

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Características psicológicas del Gran Quemado”

MARÍA ALLUÉ BLANCO

3/06/2013

Trabajo Fin De Máster

Agradecimientos:

A todo el personal sanitario y a los pacientes de la Unidad de Grandes Quemados del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

A los miembros de la Asociación de Quemados de Aragón, AQUA. A Concha y a Fermín, por su ayuda y disposición, desde el principio.

Me gustaría también hacer una mención especial a Mercedes y a Pedro, por confiar en mí y tutorizar este trabajo con gran interés y profesionalidad.

No puedo olvidar a mi familia, por ser mi más fiel testimonio sobre el drama del Gran Quemado. Especialmente a mi tío José Luis, quien por desgracia lo fue, por no rendirse jamás.

A todos ellos, lo cierto es que no tengo palabras para agradecer su entrega y colaboración.

Honestamente, gracias.

“Dicen que la piel tiene memoria, como si fuera el mapa del alma, la geografía de nuestra vida, la huella de nuestros compromisos.”

Anónimo.

ÍNDICE

| | PÁG. |
|---|-------------|
| 1. Introducción | 1-4 |
| 2. Objetivos | 5 |
| 3. Hipótesis | 6 |
| 4. Material y método | 7-29 |
| 4.1. Diseño del estudio | 7 |
| 4.2. Participantes | 7-11 |
| 4.2.1. Tamaño muestral | 12-15 |
| 4.3. Variables de estudio | 16-19 |
| 4.4. Instrumentos de medida | 20-24 |
| 4.5. Procedimiento de recogida de datos | 25-26 |
| 4.6. Plan de análisis y errores | 27-29 |
| 5. Resultados | 30-38 |
| 6. Discusión | 39-44 |
| 7. Conclusiones | 45-46 |
| 8. Bibliografía | 47-50 |
| 9. Anexo | 51-53 |

1. INTRODUCCIÓN

Epidemiología

Se estima que en España se produce al año una quemadura por cada 3.000 habitantes, al menos, que requiera ingreso hospitalario. Sin embargo, se calcula que el número podría ser bastante mayor. Oficialmente, cada año ingresan en las unidades de Grandes Quemados de los hospitales de referencia aproximadamente 1.000 pacientes de estas características. Por último, a nivel mundial, se estima que anualmente hay 100.000 quemados.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las quemaduras ocupan uno de los cinco puestos en las principales causas de muerte a nivel mundial. En concreto, las quemaduras causadas por el fuego son la causa de muerte de cerca de 96.000 niños al año, y cuya tasa de mortalidad es 11 veces mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.¹

De lo anteriormente expuesto se desprende que las quemaduras constituyen un problema importante para la sociedad. De hecho, adquieren gran relevancia social por constituir una lesión muy dolorosa, que suele requerir de largas y costosas hospitalizaciones y que causa una gran cantidad de secuelas estéticas, funcionales, físicas y psíquicas.

La piel, a parte de ser el mayor órgano del cuerpo humano, cumple funciones de vital importancia para el funcionamiento de éste. Lo que es más, constituye una parte fundamental en nuestra relación con lo que nos rodea. Un pensamiento al que nos remite P. Valéry en su célebre frase *"Lo más profundo del hombre es la piel"*.

Por tanto, no sería nada extraño pensar que una enfermedad que afecte a la misma repercutiera de manera grave en la vida de aquel que la padece.²

A razón de la magnitud del daño, dentro de los pacientes dermatológicos, el Gran Quemado sería uno de los más perjudicados.

Respecto a quién llamamos Gran Quemado, la bibliografía referente en torno a esta temática parece enfrentarse al dilema de la correcta definición del paciente con quemaduras. La ambigüedad en el uso del término Quemado versus Gran Quemado es una situación bastante común en la literatura médica.

A día de hoy, la amplia mayoría de los protocolos médicos sobre quemaduras consideran Grandes Quemados a los pacientes con un 10% de piel afectada por quemaduras profundas o un 20% de superficiales, y otros casos, quemaduras más pequeñas, pero en zonas muy comprometidas, como por ejemplo, en la cara. Se incorporan también en este grupo lesiones extensas producidas por agentes químicos o por frío, que desde el punto de vista de su presentación, podrían homologarse a las quemaduras y tienen una fisiopatología similar. En el caso de los Quemados por energía eléctrica de alta tensión, pertenecerían directamente a la categoría de Grandes Quemados por la magnitud del daño: el producido directamente por la electricidad (quemaduras desde interior al exterior), lesiones

secundarias debidas al calor que genera la resistencia al paso de la corriente y las que produce el arco voltaico al momento del contacto.

En todos estos casos se requiere siempre el ingreso hospitalario en una unidad especial, puesto que son pacientes con pronóstico muy grave y en riesgo vital.³

“Secuela, sí. Porque se aprende a vivir con las secuelas. Yo lo he hecho con mi historia. La vivo cada día sin necesidad de mirarme al espejo, porque se ha quedado pegada en mi memoria. El recuerdo me persigue.” La cita anterior pertenece a Marta Allué, y aparece en su autobiografía, *Perder la piel*, en la que narra su experiencia como paciente quemada.⁴

A priori, cualquier paciente lesionado traumáticamente suele precisar un restablecimiento físico junto a rehabilitación psicológica. En el caso de los pacientes quemados este planteamiento, desgraciadamente, resulta mucho más evidente, y también más prolongado en el tiempo. Según un estudio de Blumemfleid y Schoeps realizado en el año 1993 en pacientes de este tipo, dos tercios de los mismos sufren secuelas psicológicas tras la quemadura.^{3 y 5}

El tratamiento de las quemaduras se extiende mucho más allá de la propia supervivencia del paciente.

Dejando a un lado las posibilidades reales de supervivencia de un quemado (supervivencia en este caso dependiente de varios factores), hay que subrayar la potencial morbilidad psicológica en este tipo de paciente. Los aspectos psicológico y social constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del individuo, si ésta llegara a producirse.

Numerosos autores se han interesado por la existencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en estos pacientes. Es considerado un trastorno de ansiedad y su tasa de prevalencia en los quemados es muy variable (del 8 al 45%), como concluye un estudio realizado en Seúl (Corea) por los psiquiatras Yu y Dimsdale.⁶ En otro estudio similar llevado a cabo en Taiwán, se concluyó que un 26,8% de la muestra de quemados presentó TEPT.⁷

Lejos de poner etiquetas diagnósticas propias más bien del ámbito psiquiátrico, identificar la existencia o no de ciertas características aisladas podría resultar de gran ayuda para el ámbito sanitario y sus profesionales. Fomentar el interés de los mismos y la necesidad de conocer al que en encuentra enfrente, al que dirigen el cuidado y ejercicio de su profesión.

Como dijo el gran filósofo griego Aristóteles: *“no se puede desatar un nudo sin saber cómo está hecho”*.

2. OBJETIVOS

1) Objetivo general:

- Tratar de determinar el perfil psicológico del Gran Quemado, evaluando la prevalencia de determinadas características psicológicas en una muestra representativa de esta población, durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2012 hasta el 1 de mayo de 2013.

2) Objetivos específicos

- Analizar los niveles de ansiedad, de depresión o estado depresivo y de estrés en los Grandes Quemados, así como su autopercepción de la calidad de vida.
- Estimar el punto de vista de los profesionales de Enfermería que trabajan en una Unidad de Quemados del Hospital Universitario Miguel Servet, respecto a las características psicológicas de los Grandes Quemados.

3. HIPÓTESIS

Para los objetivos anteriores, se postulan las siguientes hipótesis.*

*Se debe especificar que, al tratarse de un estudio descriptivo, no es posible realizar un contraste de hipótesis (alternativa y nula). Este tipo de estudios son los considerados generadores de hipótesis, para el posterior desarrollo de un estudio analítico.

Hipótesis general

- El Gran Quemado presentará unas características psicológicas específicas consistentes en ciertas alteraciones en áreas concretas.

Hipótesis específicas

- El Gran Quemado presentará un perfil psicológico caracterizado por altos niveles de ansiedad, estado de ánimo depresivo y un deterioro percibido de su calidad de vida.
- Los profesionales de Enfermería que trabajan en la Unidad de Quemados estimarán que los Grandes Quemados tienen unas características psicológicas concretas.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño del estudio

Este estudio se clasifica como descriptivo (no se pretende hallar una relación causa-efecto). Es de tipo observacional (no se interviene ni se manipula) y de corte transversal (los datos son obtenidos en un periodo de tiempo concreto). Dicho periodo abarcará desde el 1 de diciembre de 2012 hasta el 1 de mayo de 2013.

4.2 Participantes

Este estudio se lleva a cabo en dos ámbitos diferentes:

1) Asociación de Quemados de Aragón (AQUA)

La Asociación de Quemados de Aragón (AQUA) tiene como objetivo principal la autoayuda entre personas que han sufrido quemaduras graves. Se autodefine como:

"Somos una Asociación sin ánimo de lucro y sin cuotas. Dado que las secuelas afectan al plano psicológico, social y laboral, la Asociación pretende conseguir su reinserción mediante las propias experiencias de afectados, familiares y voluntarios, sensibilizados con uno de los accidentes más traumáticos que existen, sin desembolso de

cuota alguna por parte de sus socios, por lo que los servicios y actividades que ofrece son posibles gracias a las ayudas y subvenciones concedidas.”⁸

2) Unidad de Grandes Quemados del Hospital Miguel Servet

El Hospital Universitario Miguel Servet, ubicado en la ciudad de Zaragoza, ha sido y es un referente en el tratamiento de los Grandes Quemados a nivel de nuestro país.

La Unidad de Grandes Quemados de este centro fue creada en el año 1971 y remodelada en el 2006. Durante toda su actividad, ha atendido a unos 1.900 pacientes aproximadamente. Actualmente, cuenta con siete habitaciones individuales, dos boxes de críticos, dos salas de curas y un quirófano, que incorpora un sistema de transmisión de imágenes. Fue nombrada en el año 2009 como *referente nacional en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*, que se celebró ese mismo año en Mérida (España).⁹

Respecto a la población en concreto:

- La *población diana* de este estudio son Grandes Quemados, miembros de la Asociación de Quemados de Aragón y pacientes de la Unidad de Grandes Quemados del Hospital Miguel Servet.

- Denominamos *población accesible* de dicho estudio a los Grandes Quemados miembros de la Asociación de Quemados de Aragón y pacientes en la planta de Grandes Quemados del Hospital Miguel Servet, durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2012 y el 1 de mayo de 2013.

- De acuerdo con los criterios de inclusión que se exponen a continuación, se considera *población elegible* a los Grandes Quemados miembros de la Asociación de Quemados de Aragón y pacientes en la planta de Grandes Quemados del Hospital Miguel Servet, durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2012 y el 1 de mayo de 2013, que cumplan estas características:

Criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años.

- Aceptación voluntaria de participación en el estudio, mediante consentimiento de forma oral.

- Tener plena capacidad para recibir información oral y visual, con comprensión oral y escrita de la lengua castellana.

- Que cumplan los siguientes criterios de “Gran Quemado”, medidos por la escala de Tennison y Pulasky, la regla de “los 9”, tal como se muestra en esta tabla (*Tabla 1*)⁹:

Tabla 1

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Cara y cuello..... | 9% |
| Extremidades superiores..... | 9% cada una |
| Extremidades inferiores..... | 18% cada una |
| Tronco anterior..... | 18% |
| Tronco posterior..... | 18% |
| Genitales..... | 1% |

- Quedan excluidos (no forman parte de la población elegible), aquellos Grandes Quemados que cumplan los siguientes criterios de exclusión de este estudio:

Criterios de exclusión:

- Sujetos menores de edad.

- Que no hayan sido incluidas en la categoría de Grandes Quemados (no cumplan los criterios).

Todos estos criterios se evaluaron de la siguiente manera:

- Pacientes de la Unidad de Grandes Quemados, se valoró caso por caso.
- Miembros de AQUA, desde la dirección se establece contacto por e-mail con cada uno.

Habría que añadir que se contó también con una muestra accesoria formada por los profesionales sanitarios de la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Miguel Servet. Los individuos que forman esta muestra (12 profesionales de Enfermería) opinaron sobre las características psicológicas de los Grandes Quemados, con el único propósito de servir como soporte para el cumplimiento del objetivo general de este estudio.

4.2.1) Tamaño muestral

Para poder trabajar con un número adecuado de sujetos, se selecciona una muestra. El tipo de muestreo utilizado es el probabilístico, ya que se parte de una muestra dada (por el conjunto que forman los miembros de la Asociación y los pacientes), lo que lo convierte también en incidental (escogidos intencionadamente y no al azar).

La población inicial está formada por 150 sujetos (cumplían los criterios de inclusión antes expuestos). Es posible garantizar su representatividad porque en este caso existe un listado de todas las unidades de la población (listado de miembros de la Asociación y listado de pacientes).

Se calcula el tamaño muestral realizando previamente una revisión bibliográfica para conocer el tamaño de muestra y el nivel de confianza elegidos en estudios similares y así tener un punto de partida. En la mayoría de los estudios al respecto encontrados, el tamaño de la muestra nunca suele superar los 100 sujetos. Se acusa a la homogeneidad del colectivo (suelen ser grupos previos, a partir de los cuales se extrae la muestra).

DATOS:

- ***Índice de confianza del 95%*** **$\alpha=0,05$** Establecido en investigaciones de C. de la Salud
- ***Coefficiente de confianza*** **$Z_{\alpha}= 1,96$**

Establecidos en investigaciones de C. de la Salud.

• **Varianza**

$$S^2$$

Se desconoce. No se cuenta con una referencia para el cálculo de S^2 (no se hallan en estudios previos), por lo que se procede a obtenerla mediante el cálculo de la desviación típica (S) estimada:

$$S = \text{Diferencia entre los valores máximos y mínimos esperables} / 4$$

Cálculo según variables (*tabla 2*):

Tabla 2

| DEPRESIÓN | ANSIEDAD | ESTRÉS | CALIDAD DE VIDA |
|--|--|--|--|
| Intervalo valor esperado (14-20) | Intervalo valor esperado (10-14) | Intervalo valor esperado (19-25) | Intervalo valor esperado (50-70) |
| 20 – 14= 6 6 / 4= 1,5 S= 1,5 | 10-14=4 4/4= 1 S=1 | 19-25=6 6/4=1,5 S=1,5 | 50-70= 20 20/4= 5 S=1,5 |

Primero se procede al cálculo del tamaño muestral si la población fuera infinita:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * S^2}{d^2}$$

Z_{α} = nivel de confianza (0,05), el valor de Z_{α} = 1.96

S^2 = varianza

$I(d)^2$ = precisión para el parámetro

Tabla3

| DEPRESIÓN | ANSIEDAD | ESTRÉS | CALIDAD DE VIDA |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| $1,96^2 \times 2,25 / 0,4^2 = 54$ | $1,96^2 \times 1 / 0,4^2 = 24$ | $1,96^2 \times 2,25 / 0,4^2 = 54$ | $1,96^2 \times 25 / 0,5^2 = 384,16$ |

La población inicial la formaban 150 sujetos (población finita), ajustamos el tamaño muestral de la siguiente manera:

$$n_a = n / 1 + (n/N)$$

$$n_a = 54 / 1 + (54/150) = 55,36$$

Consideramos una pérdida de seguimiento del 30 %. Por lo que el tamaño muestral ajustado a las pérdidas sería el siguiente:

$$N_a = n (1 / 1-R)$$

- N_a = número de sujetos ajustado a las pérdidas
- n = número de sujetos sin pérdidas (teórico)
- R = proporción esperada de pérdidas

$$N_a = 55,36 (1 / 1 - 0,3) = 79,08 \approx 80$$

El tamaño muestral final queda ajustado en 80 sujetos.

En tablas 4 y 5, distribución por edad y sexo de la muestra.

Tabla 4

| Intervalos de edad | (25-29) | (30-34) | (35-39) | (40-44) | (45-49) | (50-54) | (55-59) | (60-64) | (65-69) | (70-74) | (75-80) |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Fr | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 10 | 17 | 19 | 13 | 5 | 5 |
| Media | 56,61 | | | | | | | | | | |
| SD | 10,27 | | | | | | | | | | |
| Rango | 59 | | | | | | | | | | |

Tabla 5

| <u>Sexo</u> | <u>Porcentaje total</u> |
|---------------|-------------------------|
| <u>Hombre</u> | 78,75% |
| <u>Mujer</u> | 21,25% |

4.3. Variables de estudio

- Ansiedad

- Definición operativa: sensación de disforia (desasosiego, inquietud o malestar). También puede entenderse como un mecanismo adaptativo del cuerpo humano: respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro.
- Clase/ tipo: cuantitativa, discreta, medida con *Escala de Ansiedad y Depresión* (DASS-21).
- Escala y forma de medida: nivel ordinal. Categorizada en NORMAL (0-9), MEDIO (10-13), MODERADO (14-20), SEVERO (21-27) y MUY SEVERO (+28).¹⁰

- Depresión / estado depresivo

- Definición operativa: episodio depresivo caracterizado por la presencia de un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Se relaciona con otros síntomas tanto físicos como psíquicos.

- Clase/ tipo: cuantitativa, discreta, medida con *Escala de Ansiedad y Depresión* (DASS-21).
- Escala y forma de medida: nivel ordinal. Categorizada en NORMAL (0-7), MEDIO (8-9), MODERADO (10-14), SEVERO (15-19) y MUY SEVERO (+20).¹⁰

- Estrés

- Definición operativa: conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción. Ante determinada demanda del ambiente, se producen una serie de procesos fisiológicos y psicológicos que lo preparan para actuar en consecuencia.
- Clase/tipo: cuantitativa, discreta, medida con *Escala de Ansiedad y Depresión* (DASS-21).
- Escala y forma de medida: nivel ordinal. Categorizada en NORMAL (0-14), MEDIO (15-18), MODERADO (19-25), SEVERO (26-33) y MUY SEVERO (+34).¹⁰

- Calidad de vida

- Definición operativa: es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

- Clase/ tipo: cuantitativa, discreta, medida con *Cuestionario de Salud. SF-36*.

- Escala y forma de medida: nivel ordinal. Categorizada en BAJA CALIDAD DE VIDA (0-49) Y BUENA CALIDAD DE VIDA (50-100).¹

Variables neutras:

- Sexo

- Definición operativa: género (masculino o femenino) de la población a estudio.
- Clase/tipo: universal, cualitativa, dicotómica.
- Escala y forma de medida: nivel nominal (Hombre /Mujer).

- Edad

- Definición operativa: número de años de vida.
- Clase/tipo: Universal, cuantitativa, discreta.
- Escala y forma de medida: nivel de razón (número de años de cada sujeto).

4.4. Instrumentos de medida

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS

Se utiliza como instrumento la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés de Lovibond (DASS-21).

Esta escala consta de 21 ítems (7 para cada estado emocional), valorado cada uno de ellos con una escala de cuatro puntos (entre 0 y 3), e indicando en qué grado ha experimentado el paciente los síntomas en cuestión durante los siete días anteriores a la de realización del cuestionario.

Se analizan los resultados del cuestionario en función de la puntuación obtenida en las tres áreas del mismo (*Depresión, Ansiedad y Estrés*); la puntuación de cada subescala se suma y se multiplica por 2 (rango de las subescalas entre 0 y 42).

Tabla6

| | Normal | Medio | Moderado | Severo | Muy severo |
|-----------|---------------|--------------|-----------------|---------------|-------------------|
| Depresión | 0-9 | 10-13 | 14-20 | 21-27 | +28 |
| Ansiedad | 0-7 | 8-9 | 10-14 | 15-19 | +20 |
| Estrés | 0-14 | 15-18 | 19-25 | 26-33 | +34 |

Fuente: Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). Arturo Bados, Antonio Solanas and Raquel Andrés. University of Barcelona.

Tanto en el caso de la versión original (en inglés) como en las sucesivas adaptaciones por países, esta escala ha sido validada por su utilidad clínica. Además de por su comprensión y su fácil cumplimentación (menos de 10 minutos).^{11 y 12}

CALIDAD DE VIDA

Para evaluar la calidad de vida se utiliza el cuestionario SF-36, que está basado en la autopercepción de la calidad de vida de una persona.

Este instrumento de medición ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar, a la vez que también es sencillo de evaluar. Nos permite valorar numéricamente diferentes aspectos de la salud de la persona.

Este cuestionario consta de 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona que rellena el cuestionario. Estas preguntas se agrupan y se miden en 8 apartados. Dichos apartados se valoran independientemente y dan lugar a 8 dimensiones que mide el cuestionario.

Estas dimensiones son las siguientes: Funcionamiento Físico; Limitación por problemas físicos; Dolor corporal; Funcionamiento o rol social; Salud mental; Limitación por problemas emocionales; Vitalidad, energía o fatiga; Percepción general de la salud. Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y

100, siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo (ver tabla 7).^{13 y 14}

Tabla 7

| Dimensión | N.º de ítems | Significado de las puntuaciones de 0 a 100 | |
|-----------------------------|--------------|---|--|
| | | «Peor» puntuación (0) | «Mejor» puntuación (100) |
| Función física | 10 | Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud | Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud |
| Rol físico | 4 | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física | Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física |
| Dolor corporal | 2 | Dolor muy intenso y extremadamente limitante | Ningún dolor ni limitaciones debidas a él |
| Salud general | 5 | Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore | Evalúa la propia salud como excelente |
| Vitalidad | 4 | Se siente cansado y exhausto todo el tiempo | Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo |
| Función social | 2 | Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales | Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales |
| Rol emocional | 3 | Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales | Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales |
| Salud mental | 5 | Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo | Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo |
| Ítem de Transición de salud | 1 | Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año | Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año |

Fuente: Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Rev: Gac Sanit (Barc). 2005; 19 (2).

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Para evaluar la opinión que tienen los profesionales sanitarios sobre el perfil psicológico de los Grandes Quemados se elaboró un cuestionario tipo Likert (ver Anexo).

Este cuestionario se divide en dos partes y en total consta de 10 preguntas.

La primera parte evalúa cómo vive la relación paciente quemado-profesional éste último, con preguntas en las que el encuestado debe valorar en qué grado está de acuerdo con la

afirmación, del 1 al 10 (siendo 1 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo). En la segunda parte se presentan dos preguntas de respuesta libre, para que el encuestado pueda expresarse.

Con plena consciencia de que su validez no alcanza, ni mucho menos, el calibre de cualquiera de las escalas más utilizadas, era necesario comprobar que fuera adecuada a lo que se pretendía medir. Se proporcionó previamente a 15 profesionales sanitarios de diferentes sectores para corroborar que se comprendían correctamente los enunciados de las preguntas. Tras su recogida, un 2% de las mismas (2 preguntas) tuvo que ser modificada parcialmente, por dar lugar a algún tipo de error de comprensión.

Para la evaluación de los resultados, a cada pregunta se le otorgó una puntuación siguiendo el siguiente criterio:

8 preguntas de un máximo de 2 puntos (del 1 al 10); evaluadas según el siguiente criterio:

- 1. Totalmente en desacuerdo: 0
- 2. En desacuerdo: 0,5
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 1
- 4. De acuerdo: 1,5
- 5. Totalmente de acuerdo: 2

* Exceptuando las preguntas número 1 y 5, que se evaluarán al revés (1.Totalmente en desacuerdo: 2; Totalmente de acuerdo: 0).

Las preguntas 9 y 10 serán evaluadas según criterio del investigador, al ser preguntas abiertas (En desacuerdo: 0 puntos; De acuerdo: 1 punto).

El total de los resultados se evaluará según la siguiente puntuación (tabla 8).

Tabla 8

| | |
|---------|---|
| (0-5) | No creo que existan características psicológicas en común en los Grandes Quemados. |
| (4-11) | Creo que existe alguna característica psicológica en común en los Grandes Quemados. |
| (12-17) | Creo que existen muchas características psicológicas comunes en los Grandes Quemados. |

4.5. Procedimiento de recogida de datos

La toma de contacto con el grupo de estudio podemos dividirla en dos partes:

1) Asociación AQUA

En primer lugar, se establece contacto con la Asociación de Quemados de Aragón. La persona encargada de las relaciones exteriores de esta corporación es el vocal de la misma. Tras plantearse la propuesta de estudio, desde la asociación se muestran dispuestos a colaborar. Transcurridas dos semanas, se produce una reunión en la sede de la asociación, en la ciudad de Zaragoza.

Los miembros de la asociación, a través de su vocal, transmiten que se cuenta con su total colaboración.

Mediante el listado de asociados que existe, se envían los cuestionarios a cada uno de los miembros de la muestra. Se mantiene el contacto vía e-mail, y los cuestionarios, ya contestados, son reenviados a la dirección facilitada.

2) Unidad de Grandes Quemados del Hospital Miguel Servet

Se produce una reunión con la supervisora de la Unidad de Grandes Quemados, de iniciales C.S.V. Tras la aceptación por parte del personal responsable, la supervisora de la unidad se ofrece para explicar en qué consiste el estudio y la distribución de los cuestionarios a los pacientes que quieran participar en el mismo.

Se lleva a cabo una reunión con el personal de Enfermería de la unidad para explicarles en qué va a consistir, así como la distribución de los cuestionarios precisos.

Tanto para los pacientes como para los profesionales, la supervisora se encargará de custodiar los cuestionarios, una vez que hayan sido cumplimentados. Finalmente, son recogidos para proseguir con la investigación.

4.6. Plan de análisis y errores

Asumo los siguientes errores en el estudio:

SESGOS (tablas 8 y 9)

- **De selección** (tabla 8)

| <u>Error potencial</u> | <u>Definición</u> | <u>Forma de control</u> |
|--------------------------------|---|--|
| De inclusión | Inclusión de personas que deberían haber sido excluidas. | Establecimiento de criterios claros y estrictos de inclusión y exclusión. |
| | | |
| Pérdidas de seguimiento | Disminución del número de sujetos respecto del inicio del estudio al final del mismo. | Realizar el cálculo del tamaño muestral ajustado a las pérdidas. |

- **De información** (tabla 9)

| <u>Error potencial</u> | <u>Definición</u> | <u>Forma de control</u> |
|-------------------------------|--|---|
| De deseabilidad social | Orientan sus respuestas para dar buena imagen. | Informar a los evaluados sobre la existencia de detectores de distorsión y alertarlos sobre las consecuencias de dicha distorsión en el estudio. |
| | | |
| De falseamiento | Dan respuestas falsas o incompletas. | Garantizar y reiterar el anonimato en el relleno de los cuestionarios y utilizar dos tipos de medidas de tipo psicométrico. |
| | | |
| De cuestionario | No está correctamente diseñado o existen preguntas ambiguas. | Utilización de instrumentos de medida de validez y fiabilidad reconocida. |

| De no respuesta | Abandono o fallecimiento de los sujetos participantes. | Realizar un estricto seguimiento de los participantes. Respecto a su posible fallecimiento, se contempla en el tamaño muestral (ajustado a las pérdidas). |
|------------------------|--|--|

5. RESULTADOS

Los niveles de DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA han sido agrupados en intervalos, a razón de la escala de medida utilizada. Los resultados obtenidos muestran:

DEPRESIÓN (ver tabla 10)

De los 80 sujetos a estudio:

- 18 de ellos obtienen una puntuación entre 0 y 9, los que se consideraría un nivel normal. Suponen un 22,50% de la muestra.
- 21 obtienen una puntuación entre 10 y 13, considerado nivel medio. Suponen un 26,25% de la muestra.
- 32 de los sujetos obtienen unos resultados entre 14-20, por lo que se encontrarían dentro del rango de nivel moderado. Suponen un 40% del total de la muestra.
- 8 de ellos obtienen una puntuación entre 21 y 27, por lo que un 10% de la muestra tiene un nivel severo.
- 1 sujeto (1,25%) obtiene una puntuación igual o superior a 28, es decir, un nivel muy severo.

Tabla 10

| Valores de DEPRESIÓN | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa | Porcentaje | Frecuencia acumulada | Proporción acumulada | Porcentaje acumulado |
|----------------------|---------------------|---------------------|------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| (0-9) | 18 | 0,225 | 22,50% | 18 | 0,225 | 22,50% |
| (10-13) | 21 | 0,2625 | 26,25% | 39 | 0,4875 | 48,75% |
| (14-20) | 32 | 0,4 | 40,00% | 71 | 0,8875 | 88,75% |
| (21-27) | 8 | 0,1 | 10,00% | 79 | 0,9875 | 98,75% |
| 28+ | 1 | 0,0125 | 1,25% | 80 | 1 | 100,00% |

ANSIEDAD (ver tabla 11)

De los 80 sujetos a estudio:

- 11 de ellos obtienen una puntuación entre 0 y 7, considerado un nivel normal.
Suponen un 13,75% del total de la muestra.
- 20 obtienen una puntuación entre 8 y 9, es decir, considerado un nivel medio.
Suponen un 25% de la muestra.
- 35 de ellos obtienen una puntuación entre 10 y 14. Un 43,75% tiene un nivel moderado.
- 11 obtiene una puntuación entre 15 y 19, un nivel severo. Suponen un 13,75% del total.
- 3 sujetos (3,75%) obtienen una puntuación igual o superior a 20; un nivel de ansiedad muy severo.

Tabla 11

| Valores de ANSIEDAD | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa | Porcentaje | Frecuencia acumulada | Proporción acumulada | Porcentaje acumulado |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (0-7) | 11 | 0,1375 | 13,75% | 11 | 0,13 | 13,00% |
| (8-9) | 20 | 0,25 | 25,00% | 31 | 0,38 | 38,00% |
| (10-14) | 35 | 0,4375 | 43,75% | 66 | 0,817 | 81,70% |
| (15-19) | 11 | 0,1375 | 13,75% | 77 | 0,9545 | 95,45% |
| 20+ | 3 | 0,0375 | 3,75% | 80 | 1 | 100,00% |

ESTRÉS (ver tabla 12)

De los 80 sujetos a estudio:

- 44 obtienen una puntuación de estrés entre 0 y 14, es decir, un nivel normal de estrés. Suponen un 55% del total.
- 21 de ellos obtienen una puntuación entre 15 y 18, nivel medio. Suponen el 26,25% del total de la muestra.
- 11 obtienen una puntuación entre 19 y 25 (nivel moderado). Son el 13,75% del total.
- 3 sujetos obtienen una puntuación entre 26 y 33, es decir, un 3,75% se encuentra en un nivel severo de estrés.
- 1 sujeto obtiene una puntuación igual o superior a 34. Un 1,25% obtiene un nivel muy severo de estrés.

Tabla 12

| Valores de ESTRÉS | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa | Porcentaje | Frecuencia acumulada | Proporción acumulada | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (0-14) | 44 | 0,55 | 55,00% | 44 | 0,55 | 55,00% |
| (15-18) | 21 | 0,2625 | 26,25% | 65 | 0,8125 | 81,25% |
| (19-25) | 11 | 0,1375 | 13,75% | 76 | 0,95 | 95,00% |
| (26-33) | 3 | 0,0375 | 3,75% | 79 | 0,9875 | 98,75% |
| 34+ | 1 | 0,0125 | 1,25% | 80 | 1 | 100,00% |

CALIDAD DE VIDA (ver tabla 13)

De los 80 sujetos a estudio:

- 66 de ellos obtiene una puntuación entre 50 y 100, considerado buena calidad de vida. Suponen un 82,5% del total de la muestra.
- 14 obtiene una puntuación entre 0 y 49, considerado mala calidad de vida. Suponen un 17,5% del total.

Tabla 13

| | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa | Porcentaje | Frecuencia acumulada | Proporción acumulada | Porcentaje acumulado |
|------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Buena CdV | 66 | 0,825 | 82,50% | 66 | 0,825 | 82,5% |
| Mala CdV | 14 | 0,175 | 17,5% | 80 | 1 | 100% |

Las dimensiones que obtienen una mejor puntuación son las de Función física y en la de Rol emocional. Respecto a las puntuaciones más bajas, encontramos Dolor corporal y Rol físico. Ver *tabla 14*.

Tabla 14

| DIMENSIONES | Mala puntuación (0-50) | | Buena puntuación (50-100) | |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| | Frecuencia relativa | Porcentaje total | Frecuencia relativa | Porcentaje total |
| Función física | 16 | 20% | 64 | 80% |
| Rol físico | 35 | 43,75 | 45 | 56,25% |
| Dolor corporal | 42 | 52,5 | 38 | 47,5% |
| Salud general | 27 | 33,75 | 53 | 66,25% |
| Vitalidad | 31 | 38,75 | 49 | 61,25% |
| Función social | 25 | 31,25 | 55 | 68,75% |
| Rol emocional | 24 | 30% | 56 | 70% |
| Salud mental | 23 | 28,75% | 57 | 71,25% |

Medidas de posición central y de dispersión

MEDIA, MODA Y MEDIANA

| VARIABLES DE ESTUDIO | MEDIA ARITMÉTICA $\bar{X} = \sum x_i / n$ | MODA Valor que más se repite | MEDIANA Valor en el medio |
|----------------------|--|---------------------------------|------------------------------|
| Depresión | $\bar{X} = 1085 / 80 = 13,56$ | 14 | 14 |
| Ansiedad | $\bar{X} = 886/80=11,07$ | 10 | 10 |
| Estrés | $\bar{X} = 1159/80=14,49$ | 12 | 13,5 |
| Calidad de vida | $\bar{X} = 5775/80=72,19$ | 79 | 77 |

RANGO, VARIANZA Y DESVIACIÓN TÍPICA

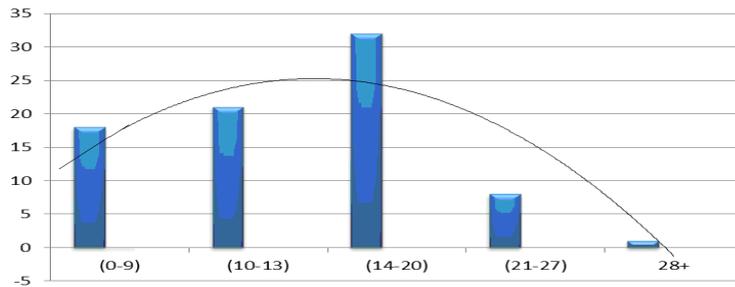
| VARIABLES DE ESTUDIO | RANGO Rango= $X_n - X_1$ | VARIANZA $S^2 = \sum (x_i - \bar{x})^2 / n - 1 =$ | DESVIACIÓN TÍPICA $s = \sqrt{S^2}$ |
|----------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|
| Depresión | 27 | $S^2 = 2063,46/79 = 26,12$ | s = 5,11 |
| Ansiedad | 20 | $S^2 = 1227,2/79 = 15,53$ | s = 3,94 |
| Estrés | 31 | $S^2 = 2511,92/79 = 31,8$ | s = 5,64 |
| Calidad de vida | 83 | $S^2 = 26156,382/79 = 331,1$ | s = 18,19 |

| VARIABLES DE ESTUDIO | COEFICIENTE DE VARIACIÓN (CV) $(s / \bar{X}) \cdot 100 =$ |
|----------------------|--|
| Depresión | 37,68% |
| Ansiedad | 35,6% |
| Estrés | 38,92% |
| Calidad de vida | 25,2% |

Analizando las medidas de centralización y las de dispersión gracias a los datos anteriores, se observa que:

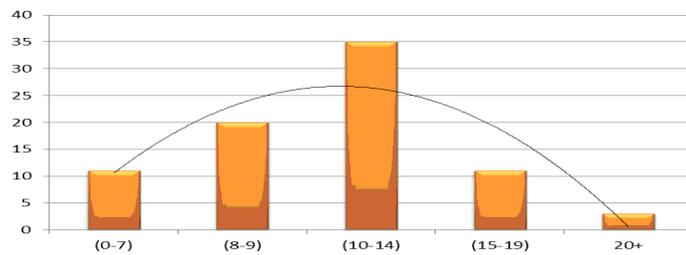
DEPRESIÓN

Los valores de Moda y Mediana coinciden.



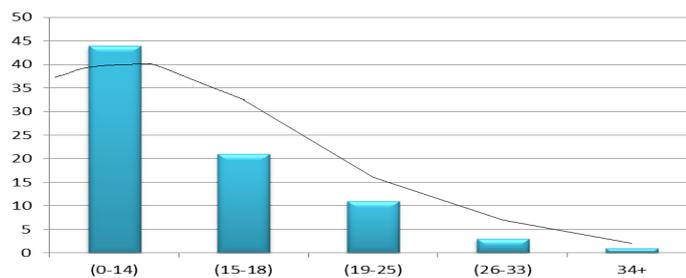
ANSIEDAD

Los valores de Moda y Mediana coinciden.



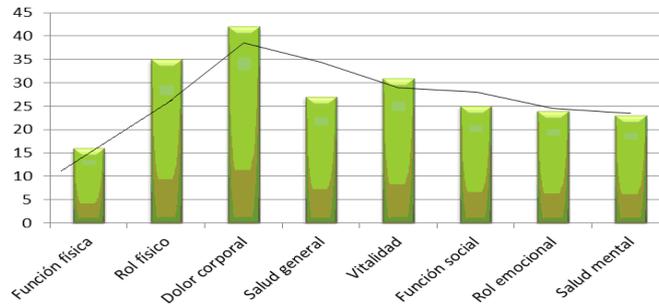
ESTRÉS

No coincide ningún valor. Aunque no coincidan, son valores muy próximos.



CALIDAD DE VIDA

No coincide ningún valor. Aunque no coincidan, son valores muy próximos.

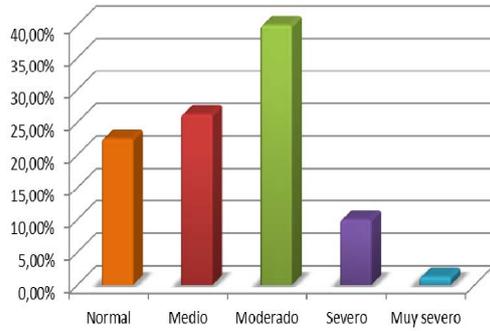


Como se observa anteriormente, la representación de la distribución de los resultados no correspondería a una distribución normal.

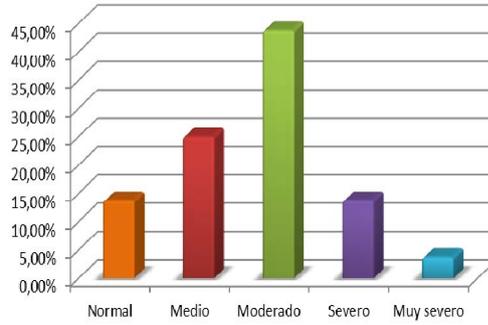
Analizando el Coeficiente de variación (CV): Depresión, Ansiedad y Estrés se encuentran entre 33-50%; con lo que utilizando las leyes de la Estadística analítica, la dispersión de los datos resultantes es grande, exceptuando el caso de calidad de vida (25%); está más ajustada.

Representación gráfica de los resultados

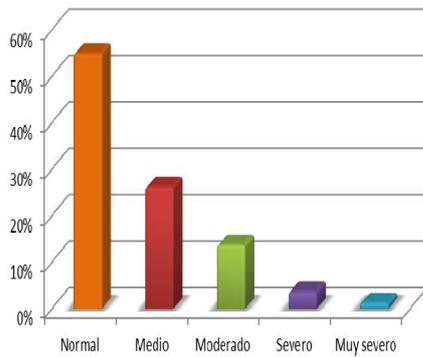
DEPRESIÓN



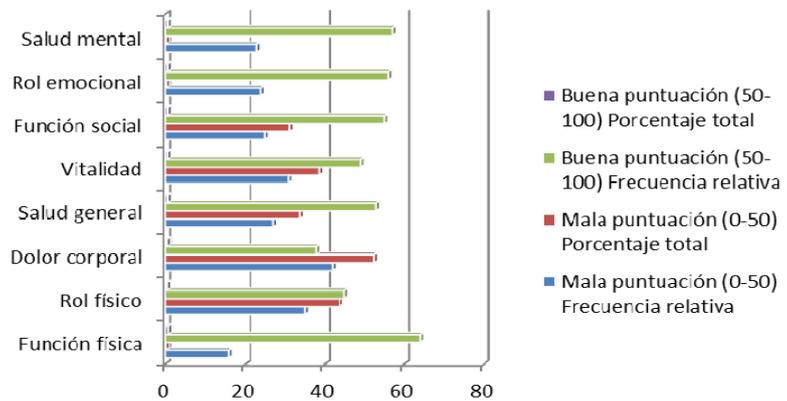
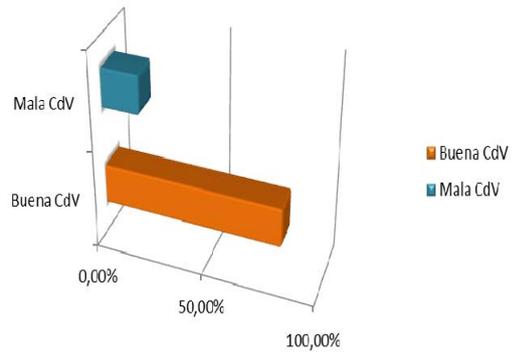
ANSIEDAD



ESTRÉS



CALIDAD DE VIDA



En relación a la muestra accesoria formada por 12 profesionales de Enfermería de la Unidad de Grandes Quemados, como ya se explicó no forman parte de la muestra objeto de estudio, pero de cuyo análisis se extrae el siguiente resultado:

- 6 (50%) se sitúa en el intervalo de 12 a 17, es decir, opina que sí existen muchas características psicológicas comunes en los Grandes Quemados.
- 4 (33,33%) se sitúa en el intervalo de 4 a 11, es decir, opina que existen algunas características psicológicas comunes en los Grandes Quemados.
- 2 (16,66% del total) se sitúa en el intervalo de 0 a 5, lo que significa que opinan que no existen características psicológicas comunes en los Grandes Quemados.

6. DISCUSIÓN

En las líneas que siguen voy a realizar la discusión de los resultados obtenidos en este estudio.

En primer lugar, se explicarán los resultados obtenidos en el apartado anterior. Tras esto, se compararán y contrastarán con otros resultados obtenidos en estudios relacionados.

Los resultados muestran que la mayoría de los Grandes Quemados que forman la muestra (un 40%) obtienen un nivel moderado de Depresión. Un 43,75% de los individuos obtiene un nivel moderado de Ansiedad. En cuanto al nivel de Estrés, se interpreta que un 55% de la muestra tiene un nivel normal del mismo. Respecto a la Calidad de vida, un 82,5% de los individuos considera que tiene un buen índice de Calidad de vida.

A continuación se extrapolarán los datos obtenidos en la muestra de estudio a la población de la que procede. Esta generalización es posible realizando una estimación de los parámetros poblacionales.

Calculado el error estándar o EEM (en qué medida los valores de la muestra pueden diferir si se hubieran escogido otros sujetos; $EEM = s / \sqrt{n}$) y una significación estadística (probabilidad de confusión al dar un resultado estadístico; $p < 0.05$); se estima con certeza estadística que el resultado del estudio se cumple en un 95% de los casos (convencionalmente utilizado en Ciencias de la Salud).

Se halla el *intervalo de confianza o IC*, con el cual estimamos, con un 95% de probabilidad, que el valor de la media poblacional se encuentra entre los siguientes intervalos:

$$\text{IC 95\%} = \bar{X} \pm (1,96 \cdot \text{EEM})$$

| | |
|------------------------|---------------|
| <u>Depresión</u> | (12,44-14,68) |
| <u>Ansiedad</u> | (10,21-11,07) |
| <u>Estrés</u> | (13,26-15,72) |
| <u>Calidad de vida</u> | (68,27-76,11) |

Llegados a este punto, es posible afirmar que los Grandes Quemados presentan unos niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés, medio/moderado; moderado y normal, respectivamente. La Calidad de vida de los Grandes Quemados es, en general, buena.

En cualquier caso, y considerando estas tres áreas como características psicológicas de un individuo, no resultarían cifras alarmantes, pero sí que indicarían cierta tendencia a la presencia de ellas en esta población de Grandes Quemados.

Para contrastar estos resultados con los obtenidos en otros trabajos, analicemos en primer lugar aquellos que demostraban que los pacientes quemados sufren un impacto psicológico determinante a raíz de la quemadura; un impacto a largo plazo.

Sirvan como ejemplo:

- Tras un incendio en Borås, Suecia, el 50 % de los supervivientes afirmaron que el fuego resultó determinante en su vida posterior. Sin embargo, no se especifica la cifra o porcentaje de ellos que sufrieron quemaduras.¹⁵
- En otro estudio, sin embargo, se evaluaron los resultados de 104 supervivientes al incendio de una discoteca en Boston, especificando que aproximadamente el 47% (49 de ellos) sufrieron quemaduras. En este caso sí se analizaron la calidad de vida, la situación laboral o de empleo, la depresión y síntomas de estrés postraumático. Se obtuvo correlación entre los tres primeros con la existencia de trauma emocional, relacionándose lo laboral más bien con las lesiones físicas. En este caso, se relacionó directamente la quemadura traumática con los problemas en cada una de las áreas estudiadas.¹⁶

En el presente estudio se analizaron ciertos estados de la psique humana (estados de Depresión, Ansiedad, Estrés y la Calidad de vida), pero no se relacionó directamente con la quemadura traumática, porque se carecía de grupo control: todos los individuos de la muestra compartían esa característica.

Como se ha explicado anteriormente, los resultados que se han obtenido en esta investigación indican que la población de Grandes Quemados objeto de estudio presenta unos niveles de Ansiedad, Depresión y Estrés de un grado medio-moderado. La amplia mayoría de publicaciones que se han encontrado corroboran estos resultados. Sirva como ejemplo:

- Un estudio llevado a cabo en Suecia, en el que se entrevistó a 34 pacientes con quemaduras, se observaron niveles ligeramente elevados de Ansiedad, Depresión y Síntomas de evitación a los 3 meses de sufrir la quemadura.¹⁷

En relación a la calidad de vida, el 82,5 % de los sujetos que forman la muestra a estudio perciben que tienen una buena calidad de vida. Sin embargo, diversos estudios han mostrado que los quemados tienen una menor calidad de vida que la población general. Evaluando un trabajo realizado en Medellín, Colombia, entre los años 2001 y 2005, los resultados son realmente diferentes. En este estudio, los componentes más afectados eran el desempeño físico y emocional y la población estudiada presentó una baja calidad de vida relacionada con la salud.¹⁸

En el presente estudio, los componentes más afectados han sido Dolor corporal; Rol físico y Vitalidad. En otro estudio desarrollado en Shangai (China), se evaluó la Calidad de vida (también con el cuestionario SF-36) a una muestra de 20 Grandes Quemados. Las puntuaciones del cuestionario SF-36 fueron significativamente menores en los dominios de funcionamiento físico, limitaciones de rol por problemas físicos, el dolor, el funcionamiento social y la limitación de roles debido a problemas emocionales, frente a los resultados obtenidos por la muestra de población normal con la que se comparó.¹⁹

Se perciben diferencias entre este estudio y estudios realizados en otros países, tanto europeos como extracomunitarios; no en resultados, sino en número.

Nuestro país no goza de una amplia investigación en este terreno. Cabe destacar el proyecto Fénix II realizado en el Hospital Vall d' Hebron de Barcelona, en el que se investigó a fondo la existencia de crecimiento postraumático en los pacientes quemados.²⁰

Este hecho es especialmente llamativo, ya que España es un país con un alto índice de quemaduras y cuyas unidades de quemados gozan de un amplio reconocimiento internacional. Se ha investigado mucho en el manejo físico del quemado, pero lo cierto es que aquí bastante poco en el terreno psicológico.

Limitaciones del estudio:

Como toda investigación, se asumen limitaciones a partir de los resultados obtenidos.

Como principal limitación del presente trabajo, se tiene consciencia de que al carecer de grupo control no es posible comparar resultados con una muestra de individuos no expuestos al trauma en cuestión, la quemadura.

En la mayoría de la literatura que se revisó, se trabaja con ciertas variables como el porcentaje de cuerpo quemado, el tiempo desde que se produjo la quemadura y factores

predisponentes como la personalidad, vivencias previas, entorno familiar y social, nivel de estudios o incluso edad y sexo, podrían influir en la existencia de ciertas características psicológicas.

En este estudio, no se analizaron ni valoraron por falta de tiempo para estudiarlas a fondo, pero en cualquier caso, se reconoce su posible importancia.

Se debe tener en cuenta que la mayoría de los quemados de la muestra (aunque no se contemple en el estudio), sufrieron el trauma hace bastantes años.

Tampoco se han realizado comparaciones utilizando las variables universales de edad y sexo, y quizá podría ser interesante para analizar el afrontamiento del trauma. De hecho, la mayoría de los miembros de la muestra superaban los 50 años y eran de sexo masculino.

7. CONCLUSIONES

Una vez expuestos, analizados y comparados los resultados de este estudio, se va a proceder a extraer las conclusiones pertinentes.

Al inicio, se pretendía reconocer la existencia de ciertas características psicológicas (niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés), a partir de los cuales fuera posible elaborar un perfil psicológico del Gran Quemado. Como se ha mencionado antes, esto es realmente complejo, ya que habría que tener en cuenta muchas variables, tanto previas como posteriores al trauma en cuestión.

Por lo tanto, respecto a la consecución de los objetivos planteados en esta investigación, aunque no se puede demostrar que los resultados sean fruto del trauma sufrido, en este estudio se concluye que sí existen unos niveles moderados de ciertas características de la psique humana que deberían ser tenidos en cuenta.

La prevalencia de los mismos en una población de Grandes Quemados parece ser significativa.

Se refleja que los Grandes Quemados constituyen un grupo de pacientes muy complejo en todos los sentidos. Además, los profesionales que tratan con ellos desde el primer momento los reconocen como peculiares, algo que parece, en cierto modo, diferenciarlos del resto de pacientes de cualquier hospital.

Asumiendo la complejidad de elaborar un perfil psicológico concreto, se considera que se ha mostrado la susceptibilidad de este colectivo en ciertas áreas. Esto constituiría el inicio para elaborar un perfil exhaustivo y específico, que podría ser de gran utilidad.

Se cree que esto mejoraría la interacción profesional- paciente quemado de una manera evidente.

Desde aquí, se insta a la necesidad de crear estrategias para los profesionales de Enfermería, y por ende, a todos los profesionales sanitarios, para que sepan cómo enfrentarse al manejo de un paciente con un posible desequilibrio en su estado psicológico. Especialmente, en las Unidades de Grandes Quemados, en las que una intervención psicológica a tiempo puede resultar una buena prevención de problemas más graves, en un futuro cercano.

Porque no se debe olvidar que conocer supone comprender y conduce a actuar de la manera más acertada. Al final, sólo eso determina la excelencia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, OMS [sede Web]. Ginebra; Dic 2008 [consulta 16 diciembre de 2012]. Centro de prensa [1]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es/index.html>
2. Sánchez M. Piel cultivada para grandes quemados. El país. 30 oct 2007; archivo. http://elpais.com/diario/2007/10/30/salud/1193698801_850215.html
3. De los Santos CE. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. 1ª ed. Santo Domingo, Rep. Dominicana: 2005.
4. Allué M. Perder la piel. 1ª ed. Barcelona: Planeta/Seix Barral; 1996.
5. Garrido Calvo AM, Pinos Laborda PJ, Medrano Sanz S, Bruscas Alijalde MJ, Moreno Mirallas MJ, Gil Romea I. Quemaduras. Arch Cir Gen Dig 2001 Feb 15. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir03-04/03-04-01.htm>

6. Yu BH, Dimsdale JE. Posttraumatic stress disorder in patients with burn injuries. *J Burn Care Rehabil.* 1999 Sep-Oct; 20 (5): 426-33. Citado en PubMed PMID 10501332.
7. Lu MK, Lin YS, Chou P, Tung TH. Post-traumatic stress disorder after severe burn in southern Taiwan. *Burns.* 2007; 33(5):649-52.
8. Asociación AQUA [sede Web]. Zaragoza; [actualizada el 26 de mayo de 2013; acceso 12 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.asociacionaqua.org/>
9. Sáinz de Varanda C. Guía básica de los cuidados de Enfermería al paciente quemado. Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad de Grandes Quemados.
10. A.P.A (American Psychiatric Association). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed. 2011.
11. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Propiedades psicométricas de las versiones de 42 elementos y 21 ítems de la Escala de Ansiedad Depresión Estrés (DASS) en grupos clínicos y una comunidad muestra. *Evaluación Psicológica.* 1998. 176-181.

12. Lovibond, SH. Lovibond, PF. Manual for Depression and Anxiety and Stress Scales. 2ª ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.

13. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit (Barc)*. 2005; 19 (2).

14. Rodríguez Vidal M, Merino Escobar M, Castro Salas M. Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Cienc. enferm*. 2009; 15 (1).

15. Lundin T, Jansson L. Traumatic impact of a fire disaster on survivors--a 25-year follow-up of the 1978 hotel fire in Borås, Sweden. *Nord J Psychiatry*. 2007 [consulta 2 febrero de 2013]. Citado en PubMed PMID 18236316.

16. Schneider JC, Trinh NH, Selleck E, Fregni F, Salles SS, Ryan CM, Stein J. The long-term impact of physical and emotional trauma: the station nightclub fire. *PLoS One*. 2012; 7 (10) [consulta 20 de marzo de 2013]. Citado en PubMed PMID 23077593.

17. Zapata M, Estrada A. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización. *Biomédica* [revista en Internet]. 2010 [consulta 3 de mayo de 2013]. 30 (4): 492-500. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572010000400006&lng=es

18. Gilboa D. Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*. 2001 [consulta 10 mayo de 2013]. 27(4): 335-41. Citado en PubMed PMID 11348741.

19. Willebrand M, Andersson G, Ekselius L. Prediction of psychological health after an accidental burn. *J Trauma*. 2004 [consulta 3 de abril de 2013]. 57 (2): 367-74. Citado en PubMed PMID 15345987.

20. Eiroa Orosa FJ, Tasqué Cebrián R, Fidel Kinori S. Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar. 2012; 9 (2). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4212742>

9. ANEXO

Cuestionario sobre interacción paciente quemado-profesional sanitario en una Unidad de Grandes Quemados

Sexo:

Edad:

Tiempo trabajado en la Unidad de Quemados:

Introducción:

Este cuestionario consta de dos partes. En la primera se plantean 8 afirmaciones, en las que usted debe marcar (del 1 al 5) su grado de acuerdo con cada una de ellas. La segunda parte está formada por dos preguntas de respuesta libre. De antemano, gracias por su colaboración.

PARTE 1

1. En mi opinión, el paciente quemado expresa sus emociones y sentimientos durante la hospitalización de una manera adecuada.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

2. La comunicación con el paciente quemado me resulta, a menudo, difícil.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

3. A mi juicio, el comportamiento de los pacientes de la Unidad de Quemados sigue un patrón común.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

4. Como profesional, me resulta complicado entablar conversación con el paciente quemado; en muchas ocasiones no sé qué decir:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

5. La relación profesional-paciente suele llevar un curso normal por lo general.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

6. Trabajar en esta Unidad supone para mí un esfuerzo psicológico muy grande, en comparación con otros lugares en los que desempeñé mi actividad profesional.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

7. He tenido que pedir ayuda porque no sabía cómo abordar el terreno psicológico con los pacientes de esta Unidad:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

8. Cuando comencé a trabajar aquí me advirtieron (compañeros, supervisor/a u otros profesionales) de que el ambiente era especialmente duro.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

PARTE 2

9. Si tuviera que definir con tres palabras la relación establecida con alguno de sus pacientes, ¿cuáles utilizaría?

.....
.....
.....

**10. Por último, teniendo en cuenta su experiencia profesional, ¿cree que la naturaleza de la relación profesional con el paciente quemado dista mucho de la que se establece con un paciente con diferente patología? ¿Podría decir en qué aspectos?
Expresé libremente.**

.....
.....
.....

