

## Retos y desafíos del paciente Gran Quemado: La intervención desde la Psicología Clínica

*Elisa Gallach Solano*

*Psicóloga especialista en Psicología Clínica*

*Unidad Grandes Quemados Hospital La Fe de Valencia. Valencia. España*

*email: [Gallach.eli@gmail.com](mailto:Gallach.eli@gmail.com)*

*No sabes lo fuerte que eres hasta que ser fuerte  
es la única opción que te queda*

*(B. Marley)*

Durante el último año se estima que se han producido en España más de 6500 ingresos hospitalarios por quemaduras graves distribuidos en las diferentes Unidades De Referencia. Ninguna de estas Unidades funcionales dispone de prestación exclusiva psicológica o psiquiátrica a excepción de A Coruña y Valencia (ambas unidades disponen de atención psicológica con índice de participación asistencial inferior al 25%) y el resto de Unidades, atienden las necesidades través del sistema

de Interconsultas con Psiquiatría y Psicología Clínica.

El *paciente gran quemado* (GQ) constituye un gran reto para los profesionales sanitarios por las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje: atención médica para su supervivencia, atención psicológica por el importante riesgo de sufrir alteraciones, asistencia rehabilitadora y fisioterapéutica destinada a su activación funcional e inclusive atención social, a causa de las limitaciones estéticas y funcionales que las quemaduras producen en estos pacientes.

La quemadura representa un trauma o estado temporal de carácter impactante que interrumpe el ciclo vital y genera desorganización emocional, cognitiva y conductual, pudiendo

producir una ruptura personal, social, laboral y familiar con consecuencias sobre su funcionamiento vital con necesidad asociada de ayuda y afectación de la autoestima. Comienza por un evento altamente traumático, de carácter estresante que implica generalmente dolor severo, ansiedad frente a la hospitalización y las curas, largo proceso de hospitalización en un espacio *hostil*, y en el peor de los casos, consecuencias irreparables como la discapacidad, la dependencia e incluso la muerte. El GQ, a partir de ese momento se va a tener que enfrentar a una gran variedad de desafíos relacionados con su bienestar físico: curas y cambios de vendajes, dolor, rehabilitación cuanto menos molesta, reintervenciones, infecciones, injertos. Otras dificultades que tiene que afrontar, son las de naturaleza psicológica como ansiedad anticipatoria frente a las curas, desarrollo de un trauma de carácter psicopatológico principalmente si quedan afectadas áreas funcionales o estéticas, pérdidas de autonomía, independencia y funcionalidad. Y por último, y no menos relevantes, dificultades de tipo social como reintegración en su entorno con los problemas de estigma y autoestigma por las lesiones y las dificultades sociofamiliares y laborales asociadas.

Todas las dificultades anteriormente descritas con carácter general, pueden vincularse a factores de mal pronóstico, factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos del ánimo y los relacionados con la ansiedad. El trastorno de estrés postraumático representa el paradigma de la enfermedad mental asociada GQ, no obstante, según recientes investigaciones, es mucho menos frecuente de lo que tradicionalmente se pensaba, tasando la prevalencia en el 2% aproximadamente.

Los factores de riesgo corresponderían a los que aparecen en la Figura 1.

No obstante, la función de los factores protectores es igualmente importante para prevenir y evitar el desarrollo de psicopatología, determinando que aquellos GQ con buen ajuste premórbido previo a la lesión, con capacidad de afrontamiento activa al estrés, dominio adecuado de la funcionalidad (actividades básicas e instrumentales), menor tiempo de hospitalización y con una percepción ajustada de salud en lo que respecta a estado mental, (identificación y afrontamiento de limitaciones y con pocas lesiones en zonas funcionales o estéticas) presentan menor riesgo de desarrollo de trastornos mentales. Del mismo modo, la do-



Figura 1. Factores riesgo Quemadura y Enfermedad Mental

cumentación clínica revela que cuando dichos trastornos se producen, desaparecen de forma "espontánea" al cabo de 24 meses, sin secuelas posteriores.

Otro dato de gran interés es el hecho evidenciado en las Salas de GQ y constatado también por recientes investigaciones que muestran que la prevalencia de personas con trastornos mentales que sufren lesiones por quemadura y cumplen criterios de GQ es significativamente más alta que en otros servicios médico-quirúrgicos, por ejemplo, cirugía general, dermatología, infecciosas, etc. La hipótesis que subyace a esta circunstancia es la llamada **hipótesis de la vulnerabilidad** (Figura 2): las personas con enfermedad mental presentan mayor riesgo de quemadura, y ello se atribuye a varias circunstancias:

- A la propia enfermedad: la psicopatología puede estar caracterizada por alto nivel de estrés, deterioro cognitivo con dificultades para tomar decisiones de forma rápida y con eficacia, insomnio, tabaquismo, dificultades en la resolución de problemas, ... factores, todos ellos, posiblemente vinculados a

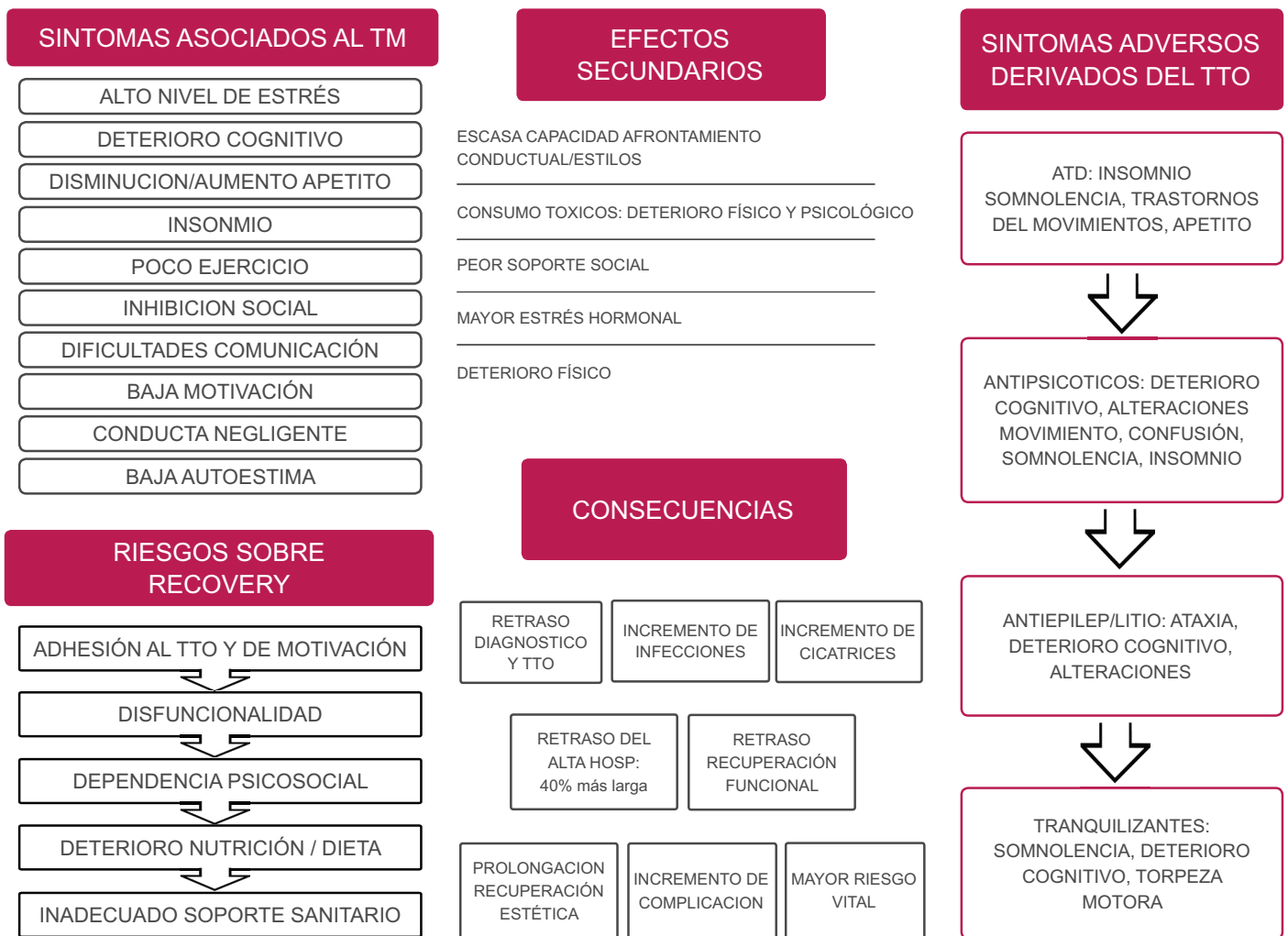


Figura 2. Esquema de la hipótesis de vulnerabilidad

conductas de riesgo de accidentes, de realización de conductas sin determinación del riesgo, de comportamientos negligentes y de escasa o ineficaz respuesta para la resolución de un suceso de riesgo vital. Además, presentan una peor salud general, quedando afectados otros sistemas del organismo, cardiovascular, metabólico, neurológico, hepático y renal.

- A los efectos adversos del tratamiento. El tratamiento de los trastornos mentales graves incluye potentes antidepresivos, tranquilizantes de gran poder sedativo como los neurolepticos, antiepilépticos reguladores del ánimo e hipnóticos. Todos ellos afectan de una forma directa o indirecta sobre las funciones ejecutivas, atención y concentración y confusión cognitiva, lentitud y torpeza motora y otros efectos sobre el movimiento, somnolencia excesiva y alteración del ritmo circadiano, que pueden perturbar la reacción natural frente a un accidente como un incendio.
- Presencia frecuente de factores de riesgo voluntarios o indirectos: Abuso y ocasionalmente dependencia de tóxicos, conducta negligente, sedentarismo, red social ausente, inestable o nociva y al tiempo, inexistencia

de apoyo familiar o conflictividad en entorno inmediato, ausencia de adherencia a fármacos o al sistema sanitario.

Como consecuencia de todo lo anterior se produce un importante deterioro en las capacidades de afrontamiento del paciente frente a una situación de estrés, repuestas ineficaces a los accidentes, y con ello, un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la quemadura, incremento de infecciones, cicatrices con recuperación más enlentecida, prolongación de la estancia hospitalaria, peor pronóstico de recuperación y en definitiva, mayor riesgo vital. La Unidad de Grandes Quemados del Hospital La Fe de Valencia creada en 1978, atiende al año aproximadamente 1600 urgencias por quemadura, siendo un 25 %, población infantil. Acreditada como Unidad de Referencia Nacional (26-12-2006) cuenta con dos salas: Hospitalización y Unidad de Reanimación de Críticos con 6 camas cada una, un quirófano, dos Salas de Curas y Área de Urgencias. Consta de tres médicos especialistas en Cirugía Plástica y Reparadora, una médica especialista en Anestesia y Reanimación, dos residentes de ambas especialidades, una psicóloga especialista en Psicología Clínica y equipo de enfermería en la modalidad laboral de tres turnos.

### Retos y desafíos del paciente Gran Quemado

La atención psicológica se centra en los siguientes aspectos (Figura 3):

- Atención a profesionales sanitarios: Establecimiento del enlace entre Sala, Atención Primaria y Salud mental (al inicio de la hospitalización o al alta, según requiera el proceso de readaptación del paciente GQ)
- Atención al paciente GQ, determinando factores riesgo y protectores de su bienestar biopsicosocial y con el modelo de interven-

ción basado en Primera Ayuda Psicológica.

- Apoyo a las familias, soporte y apoyo del paciente, que requieren consignas para adaptarse a la nueva situación del paciente.

A modo de conclusión, se confirma que en el paciente Gran Quemado es importante determinar el estado mental, el funcionamiento básico e instrumental, la independencia psicosocial y la autoimagen previa a la lesión; que

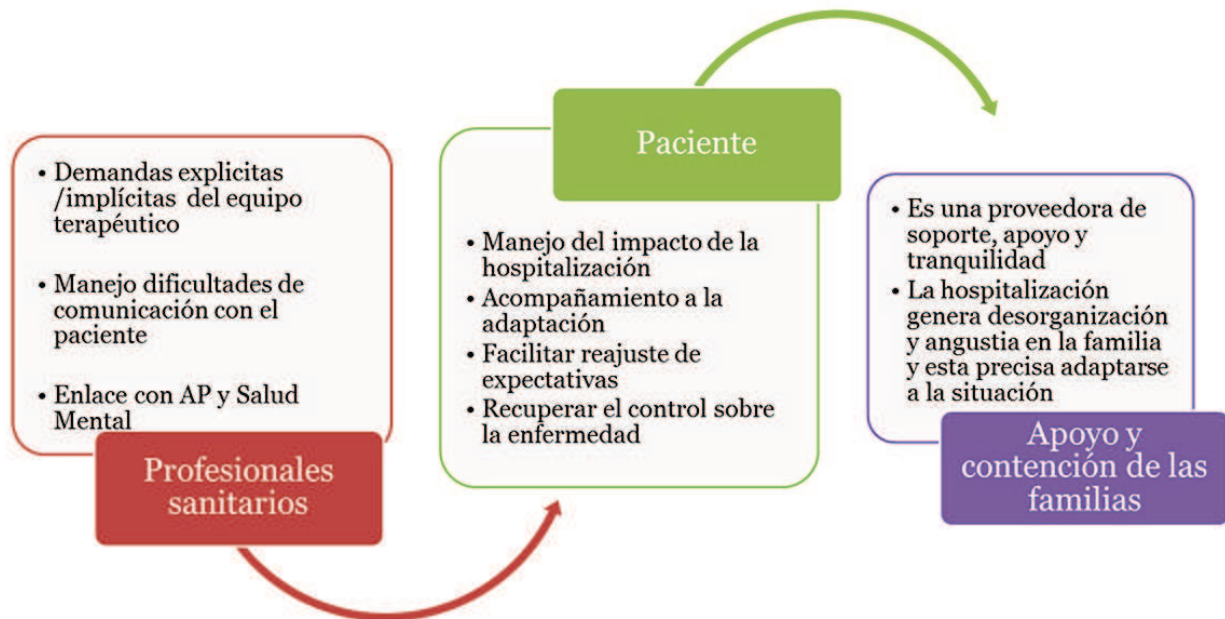


Figura 3. Esquema de intervención psicológica en el paciente GQ

mantener la comunicación interdisciplinar entre el equipo terapéutico es imprescindible para garantizar el abordaje biopsicosocial del paciente y que suministrar apoyo a familiares respecto al rol de cuidadores durante el proceso de hospitalización y alta facilitará el ajuste a la vida cotidiana y permitirá una buena adaptación funcional y psicológica. En definitiva, la atención al GQ va más allá de su quemadura.

**Más información:**

Gallach-Solano E, Pérez del Caz MD, Vivo-Benlloch C. Perfil psicológico del gran quemado. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2015; 41.