga diaria producida por las curas largas, de horas y la atención directa de la persona, sin olvidar de la atención que ha de recibir la otra parte, muy importante como es la familia.

Objetivos

Principal

Identificar y describir los trastornos mentales más habituales que presentan las personas con quemaduras graves para su prevención, intervención y restablecimiento de

la salud física, mental y de una adecuada calidad de vida.

Específicos

- Discernir las futuras secuelas a nivel emocional y psíquico que puedan persistir en el tiempo y que precisen de futuros tratamientos e intervenciones a corto, medio y largo plazo.
- Aumentar la estandarización y certeza al aplicar cuidados a las personas víctimas de quemaduras graves, basados en la última evidencia.
- Aportar herramientas para la mejora competencial del equipo multidisciplinar que atiende a las personas con quemaduras graves.
- Ampliar el campo de investigación enfermera sobre los cuidados psicológicos y sociales a personas con quemaduras graves.

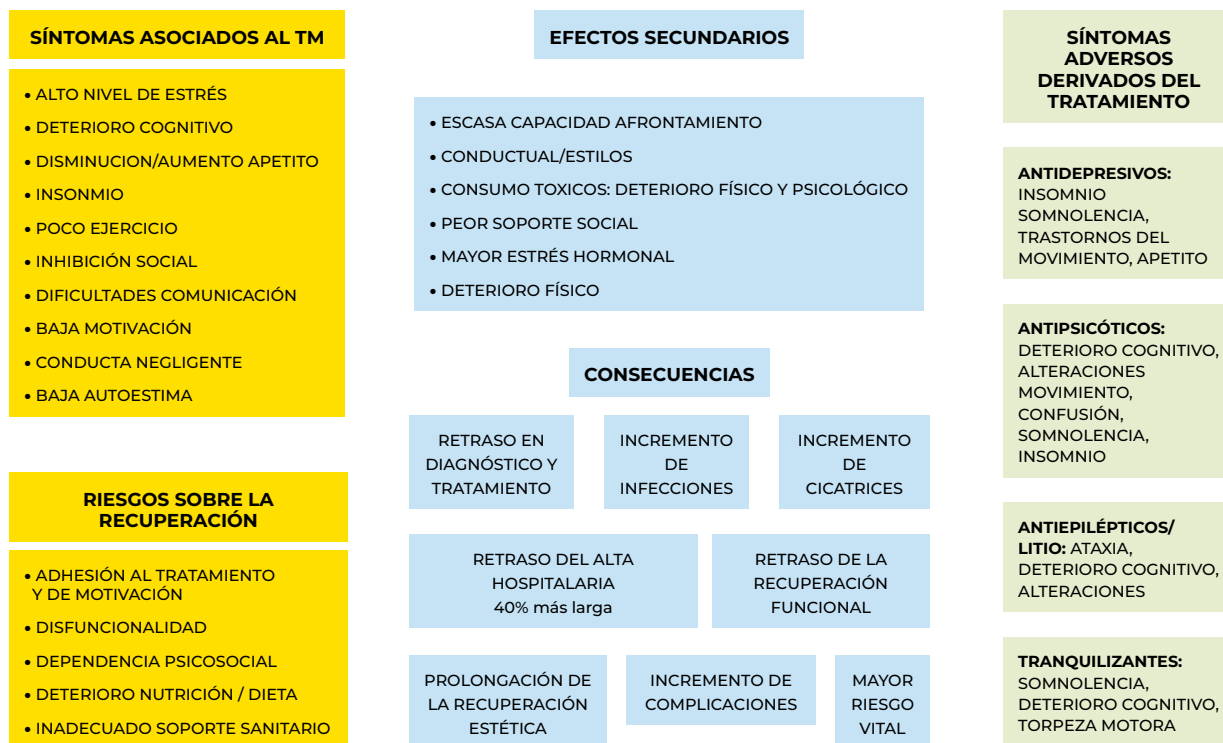
Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la evidencia en intervenciones psicológicas y cuidados enfermeros psicosociales en la persona con quemaduras graves durante los meses de mayo a julio de 2021 en PUBMED, con una antigüedad de hasta diez años, se han añadido algunas entradas anteriores a este límite, por su trascendencia y significación. Se ha contado con los consejos y apoyo del periodista sanitario Juan Andrés Siles en el estilo de redacción, además del trabajo y colaboración del servicio de la Biblioteca de la UCLM (Universidad de Castilla la Mancha) en el Campus de Toledo, para el aporte de evidencia actualizada sobre el tema. Se seleccionaron artículos originales y de revisión escritos en inglés, portugués y castellano, de los cuales se ha tenido acceso al texto completo.

Las Palabras Clave utilizadas en la búsqueda han sido: 1) en castellano; ansiedad, depresión, estrés posttraumático, atención de enfermería, quemaduras, suicidio, estrés psicológico, intervención en crisis, calidad de vida. 2) en inglés; >

Algunas personas, tendrán que ser **atendidas** en intervenciones más **duraderas** según las necesidades o los factores de riesgo que se puedan **valorar** y considerar durante los procesos de **atención hospitalaria**

FIGURA 2. Hipótesis de la vulnerabilidad de los pacientes con trastorno mental de sufrir quemaduras graves. Gallach E. (2016). Retos y desafíos del paciente Gran Quemado: La intervención desde la Psicología Clínica. Proyecto Lumbre.



Elaboración propia.

anxiety, depression, post-traumatic stress, nursing care, burns, suicide, psychological stress, crisis intervention, quality of life.

Exposición del tema y discusión

Las quemaduras, provocan una gran disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas afectadas. La CVRS es medible, cuantificable y primordial para conocer la impresión subjetiva de su calidad de vida. Hay que tener en cuenta, por lo tanto, las dimensiones que engloban la calidad de vida de cualquier persona, como son el bienestar emocional, material y físico, las relaciones interpersonales, la inclusión social, el desarrollo personal, la autodeterminación y los derechos, para trabajar de continuo sobre las mismas y de manera personalizada. En un estudio de revisión sistemática del 2018, Spronk et al. concluyen que se pueden apli-

car diversos instrumentos para la medición de los CVRS en personas con quemaduras, como; la Escala de salud específica para quemaduras (BSHS-B), el Formulario corto 36 (SF-36) y el cuestionario EuroQol (EQ-5D)¹¹. Salazar, J. y col. destacan en su artículo del 2020, sobre el Síndrome de Stevens-Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica, algunas escalas como la SCORTEN por su utilidad para discutir el pronóstico con los familiares o en la toma de decisiones clínicas en pacientes con esta enfermedad¹². Plantean un abordaje multidisciplinario, y sugieren la valoración temprana por oftalmología y psicología para prevenir secuelas comunes y el deterioro progresivo de la calidad de vida, considerando el abordaje precoz y la derivación a una unidad de quemados. El primer contacto que tiene la persona tras el suceso ocurrido, en la Unidad hospitalaria, probablemente va a ser con un profesional de en-

fermería. Tendrá que atenderle en la acogida antes de entubar probablemente a la persona, y de realizar una sedación en los casos más graves. La escucha, la comunicación en este momento, va a ser de especial relevancia para cómo se lleve a cabo no solo la intervención sino también la recuperación de la persona a corto, medio o largo plazo. La nomenclatura NANDA, NOC, NIC¹³⁻¹⁴, describe en relación con la conducta suicida diagnósticos enfermeros, que tienen objetivos, intervenciones y actividades para los cuidados de los pacientes. La utilización de la taxonomía 3N para la prevención y cribado de las conductas suicidas de la población de personas que sufren quemaduras graves es muy beneficiosa, puesto que ayuda a obtener, organizar y planificar los procesos de cuidados, el seguimiento de los pacientes de riesgo y los que ya han realizado una o varias intentonas autolíticas previas. El

cribado es un proceso que permite elegir y seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de una situación anómala o posible trastorno de salud mental. No es por lo tanto una valoración definitiva, ya que las personas que son localizadas en el procedimiento deberán confirmar el problema de salud con seguimiento complementario y uso de herramientas psicométricas que reafirmen su presencia.

Los principales diagnósticos enfermeros utilizados y relacionados con los cuidados, intervención psicológica y prevención de los trastornos mentales en la persona con quemaduras graves serían:

- "Dolor agudo" y "Dolor crónico". Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real, o potencial, o de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses en su forma aguda y una duración superior a 6 meses en su forma crónica.
- "Síndrome postraumático". Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador. Con sus diagnósticos acompañantes;
- "Ansiedad". Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontarlo.
- "Desesperanza". Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.
- "Temor". Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

- "Trastorno de la imagen corporal". Confusión en la imagen mental del yo físico.
- "Aislamiento social". Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros como un estado negativo o amenazador.
- "Baja autoestima situacional". Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.
- "Baja autoestima crónica". Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.
- "Afrontamiento ineficaz". Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.
- "Desempeño ineficaz del rol". Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.
- "Riesgo de suicidio". Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.
- "Trastorno del patrón del Sueño". Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Por ende, otros diagnósticos enfermeros a tener en cuenta para el desarrollo de los cuidados de enfermería relacionados con la conducta suicida y la depresión que pueden utilizarse son: Riesgo de sufrimiento espiritual, Sufrimiento espiritual, Desequilibrio del campo energético, Riesgo de violencia autodirigida, Riesgo de lesión, Riesgo de automutilación, Riesgo de intoxicación, Automutilación, Procesos familiares disfuncionales y Deterioro de la interacción social.

La detección y el tratamiento precoz en la sintomatología depresiva y emocional, teniendo en cuenta la evaluación del riesgo suicida, son claves para la prevención. Algunas de las personas ingresadas en las unidades de atención a quemados son atendidas tras autolesionarse, o realizar un intento de suicidio.

En los pacientes con quemaduras autoinfligidas¹⁵, la presencia de psicopatología es común. Los síntomas psicóticos son frecuentes en estos pacientes y las quemaduras en ellos con frecuencia ocurren como resultado de la actuación de un delirio y/o alucinación. Gallach en su investigación de 2015 sobre el perfil psicológico del paciente gran quemado¹⁶ concluye, que además de no encontrarse un perfil psicopatológico predominante entre los pacientes con comorbilidad, sí que existe una dimensión clínica caracterizada por

pensamientos, sentimientos y acciones relacionados con afectos negativos de ira, cólera o enojo, que establecen diferencias significativas entre sexos, apuntando hacia una mayor incidencia en los varones. Pero, no es posible establecer una relación causal entre ambos fenómenos debido a las características intrínsecas de una investigación de carácter descriptivo. Los resultados indican que los trastornos más prevalentes entre los grandes quemados son similares a los de la población en general, en

Los programas y **protocolos de apoyo psicoterapéutico y farmacológico** adaptados a cada persona, deben ser una realidad en todas las unidades que traten quemaduras severas para **favorecer una mejora y apropiada reintegración** a su entorno familiar, **laboral y social**

TABLA 1. Etapas e intervenciones por las que pasa un paciente gran quemado, adaptación de Watkins y cols. (1988) y Fernández y Sánchez (2009).

PSYCHOLOGICAL STAGES IN ADAPTATION FOLLOWING BURN INJURY: A METHOD FOR FACILITATING PSYCHOLOGICAL RECOVERY OF BURN VICTIMS. 1988	INTERVENCIONES
1. Ansiedad por la supervivencia	Recibir orientación tan pronto como sea posible durante los primeros días de atención.
2. El problema del dolor	Uso de analgésicos individualizados para poder paliar y mejorar el control del dolor
3. La búsqueda de significado	Tener en cuenta lo que la persona explica en relación a lo que experimenta y así poder validarlo
4. La inversión en la recuperación	Desde la educación, trabajar con objetivos gradualmente teniendo en cuenta las capacidades, autocuidados y recuperación de habilidades
5. Aceptando las pérdidas	Legitimar: aceptación de la pérdida y también de la posibilidad de recuperación psicológica. El apoyo familiar y de amigos influyen en el funcionamiento de la persona.
6. La inversión en la rehabilitación	Valorar y recomendar: volver a aprender y adaptarse con la asistencia de profesionales.
7. Reintegración de la identidad (Esta es la tabla okok correcta) (Esto no ponerlo...CLARO)	Los cambios en el funcionamiento de la persona influyen y esta ha de tener su propia perspectiva, responsabilidad y derecho de considerar o elegir los tipos de intervención.

Elaboración propia.

cuanto a los trastornos de ansiedad se refiere.

Logsetty en el estudio longitudinal realizado en Canadá con adultos hospitalizados con quemaduras¹⁷, muestra que los sobrevivientes, en cualquier momento, tienen más probabilidades de tener diagnósticos de resultados de salud mental y acceden a la atención con más frecuencia que la población en general. Esto resalta la importancia tanto de

la detección de resultados de salud mental, como de brindar atención y recursos de salud mental a esta población.

Por otra parte, la hipótesis de vulnerabilidad de los pacientes con trastorno mental de sufrir quemaduras graves, recogida en Gallach 2016¹⁸ hace referencia a factores que pueden influir a la hora de sufrir quemaduras en personas diagnosticadas de patología mental, insistiendo en

las medidas de atención, coordinación y de prevención a tener en cuenta (**Figura 2**).

Los pacientes "grandes quemados" pueden pasar prolongadas estancias en estas unidades, lo que hace muy largo el proceso de hospitalización, con todos sus inconvenientes. En este sentido, la intervención psicológica, ha de ser primordial desde el primer momento de acogida tanto a la persona como a la familia.

ALGUNAS CUESTIONES PSICOLÓGICAS SOBRE PACIENTES QUEMADOS. 2009	INTERVENCIONES
1. Confusión e interés por vivir	Orientar, informando con mensajes sencillos de dónde se encuentra y el plan inmediato en próximas horas.
2. Las molestias físicas intensas en un entorno extraño	Analgesiar, luchar contra dolor y legitimar sentimientos de indefensión y explicar la temporalidad del problema
3. Buscar explicaciones y “pensamientos molestos”	Validar, ayudar al paciente a encontrar su propia respuesta coherente, a través de la escucha activa y de aceptar y manejar propuestas
4. El principio de volver a funcionar	Explicar, sabiendo primero las posibles expectativas poco realistas para tratar de modificarlas después. Calcular de manera “generosa” los logros a alcanzar
5. Contabilizando y analizando las pérdidas	Legitimar. Permitir las reacciones emocionales y ofrecer la oportunidad de hablar sobre las pérdidas. Hablar de lo anterior en todos los ámbitos que aparezcan: lo social, lo lúdico, lo físico, lo laboral, etc.
6. Recuperarse con cambios	Adaptarse a nuevos retos que tras un período de deberán resolverse con una “sana renuncia”, un aplazamiento o la superación del obstáculo. Hablar de lo poco posible sobre las expectativas de alcanzar la recuperación total.
7. Un buen resumen con punto y seguido	Reconocer el derecho de la persona a ver su vida desde su propia perspectiva y a vivirla como mejor encaje en ésta. Permitirá en algunos casos concluir que uno “es la misma persona” o que es “otra persona distinta”.

Algunos autores como Fernández y Sánchez en 2009¹⁹, recogen los diferentes estadios o etapas para la intervención psicológica por las que pueden pasar los “pacientes afectados por grandes quemaduras” para su recuperación, siendo ya descritas previamente por Watkins y cols. en 1988²⁰, (Tabla 1). Aunque el trabajo minucioso para proteger los cuidados en la persona en las curas es primordial, también

ha de ser el considerar el sufrimiento psíquico, el sentir de la persona, tras todos esos cuidados de las quemaduras. Se ha de generar un vínculo con cuidados igualmente especializados para la salud mental de la persona. Los profesionales implicados en los cuidados deberían estar familiarizados y formados con la evaluación periódica de sintomatología depresiva, ideación suicida e intencionalidad suicida.

Obando y Ordoñez en 2020, señalan en los resultados de la implementación de su protocolo de atención al paciente quemado y familiares, de la necesidad de realizar intervención psicológica, atendiendo al apoyo cognitivo, emocional y material para la adaptación a los cambios y la mejora de la calidad de vida de estas personas, teniendo en cuenta su capacidad para enfrentarse psicológicamente a un trauma tan extremo²¹. Las intervenciones más utilizadas fueron psicoterapia de apoyo, psicoeducación, terapia cognitiva, intervención familiar e intervención en crisis.

La intervención psicológica es necesaria desde el momento de la acogida de la persona y de su familia. El papel del profesional de la psicología va a ser crucial desde el primer momento, desde una atención urgente, pasando por un proceso de evaluación, de intervención, hasta un seguimiento posterior incluso después del alta hospitalaria.

Las condiciones en las que la persona llega o permanece durante un tiempo, serán clave para poder evaluar utilizando técnicas de escucha activa, a través del lenguaje verbal pero también no verbal. Explorando la expresión emocional, así como valorando el discurso que pueda conllevar a conocer las capacidades, expectativas y habilidades de afrontamiento que la persona tenga o pueda tener para su recuperación. Apoyar en minimizar el estrés será crucial tanto para la persona con quemaduras graves como para su familia. Algunas personas, tendrán que ser atendidas en intervenciones más duraderas según las necesidades o los factores de riesgo que se puedan valorar y considerar durante los procesos de atención hospitalaria.

La intervención psicológica, puede ir desde la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, de exposición y afrontamiento, reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales y en pro de aumentar o mejorar la >

autoestima de la persona, así como técnicas de relajación y regulación emocional. La Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR en inglés), se utiliza cada vez más en nuestro país para procesos graves de estrés, traumas psicológicos y estrés post-traumático, a través de la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

En España, el estudio sobre crecimiento posttraumático en pacientes incluidos en el proyecto de investigación Fénix II fue desarrollado durante dos años en la unidad de quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron²², centro de referencia para esta patología en Cataluña e Islas Baleares. Para el estudio se utilizaron las narrativas de

los pacientes tanto hospitalizados como en tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico ambulatorio después del alta. La base de este estudio está en el Inventario de Crecimiento Posttraumático²³, donde se exploran cinco dimensiones; 1)

Relación con otros, 2) Nuevas posibilidades, 3) Fortaleza personal, 4) Cambio espiritual y 5) Apreciación de la vida.

Mann y col. mencionan la mejora de la prevención del suicidio me-

diante algunas estrategias basadas en la evidencia, concluyendo algunos aspectos como: la importancia de la educación de profesionales de la medicina de atención primaria entre otros y en el diagnóstico y tratamiento de la depresión para tener un mejor enfoque de prevención del suicidio²⁴. Realizar un seguimiento de pacientes que tengan antecedentes de suicidio. Llevar a cabo tratamientos terapéuticos a través de terapia cognitivo conductual, así como tener en cuenta la aplicación de restricciones en los métodos de aplicación de intentos de suicidio. Subrayan que la

determinación del riesgo inminente ha evolucionado, por ejemplo, hacia la monitorización continua a través de dispositivos móviles, aunque se necesita más investigación para evaluar los enfoques e integrarlos en las respuestas de prevención.

La intervención en la prevención del suicidio ha de ser prioritaria también con equipos formados y preparados para la misma. Hablar sobre suicidio, como se señala en algunos manuales de prevención, no induce al suicidio, sino que puede ser una ocasión para poder analizar una intención suicida que tenga la persona²⁵.

Las preguntas directas sobre ello, pueden prevenir y salvar vidas. El preguntar a la persona si ha pensado alguna vez en el suicidio, o sobre

en determinados momentos que se haga más visible la vulnerabilidad de la persona, realizar una valoración más habitual y un seguimiento más exhaustivo del individuo, también puede ayudar a prevenir mayores riesgos y conductas suicidas esperables o no. El hecho de poder hablar del suicidio, e intentos autolíticos, no solo como mera referencia de los antecedentes que pueda tener la persona, va a servir para poder reflexionar y trabajar con una visión más abierta de equipo que ayude a generar respuesta en momentos de seguimiento y atención de las personas. Y a la hora de informar a otros recursos o servicios, como el de psiquiatría, ayudará que la información plasmada en un informe de

evaluación y seguimiento, sea clara, precisa y concisa con respecto al suicidio, sin omitir nada sobre lo mismo. De esta manera se podrán establecer coordinaciones en relación a la mejor atención y para la mejora de la calidad de vida de la persona y de su familia.

En todo caso, y según nuestra experiencia en atención e intervención psicológica, se trata de acompañar a la persona intentando paliar su sufrimiento, en disminuir

la ansiedad, el estrés y favorecer que, mediante el apoyo psicológico, la recuperación pueda ser más saludable, considerando la finalidad del bienestar físico y emocional. La intervención se puede hacer desde un abordaje individual, a un abordaje grupal. En este sentido, es necesario por otra parte, considerar los grupos de apoyo mutuo en los que la persona pueda encontrarse con otras que han podido experimentar situaciones similares, y que puede ser fuente de aporte para retomar su vida desarrollando estrategias de adaptación y mejoras en la calidad de vida.

Plantear **intervenciones** tempranas y eficaces de atención psicológica disminuirá la prevalencia de síntomas **relacionados con estrés**, ansiedad y depresión entre otros, pudiéndose intervenir con mayor antelación en la falta de autoestima, dificultades por cambios de imagen corporal, **alteraciones del sueño** y en la prevención de intentos autolíticos e **incluso suicidio**

frases que pueden ser expresadas en el contexto de tratamiento que pueden inducir al malestar o a pensamientos o ideas suicidas, puede servir de gran ayuda a la persona y a la familia tratada. El argumento base de apoyo, empatía y escucha activa es "hablarlo es esencial". Un factor de riesgo importante, es que la persona haya intentado suicidarse antes, es decir tener un historial previo de intentos de autolisis. Tener en cuenta los factores de riesgo asociados y los de protección ayudará a dirigir la intervención para la prevención del suicidio. Prestar mayor atención



No olvidemos a la familia en todos estos procesos. No solo desde una atención directa, sino también abriendo las posibilidades a la atención terapéutica grupal. Los grupos multifamiliares, se integran a las terapias hospitalarias y extrahospitalarias cada vez más, aunque es en la intervención comunitaria donde se aprecia más su existencia. Además de proporcionar apoyo, se convierten en espacio de respiro. Ayuda a las familias a formular estrategias alternativas a los problemas, explorar

áreas estresantes y anima a que se apoyen unos a otros y compartan preocupaciones.

La intervención psicosocial con algunas personas también será clave para la rehabilitación integradora, física y mental. La intervención preventiva en familiares o personas cuidadoras incluiría una prevención indicada para tratar signos relacionados con la conducta suicida.

Por último y no menos importante, no se puede olvidar ni prescindir del resto de profesionales que trabajan en equipo junto los de psicología, en especial a las enfermeras, que han de garantizar, ante la complejidad de los cuidados, un acompañamiento humano y digno, al que cualquier persona tiene derecho, con una relación en el que la persona y la familia ha de estar informada, atendida

y acompañada en todo el proceso²⁶. Como señala Heras del Proyecto HUCI²⁷⁻²⁸ y Wilson²⁹, la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos o de Críticos, incluyendo las que están especializadas en pacientes quemados, debe mejorar de manera continua, ambos autores nos ponen en antecedentes en cuanto a los comportamientos de los médicos, enfermeras y demás componentes del equipo, que en ocasiones y de una manera no intencionada hacen que los pacientes y familiares sientan la deshumanización. Los comportamientos negativos y su impacto pueden crear tristeza, ira, vergüenza, culpa, incompetencia, ansiedad psicológica e incomunicación en los pacientes que los sufren. Una atención psicológica precozmente prestada, que ha de ser primordial, para el avance y la mejora en el cuidado integral y humanizado de las personas con quemaduras y de sus familiares. ▶

APEX

NOVEDAD

Pro-care Optima Prone

Mejora la calidad de vida de los pacientes que pasan largos periodos de tiempo en posición de decúbito prono.



MODO ELEVACIÓN DE HOMBROS:

La elevación de las celdas en la zona de los hombros y el torso aliviará la presión del cuello, reduciendo así el riesgo de hiperextensión.



MODO GIRO DE CABEZA (10 MIN):

Las celdas de aire comenzarán a inflarse elevando los hombros y el torso del paciente, facilitando la correcta colocación de la cabeza.



MODO DE POSICIÓN:

Disponible para uso supino y prono. Con un solo botón modifica la posición del colchón

Tel.: 944706408
Email: info@apexmedical.es



CONCLUSIONES

1. Los problemas de salud mental más habituales que presentan las personas con quemaduras graves se deben detectar y conocer ampliamente, para su prevención, intervención y restablecimiento de la salud física, mental y de una adecuada calidad de vida.
2. El estrés, la ansiedad, la depresión y el trastorno por estrés posttraumático unidos a otras alteraciones comunes en la persona con quemaduras graves como, dolor, miedo, insomnio, baja autoestima, afrontamiento ineficaz, aislamiento, pobre desempeño de rol y confusión o distorsión con la imagen corporal, pueden hacer que la evolución llegue a ser tórpida y con mayores obstáculos.
3. El abordaje integral de la persona con quemaduras y del entorno sociofamiliar, depende del cómo y cuándo se realicen intervenciones psicosociales por parte del equipo de las unidades de quemados. De su pronta y oportuna aplicación dependerá la persistencia del malestar y sufrimiento psíquico en el futuro, la capacidad de afrontamiento, así como, de la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.
4. Plantear intervenciones tempranas y eficaces de atención psicológica disminuirá la prevalencia de síntomas relacionados con estrés, ansiedad y depresión entre otros, pudiéndose intervenir con mayor antelación en la falta de autoestima, dificultades por cambios de imagen corporal, alteraciones del sueño y en la prevención de intentos autolíticos e incluso suicidio.
5. Implementar y mantener en diversos momentos el cribado de los síntomas psicológicos de todas las personas que ingresen por quemaduras graves con herramientas psicométricas, es de suma importancia.
6. Los programas y protocolos de apoyo psicoterapéutico y farmacológico adaptados a cada persona, deben ser una realidad en todas las unidades que traten quemaduras severas para favorecer una mejora y apropiada reintegración a su entorno familiar, laboral y social.
7. La formación continua en materia de salud mental y específicamente en la prevención del suicidio, para los equipos multidisciplinarios de las unidades que cuidan y tratan a personas quemadas, aparte de necesaria, debería formar parte de las competencias básicas de cada profesional.
8. Hablar del suicidio, de la conducta autolítica, de su detección, prevención, postvención e intervención en crisis, es una asignatura pendiente en todas las áreas de hospitalización.
9. Ha de darse visibilidad al trabajo de los equipos y de los profesionales de enfermería en particular, como baluarte de los cuidados. Con formación e investigación continua se alcanzarán mejoras para que la intervención enfermera, ya sea instrumental o psicológica y emocional, genere desde el comienzo apoyos psicosociales con la persona, su familia y allegados.
10. Generar en el ámbito hospitalario modelos de intervención grupal además de espacios de encuentro, en el que se integre no solo a la persona afectada, sino a sus familiares y allegados, así como a los equipos implicados en los cuidados y atención, ya que pueden servir no solo de espacios de respiro y ventilación emocional, sino también, de exploración, formulación y de recogida de estrategias para una mejor actuación, en todo el proceso de curación y reincorporación a la vida que las personas con quemaduras severas han de seguir.

1. Mock C, Peck M, Juillard C, Meddings D, Gielen A and McKenzie L (Eds). *Burn prevention: success stories and lessons learned*. Geneva: WHO Press; 2011.
2. Monclús E y Martínez JR. *Informe de lesionados por quemaduras en España (2011 - 2017)*. Madrid: Fundación MAPFRE; 2020.
3. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid; [consultado 15 junio 2021]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
4. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016.
5. Alcázar M, Fidalgo MP y Laplana O. Anxiety perceived by burned hospitalized patients in a Burn Unit. *Cir.plást. iberolatinoam*. 2015 Dic; 41 (4): 427-36.
6. Zapata DM y Estrada A. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización, Medellín, Colombia. *Biomédica*. 2010 Dic; 30: 492-500.
7. Fernández FL, Puebla I, Carrillo L. Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemaduras. *Multimed*. 2015; 19 (1):11-14. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/88>
8. Casal IE. Complicaciones a corto y largo plazo de grandes quemaduras térmicas y su tratamiento inicial. Revisión de la literatura. *RAQ Revista Argentina de Quemaduras*. 2017 Ag; 27 (2): 58-70.
9. Martín Espinosa NM, Píriz Campos RM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. *Rev ROL Enferm*. 2014; 37(2): 100-109
10. Arbona R., Almudéver L. Aspectos psicosociales de los pacientes grandes quemados. *Rev ROL Enferm*. 2017 Nov-Dic; 40(11-12): 762-66.
11. Spronk I, Legemate C, Oen I, van Loey N, Polinder S y van Baar M. Health related quality of life in adults after burn injuries: A systematic review. *PLOS ONE*, 2018; 13(5): e0197507.
12. Salazar J, Valverde J y Agüero AC. Síndrome de Stevens-Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica, un reto diagnóstico y terapéutico. *Revista Médica Sinergia*, Enero 2020; 5 (1): e308.
13. Herdman TH y Kamitsuru S (Eds). *NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020*. 11a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
14. Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK y Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
15. Restrepo D, Cardeño C, Páramo L, Escobar L, Cortés V y Duque M. Psicosis y quemaduras autoinfligidas. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2011;40 (4):798-806.
16. Gallach, E., Pérez del Caz MD y Vivó-Benlloch C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2015; 41(4):427-36. <https://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922015000400010>
17. Logsetty S et al. Mental health outcomes of burn: A longitudinal population-based study of adults hospitalized for burns. *Burns*. 2016; 42(4): 738-44.
18. Gallach E. Retos y desafíos del paciente Gran Quemado: La intervención desde la Psicología Clínica. Proyecto Lumbre. *Revista Multidisciplinar de la Insuficiencia Cutánea Aguda*. 2016 Jun; (12):51-5.
19. García Fernández J y Sánchez Cao E. Algunas cuestiones psicológicas sobre pacientes quemados. *Psicología clínica: anuario*. 2009; 4: 192-98.
20. Watkins PN, Cook E L, May SR y Ehleben CM. Psychological stages in adaptation following burn injury: A method for facilitating psychological recovery of burn victims. *JBRC, Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 1988; 9 (4): 376-84.
21. Obando L y Ordoñez E. Protocolo de atención psicológica al paciente quemado y su familia. En Obando L y Ordoñez E (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud*. Cali: Universidad Santiago de Cali; 2020.p. 42-76.
22. Eiroa-Orosa, FJ, Tasqué Cebrián R, Fidel Kinori SG, Giannoni-Pastor A y Argüello Alonso JM. Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar. *Acción Psicológica*. 2012; 9(2): 47-58.
23. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996; 9:455-71.
24. Mann J, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*, 2020 Feb; 7: 611-24 Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
25. Ansean A (Ed). *Suicidios. Manual De Prevención, Intervención y Postvención De La Conducta Suicida*. 2ª ed. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2015.
26. Luis Rodrigo MT (Ed). *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica*. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
27. Basile M J, Rubin E, Wilson ME, Polo J, Jacome SN, Brown SM, Heras G, Montori VM, Hajizadeh N. Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. *Crit Care Explor*. 2021 Jun; 3(6): e0463.
28. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. *Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos*. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
29. Wilson ME, Beesley S, Grow A et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care*. 2019; 23:32.

¿Heridas que no responden al desbridamiento habitual?
¿Heridas de evolución tórpida? ¿Heridas infectadas? ¿Quemaduras?

TDL

TERAPIA DE DESBRIDAMIENTO LARVAL*



Microdacyn®
Wound Care

Solución SOS. Acido hipocloroso*

Tratamiento de primera elección **Efectivo / Seguro / Sencillo**

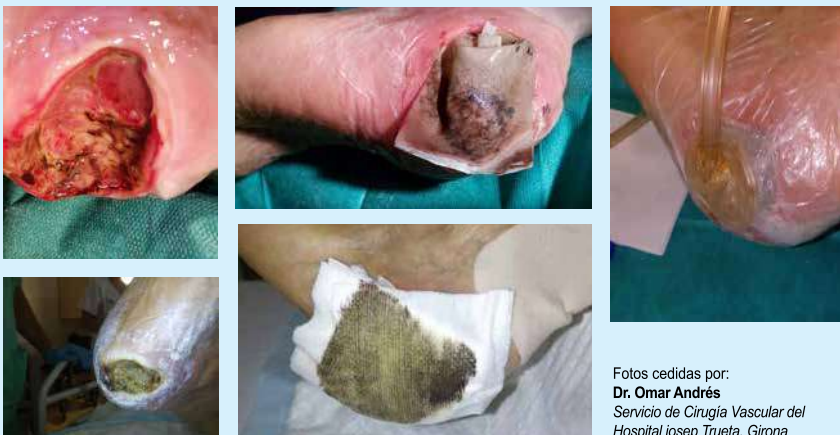
Mas rápido que cualquier otro tratamiento local

Reducción de costes*

Pacientes hospitalizados o a domicilio



* Referencias bibliográficas disponibles.



Fotos cedidas por:
Dr. Omar Andrés
Servicio de Cirugía Vascular del
Hospital Josep Trueta. Girona

Distribuidor oficial en España
GRACIAS POR CONFIAR EN:



Servicio de atención al cliente: sdomedical@sdomedical.com
www.sdomedical.com

Microdacyn®
acción antimicrobiana y antiinflamatoria

Distribuidor: **SDOmedical**
c/. Concepció Arenal, 281-283 • 08030 Barcelona
Tel: (34) 93 360 24 77 - Fax: (34) 93 346 95 94
Mobile: (34) 619 017 926
www.sdomedical.com