



Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Licenciatura en Enfermería

Alteraciones psicológicas en la persona adulta hospitalizada con quemadura de tercer grado del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados

Alumno (a): Arellano Rosales Guadalupe

Asesor (a): Mtra. Aguilera Rivera Maribel

Asesor clínico: Dr. Pantoja Herrera Martín

CDMX

2022

Índice

Introducción.....	4
Justificación.....	6
Planteamiento del problema.....	7
Objetivo General	9
Objetivo Específicos.....	9
Marco Teórico	10
Antecedentes Históricos	10
Definición de quemadura	11
Capas de la piel	11
Etiología.....	14
Factores de Riesgo.....	15
Clasificación.....	16
Fisiopatología.....	18
Consecuencias	19
Alteraciones físicas.....	19
Alteraciones psicosociales.....	20
Complicaciones.....	21
Tratamiento.....	23
Intervenciones de enfermería en el paciente quemado	25
Alteraciones psicológicas.....	26
Ansiedad.....	26
Depresión	27
Marco Referencial	29
Metodología.....	34
Tipo de investigación	34
Población y Muestra.....	34
Criterios de Inclusión:.....	34
Criterios de Exclusión:	35
Recolección de datos-Instrumento.....	35
Descripción del instrumento.....	35
Análisis de los datos.....	36

Categorización de variables	36
Recursos	38
Consideraciones éticas	39
Resultados	40
Discusión.....	50
Conclusión.....	54
Bibliografía	56
Anexos	62

Introducción

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, éstas son lesiones que son causadas debido a diversos agentes físicos, químicos y biológicos que originan alteraciones físicas y psicológicas. Consideradas como una agresión traumática que sufre el ser humano.

En su mayoría las quemaduras se producen dentro del hogar, seguido de lugares de trabajo. En estos casos, existen lesiones traumáticas que ocasionan en el individuo situaciones en donde se desacopla de su entorno, lo cual le origina un sufrimiento físico y emocional poniéndolo en peligro de enfrentar riesgos de morir, de discapacidades físicas y de deformidades que harán de su integración social un proceso realmente difícil y traumático.

Por lo tanto, la atención del paciente quemado es de suma importancia ya que, si el abordaje de los cuidados es el idóneo, no solo aumentará la posibilidad de que pueda sobrevivir, sino que también ayudará a la deducción de las complicaciones, teniendo secuelas menos rigurosas.

En este marco la participación de enfermería en el cuidado del paciente quemado tiene una atribución fundamental por lo que se encarga de ejecutar medidas de cuidado físico, así como también de la preparación del impacto emocional para progresar el afrontamiento de ciertos cambios y las crisis que desatan.

El personal de enfermería ejecuta un papel valioso por la importancia de las intervenciones ya que actúa de manera que evita complicaciones que repercuten en el desarrollo de las personas.

Con base en lo anterior, el presente proyecto de investigación titulado “ Alteraciones psicológicas en la persona adulta hospitalizada con quemadura de tercer grado del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, se realizó dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, en el servicio de

subagudos, durante un periodo de cuatro meses desde junio del 2022 hasta septiembre del 2022.

Presenta como principal objetivo Identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes de la persona adulta hospitalizada con quemadura de tercer grado del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados para realizar intervenciones con el fin de potenciar un ajuste en la calidad de vida mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

En este proyecto se muestran los factores que intervienen a presentar alteraciones psicológicas en la persona adulta hospitalizada, así mismo el impacto de las quemaduras sobre su calidad de vida, así como también la relación de las alteraciones psicológicas con respecto a su género y la implicación del personal de Enfermería en el abordaje psicosocial del paciente con quemaduras.

Dentro de la revisión literaria se aborda respecto a los antecedentes históricos de la institución, definición de quemadura, capas de la piel, etiología, factores de riesgo, clasificación, fisiopatología, consecuencias, complicaciones, tratamiento, intervenciones de enfermería y alteraciones psicológicas, tales como la ansiedad y depresión.

La metodología investigativa fue de carácter cuantitativo, descriptivo y transversal. Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zigmund y Snaith. Se obtuvo una categorización de variables donde se registró: datos de identificación de la persona (edad, sexo y estado civil) , su valoración clínica (días de estancia, grado de quemadura, localización, motivo, factores que intervienen en las alteraciones psicológicas, las alteraciones psicológicas, impacto de las quemaduras e implicación de Enfermería).

Finalmente, se incluyen las conclusiones, seguido de los respectivos anexos que acceden a conocer y aclarar los aspectos procedimentales realizados para la ejecución del estudio.

Justificación

Las quemaduras son lesiones físicas de mayor trauma que puede padecer el individuo y constituye uno de los factores más frecuentes de accidentes en la población infantil y adultos mayores, la mayoría no se pueden evitar puesto que son provocadas por descuidos o por inconsciencia de los peligros graves de ciertas situaciones.

Un problema de salud pública a nivel mundial cuya incidencia va en aumento debido a sus considerables complicaciones físicas y sobre todo psicológicas, la estadía hospitalaria de las personas con lesiones por quemaduras está en relación con múltiples factores. El tiempo que permanecen en las unidades de quemados dependerá del porcentaje de la lesión que presenten al instante del ingreso, así como también del índice de gravedad que presentan según la profundidad de las mismas y la extensión. Las quemaduras manifiestan un elevado índice de morbilidad y mortalidad en México, en hospitales el costo para un tratamiento es desmedido, añadiendo el daño psicológico y el tratamiento de por vida o marcas que se producen después de una quemadura¹.

Cómo se producen de manera violenta, el impacto psicológico es tan fuerte como el físico. Por lo tanto, el tratamiento del paciente quemado implica los dos aspectos desde el momento del accidente hasta la recuperación. Al ser conscientes de su situación y percatarse de su pérdida de facultades pueden sentirse amenazados, deprimidos y temerosos.

Dichos problemas están relacionados a las secuelas de las quemaduras, que comúnmente ocasionan en el paciente una disminución de su autoestima y problemas como depresión o ansiedad, con la posible necesidad de un tratamiento farmacéutico, además de psicológico, por lo cual pueden ser determinantes en su capacidad de relacionarse y socializar.

Por ello , este estudio se enfoca en identificar las alteraciones psicológicas de la persona adulta que se encuentra hospitalizada por quemadura de tercer grado en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” en el área del

Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemado enfatizado la importancia que tiene enfermería en la atención de la persona quemada ya que va a contribuir eficazmente en la atención con el fin de mejorar su calidad de vida.

Planteamiento del problema

Las quemaduras establecen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido a la gravedad que representan y lo vulnerable que se enfrenta la población infantil y adultos mayores. Son consideradas como uno de los accidentes más severos que puede estar expuesto un ser humano.

De acuerdo con la OMS, en 2018, se estimó alrededor de 180 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano, y casi dos tercios, en las regiones de África y de Asia Sudoriental ¹. En 2021, ocasionan aproximadamente 300 000 muertes al año, la mayoría son resultado del efecto directo de las llamas, escaldaduras, electricidad y productos químicos².

A nivel mundial se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes, alcanzando hasta en un 55% de los pacientes atendidos en diversos centros de atención de quemaduras ³.

Según datos oficiales de American Burn Association para el año 2011, en los Estados Unidos, el rango etario más afectado es el de los adultos jóvenes con una media de edad de 32 años y aproximadamente el 70% de los casos son pacientes de sexo masculino³.

En el año 2011 el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, reportó que las quemaduras, a escala nacional, ocuparon el lugar 17 de frecuencia de nuevos casos de enfermedad ya que hubo 129 779 pacientes con quemaduras, lo que generó una incidencia nacional general de 118.82 (113.25 en mujeres y 124.61 en varones). Por grupo de edad los nuevos casos fueron más frecuentes de 25 a 44 años (43 321 casos), y de 20 a 24 años (13 816 casos)⁴.

Durante el año 2013 hubo 126 786 nuevos casos por quemadura, mientras que de enero a junio de 2014 hubo 65 182. De dichas quemaduras 56% sucedieron en adultos de 20 a 50 años, 85% de las quemaduras de los adultos sucedieron al estar realizando actividades laborales⁴.

En México, cada año cerca de 13 mil personas sufren algún tipo de quemadura, de las cuales más de mil de los casos es en población infantil, colocando a nuestro país en un nivel intermedio de ocurrencia de casos en países desarrollados y en vías de desarrollo⁵.

El Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ) del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) "Luis Guillermo Ibarra Ibarra (LGII)", en poco más de una década ha atendido 180 niñas, niños y adolescentes, más de mil 500 personas adultas, entre 250 y 300 personas adultas por año⁵.

Las quemaduras térmicas frecuentes en los adultos son causadas por fuego. Más del 96% de las quemaduras mortales están relacionadas con el fuego.⁶ Una de las zonas más estropeadas son los miembros superiores, por lo que puede estar vinculado a distintas actividades laborales que se realizan y a su vez por evadir el incidente. En cambio, presenta un impacto en el estilo de vida y economía de la persona, puesto que ocasionan una pérdida en la calidad de vida con respecto a salud, identidad y relaciones sociales.

El trauma térmico independiente de la magnitud deriva a la persona a exhibir síntomas emocionales en cierta etapa a lo largo de su tratamiento. Existen factores que intervienen en las manifestaciones psicológicas que denota el paciente quemado, como la manera que afrontaba la eventualidad, así como también de primera mano con la lesión, la estadía hospitalaria, el tratamiento prescrito, incapacidad física y las pérdidas que originan las quemaduras.

Las lesiones por quemaduras constituyen una impresión que puede provocar ciertos problemas psicológicos, como la ansiedad, depresión, estrés postraumático,

pérdida de la autoestima y los obstáculos ante las alteraciones de la imagen corporal.

Con lo anteriormente señalado surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las alteraciones psicológicas más frecuentes en la persona adulta hospitalizada con quemadura de tercer grado del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados?

Objetivo General

Identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes de la persona adulta hospitalizada con quemadura de tercer grado del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados para realizar intervenciones con el fin de potenciar un ajuste en la calidad de vida mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Objetivo Específicos

- Identificar los factores que coadyuvan a presentar alteraciones psicológicas en la persona adulta hospitalizada para contribuir a un adecuado bienestar psicosocial.
- Examinar el impacto de las quemaduras de la persona adulta hospitalizada para fomentar una calidad de vida óptima.
- Determinar la relación de las alteraciones psicológicas con respecto a su género para observar la prevalencia que estas implican.
- Describir la implicación del personal de Enfermería en la persona con quemaduras para un mejoramiento del estilo de vida del individuo.

Marco Teórico

Antecedentes Históricos

Desde el 14 de enero del 2011, el presidente de la República Mexicana, Felipe Calderón Hinojosa, acompañado de su esposa la Licenciada Margarita Zavala y el secretario de Salud, Doctor José Ángel Córdoba Villalobos, inauguró el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), como parte del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). Atiende a pacientes de toda la República Mexicana sin importar edad, género o condición social⁶.

Se compone de 10 niveles con servicios y laboratorios como: Urgencias y área de choque, admisión y recepción; Consulta externa; Rehabilitación integral y enseñanza; Hospitalización de subagudos; Área de quirófanos; CEYE; Hospitalización de agudos; Laboratorios de medicina genómica y de tejido conjuntivo; Laboratorio de infectología y banco de piel; Laboratorio de biotecnología y Helipuerto⁶.

Cuenta con servicios de enfermería, nutrición, rehabilitación y cirugía plástica, así como terapia intensiva pediátrica y de adultos⁷.

El Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados es el primero en su género, tanto en el país como en América Latina, que ofrece a la población mexicana, una institución altamente especializada para la atención de quemaduras graves, con calidad y calidez; cuenta con la tecnología más avanzada y cumple estrictamente con los estándares establecidos a nivel nacional e internacional⁷.

Definición de quemadura

De acuerdo con la OMS, una quemadura es una lesión de la piel o de otros tejidos corporales causada por el calor, o debido a la radiación, radioactividad, electricidad, fricción o contacto con químicos⁸.

Las quemaduras se definen como la lesión o herida de los tejidos orgánicos producida por la acción del fuego y del calor, por contacto con objetos calientes, determinados productos químicos cáusticos o corrosivos, por radiación, fricción, y corriente eléctrica⁹.

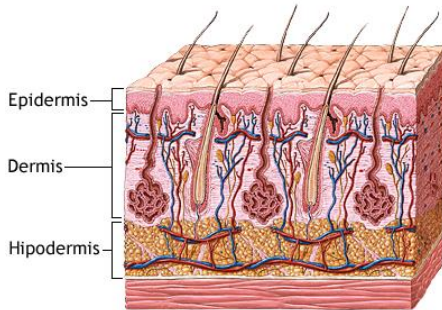
Son el resultado de un traumatismo físico o químico que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados. Producen tres efectos: pérdida de líquidos, pérdida de calor, lo que puede causar hipotermia y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección¹⁰.

Capas de la piel

La piel es el órgano más grande del cuerpo. Entre las principales funciones de la piel está la protección. Ésta protege al organismo de factores externos como bacterias, sustancias químicas y temperatura ¹¹.

La piel consta de tres capas: epidermis, dermis e hipodermis ¹². (ver figura 1)

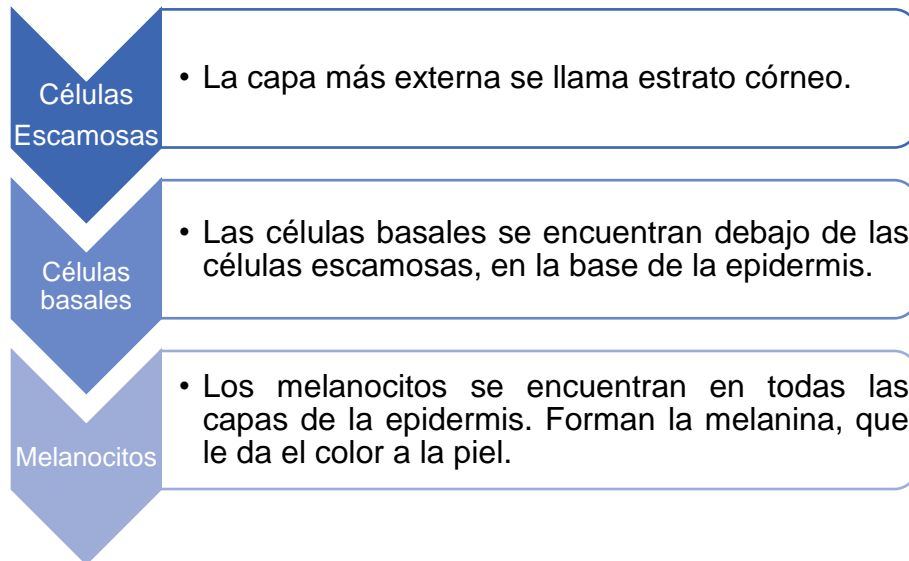
Figura 1. Capas de la piel



Fuente: MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). Capas de la piel.

La epidermis es la capa externa delgada de la piel que consta de tres tipos de células: (Ver figura 2)

Figura 2. Tipos de células de la epidermis



Fuente: Buendía A, Mazuecos J, Camacho F. Manual de dermatología. Anatomía y fisiología de la piel. 2ª edición: ISBN.

La dermis es la capa intermedia de la piel, es la estructura de soporte de la piel y le proporciona resistencia y elasticidad. Está formada básicamente de tejido conectivo fibroelástico. Contiene lo siguiente: (ver figura 3)

Figura 3. Componentes de la dermis



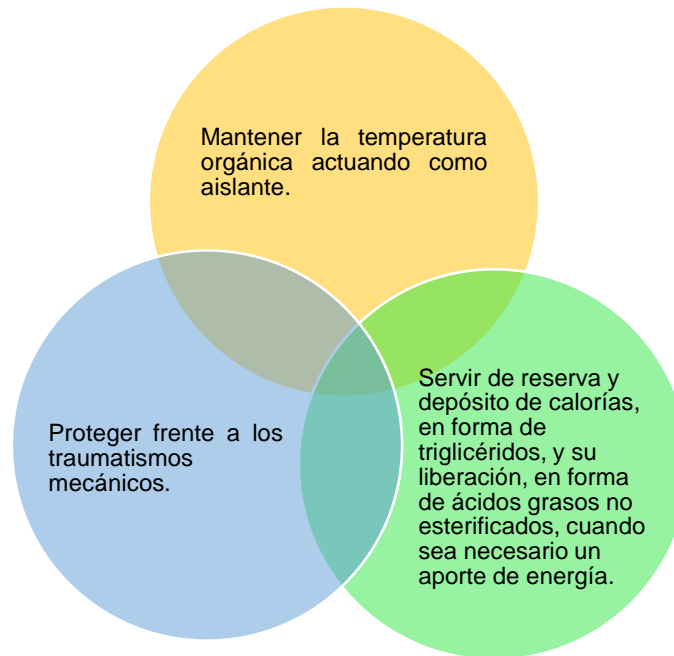
Fuente: Buendía A, Mazuecos J, Camacho F. Manual de dermatología. Anatomía y fisiología de la piel. 2ª edición: ISBN.

La dermis se mantiene unida mediante una proteína llamada colágeno. El colágeno está formado por fibroblastos. Esta capa le da a la piel flexibilidad y fuerza. Además, contiene receptores del dolor y el tacto.

La hipodermis también conocida como tejido celular subcutáneo o panículo adiposo, es la capa más profunda de la piel, está constituida por lipocitos o adipocitos que son células encargadas de fabricar y almacenar grasas.

Las funciones de la hipodermis son: (ver Figura 4)

Figura 4. Funciones de la hipodermis



Fuente: Buendía A, Mazuecos J, Camacho F. Manual de dermatología. Anatomía y fisiología de la piel. 2ª edición: ISBN.

Etiología

Los mecanismos por los que se producen las quemaduras son muy variados, siendo los más comunes:

Quemaduras térmicas

Originadas por cualquier fuente de calor (llama o fuego directo, líquidos o sólidos calientes) ¹³.

- Fuego directo: El contacto directo con el fuego puede llegar a producir quemaduras de tercer grado, con mucha mayor facilidad.

- Líquidos: Los líquidos a temperaturas elevadas se distribuyen rápidamente por toda la superficie, ocupa los pequeños espacios y se puede filtrar por las vías respiratorias. Más aún los líquidos grasosos pueden tener una mayor adherencia que los líquidos claros.

Factores de Riesgo

Existen factores que aumentan las complicaciones y la mortalidad del paciente quemado, como la edad, el sexo, la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, alteraciones cardiológicas, inhalación de humo caliente, profundidad de la lesión, causa, localización y extensión de la quemadura¹⁴.

La OMS (2016), especificó los siguientes factores de riesgo para los accidentes por quemadura¹⁵: (ver figura 5)

Figura 5. Factores de riesgo en quemaduras



Fuente: Andrade A. Factores de riesgo de las quemaduras. Ecuador: UCE;2017.

Clasificación

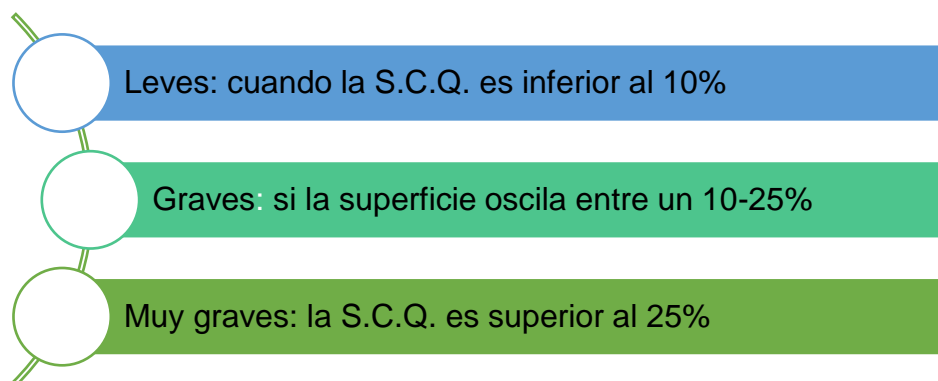
Las quemaduras se clasifican de acuerdo con la profundidad ocasionada por el agente etiológico en la piel, así como por su extensión utilizando la regla de los nueves. De igual forma acorde a la Asociación Americana de Quemaduras las clasifica con respecto a su gravedad en leves, moderadas y severas¹⁶.

La más extendida es la clasificación o regla de los nueves, que otorga porcentajes del 9% a las distintas áreas del organismo. Así, la cabeza supone un 9%, cada extremidad superior otro 9%, mientras que las extremidades inferiores comprenden, el tórax y el abdomen abarcan dos 9% cada uno. Por último, al periné le corresponde el 1% restante¹⁶.

En la actualidad son aceptados como criterios de ingreso: quemaduras de tercer grado que afecten a más del 10% de la superficie corporal, cuando afectan a cara, ojos, manos, pies o periné, y todos aquellos pacientes con riesgo intrínseco elevado¹⁶.

Según extensión de la Superficie Corporal Quemada: (ver figura 6)

Figura 6. Extensión de la superficie corporal quemada



Fuente: Llamazares V. El paciente gran quemado. España. UNIA. 2015.

Según profundidad de la quemadura:

Quemadura de tercer grado o de espesor total

El daño de las quemaduras de tercer grado se extiende hasta la hipodermis, causando destrucción de todo el grosor de la piel y de los nervios, lo cual produce insensibilidad. Éstas pueden causar pérdida de la función y/o de la sensación¹⁶.

- Es frecuente observar áreas carbonizadas, de colores negros o deshidratados, de aspecto blanquecino.
- Son indoloras por la destrucción total de las terminaciones nerviosas.
- La cicatrización se logra mediante la aplicación de un injerto de piel.

Según severidad general de la lesión por la American Burn Association

American Burn Association clasifica las quemaduras en 3 tipos. (ver figura 7)

Figura 7. Clasificación de quemaduras

Leves	Moderadas	Graves
<ul style="list-style-type: none">• Quemaduras de tercer grado con < del 2% de la superficie corporal total en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales)	<ul style="list-style-type: none">• Que abarquen del 2-5% de la superficie corporal total en cualquier paciente sin otra lesión.	<ul style="list-style-type: none">• Quemadura de grosor total (tercer grado) > 10% de SCQ de 3° grado en niños o adultos• Todas las quemaduras que involucran ojos, oídos, orejas, cara, mano, pies, periné y genitales.• El manejo de estos pacientes debe ser en un Centro de Quemados.

Fuente: Fernández Y, Melé M. Quemaduras. Protoc diagn ter pediatri. 2020.

Según la localización:

Existen áreas del cuerpo denominadas zonas especiales o de mayor gravedad que son la cara, cuello, manos, pies, genitales, zona perineal y zonas de flexión, que tienen gran movilidad y que, aunque no son de compromiso vital, se consideran de suma gravedad por mayor riesgo de secuelas funcionales y estéticas¹⁶.

Fisiopatología

A nivel local los diferentes fenómenos que se desarrollan son consecuencia inicial de una desnaturalización proteica por el calor. Esto conlleva una destrucción de la barrera cutánea, originando grandes pérdidas de líquidos y electrolitos (deshidratación) y una mayor predisposición a las infecciones bacterianas. Así mismo, el aumento de la temperatura provocará un estado de hipercatabolismo local que finalmente tenderá a generalizarse. Desde un punto de vista vascular, la respuesta inicial es inespecífica originándose por el calor una vasodilatación (eritema) que junto con la liberación de histamina y kininas originará un aumento de la permeabilidad capilar motivando la aparición de edema y flictenas. Finalmente, a nivel nervioso se produce una estimulación de las terminaciones nerviosas por el calor, el edema y las sustancias vasoactivas originando intenso dolor. Cuando dichas terminaciones han sido destruidas por la quemadura es típica la ausencia de estos fenómenos¹⁷.

A nivel sistémico el paciente quemado debe ser considerado en todo momento como un paciente que ha sufrido un gran traumatismo, en el que se suman fenómenos fisiopatológicos muy diversos. La respuesta vascular (aumento de la permeabilidad capilar, edema intersticial) llevará a una deshidratación y al establecimiento de un shock hipovolémico. Desde un punto de vista endocrino y metabólico se producirá una respuesta suprarrenal con un balance nitrogenado negativo que puede llevar a la desnutrición. Finalmente, como ya se ha comentado, existe una predisposición al desarrollo de infecciones locales que junto al estado de

inmunosupresión que se genera pueden llevar al desarrollo de una sepsis. Todos estos fenómenos generales pueden llevar al paciente a un fracaso renal primero y luego a un fracaso multiorgánico, lo que nos muestra la complejidad y gravedad del paciente quemado¹⁷.

Consecuencias

Las quemaduras ocasionan alteraciones a nivel fisiológico, físico y emocional que afectan tanto al individuo que las sufre como a su familia¹⁸.

Alteraciones físicas

Las consecuencias de las quemaduras no se centran en la simple alteración de la piel, sino que conllevan una serie de modificaciones en diferentes órganos y sistemas del cuerpo que varían en función de la gravedad de las lesiones. Los principales sistemas implicados y sus afectaciones son¹⁸:

- Sistema hemodinámico: se produce un aumento en la permeabilidad capilar por el incremento de la presión hidrostática vascular y la disminución de la presión hidrostática intersticial, afectando tanto a la zona de lesión como al resto del organismo por extensión.
- Sistema hematológico: se produce la destrucción de elementos formes de la sangre, principalmente de hematíes o glóbulos rojos, alterándose desde un 5% a un 60% su volumen total en función de la extensión, la profundidad y la localización de la lesión.
- Sistema cardiovascular: aparece una hipovolemia con disminución del retorno venoso y con él del gasto cardíaco; todo ello favorecido por la presencia de edemas que secuestran el plasma en el espacio intersticial y por el aumento de la evaporación de líquidos.
- Sistema respiratorio: las alteraciones pulmonares son la principal causa de muerte por quemaduras.

- Sistema renal: el riñón es el órgano más afectado tras las quemaduras. La pérdida de sangre o hipovolemia ocasiona una reducción del flujo sanguíneo renal y con ella un descenso del filtrado glomerular.
- Sistema metabólico-endocrino: se desarrolla un estado hipermetabólico proporcional a la lesión, de forma que el índice metabólico puede aumentar dos o tres veces lo normal.
- Termorregulación: la pérdida de agua origina el enfriamiento del organismo que, como respuesta, produce un aumento del metabolismo acompañado de la consiguiente elevación de la temperatura central y de la superficie corporal, que se encuentra ligeramente por encima de lo normal.

Alteraciones psicosociales

Cabe destacar que los trastornos varían en función de la fase evolutiva por la que está pasando la persona quemada. En general, en la fase aguda inmediata al acontecimiento traumático, los pacientes graves presentan preocupación por el peligro de muerte, así como un gran estrés e impacto emocional que lleva a la aparición de delirios, confusión, desorientación, agitación o apatía, insomnio, pesadillas, alucinaciones o recuerdos súbitos del acontecimiento, así como ansiedad y depresión¹⁹.

Los cambios en la imagen corporal provocan al paciente un sentimiento de rechazo y marginación hacia sí mismo, así como baja autoestima, lo que se traducirá en aislamiento social por el temor al rechazo¹⁹.

Además de las consecuencias psicológicas pueden darse también alteraciones en el ámbito social como la pérdida de amigos, familiares o enseres y posesiones. En pacientes que han sufrido quemaduras graves con consecuencias físicas importantes es frecuente la aparición de miedo al rechazo por parte de otros, lo que les lleva a disminuir o eliminar las relaciones sociales²⁰.

Complicaciones

Las heridas por quemaduras tienen características especiales de la lesión térmica, y constituyen el lecho más idóneo para el asentamiento y proliferación bacteriana. Las infecciones son la principal causa de muerte en pacientes quemados. Las superficiales cruentas son el origen más frecuente de tales infecciones, por sobre crecimiento de flora endógena o por contaminación externa²¹.

Las cicatrices se forman cuando se ha dañado la capa dérmica o inferior de la piel como en el caso de una quemadura, esto es por la sobreproducción cicatrizal. La cicatriz hipertrófica y queloide son patologías o desordenes fibroproliferativos de la dermis, que se presentan solo en humanos y que ocurre después de una quemadura²².

La cicatriz hipertrófica es una lesión fibrosa, eritematosa, levantada y pruriginosa que se forma dentro de los bordes iniciales de una herida, habitualmente en un área de tensión. Suelen tener un patrón de regresión espontánea, aunque sea parcial y tiene poca tendencia a la recidiva pos extirpación quirúrgica²³. (ver figura 8)

Figura 8. Cicatriz hipertrófica



Fuente: Guerrero L. Cicatriz hipertrófica y queloide. Cir. plastic.iberolatinoam.2020; 46(2).

La cicatriz queloide es una lesión con aspecto tumoral, color rojo rosado o púrpura y a veces hiperpigmentada. Los contornos están bien demarcados, pero son

irregulares, sobrepasando los márgenes iniciales de la herida. El epitelio sobre la lesión es delgado y puede presentar áreas focales de ulceración. Puede presentar prurito y dolor. Raramente regresa en forma espontánea y la recidiva es muy frecuente pos-extirpación quirúrgica²³. (ver figura 9)

Figura 9. Cicatriz queloide

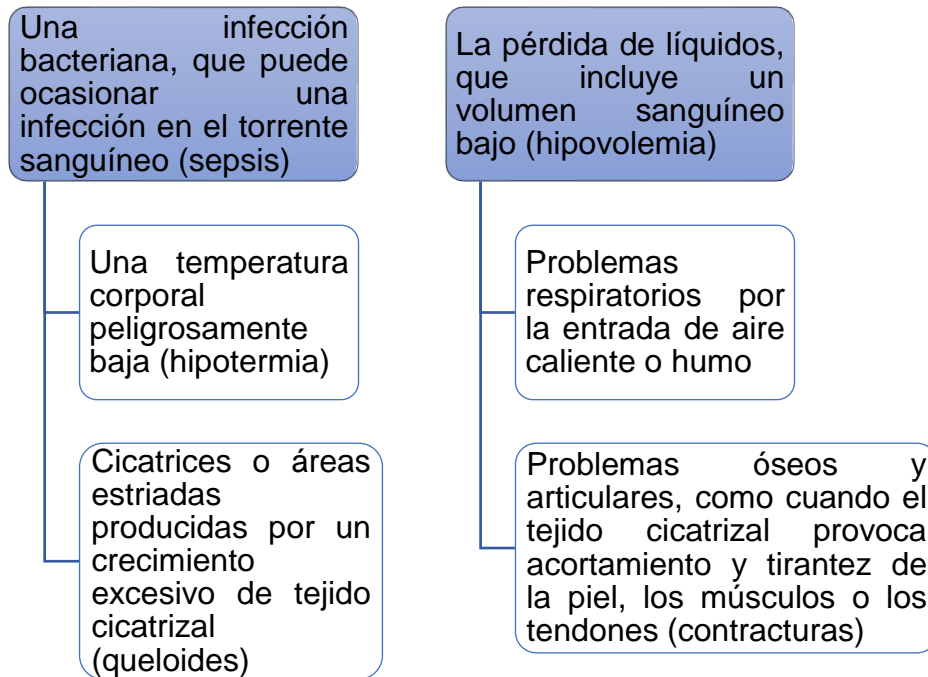


Fuente: Guerrero L. Cicatriz hipertrófica y queloide. Cir. plastic.iberolatinoam.2020; 46(2).

Las quemaduras de tercer grado de las extremidades son muy complejas y difíciles, ya que diversos tejidos sufren daño simultáneamente como tejido celular, músculos, tendones, huesos, articulaciones, arterias y nervios y presentan hipoperfusión local severa por lo que es necesario acudir a una amputación²⁴.

Las complicaciones de las quemaduras profundas o generalizadas pueden ser las siguientes²⁴: (ver figura 10)

Figura 10. Complicaciones de las quemaduras



Fuente: Mayo Clinic. Quemaduras. MFMER. 2022.

Tratamiento

Manejo hospitalario

- **Vía aérea:** la primera prioridad es garantizar una vía aérea adecuada; se evalúan la expansión de la caja torácica, la frecuencia respiratoria y los ruidos respiratorios; la intubación se requiere en pacientes inconscientes, cuando hay presencia o inminencia de falla respiratoria y en pacientes hemodinámicamente inestables que no responden al tratamiento; de lo contrario, se debe administrar oxígeno por máscara.
- **Circulación:** la segunda prioridad es comenzar la resucitación con líquidos administrados por dos venas periféricas.

- **Reposición de líquidos:**El propósito de la resucitación por medio de líquidos, es mantener la función orgánica vital al menor costo fisiológico inmediato y tardío. Para optimizar la resucitación mediante líquidos en pacientes con quemaduras graves, la cantidad administrada debe ser apenas la suficiente para mantener la función orgánica vital sin producir alteraciones patológicas²⁵.

Tratamiento quirúrgico

En los pacientes quemados, muchas veces se requiere un tratamiento quirúrgico, y de ser necesarios se los deberá ejecutar dentro de las primeras 48 horas posteriores al accidente. Pérez (2006), menciona cinco procedimientos²⁵: (ver figura 11)

Figura 11. Procedimientos quirúrgicos en quemaduras.



Fuente: Ortega S. Tratamiento en quemaduras. Ecuador: UNL;2018

- **Desbridamientos:** Consiste en la eliminación del tejido muerto, con la finalidad de obtener una superficie limpia y un buen lecho receptor.

- Escarotomía: Consiste en realizar incisiones de descarga en quemaduras eléctricas, profundas o circulares, que puedan desencadenar un síndrome compartimental.
- Cobertura cutánea: Se realizan autoinjertos en las áreas en las que no se prevé una epitelización espontánea.
- Sustitutos cutáneos: Cobertura sintética que se utiliza de una forma temporal.

Intervenciones de enfermería en el paciente quemado

Las quemaduras grandes pueden producir grandes acontecimientos traumáticos, la aplicación de las primeras intervenciones pueden producir un alivio a la tensión que tienen estos pacientes reduciendo el sufrimiento emocional mediante la comunicación²⁶.

La visión holística del paciente como un ser biopsicosocial debe permitir comprender la necesidad de un tratamiento integral en el cuidado del paciente quemado, que va más allá de la cicatrización de las heridas²⁶.

Por ello, la intervención que debe realizar enfermería en las instituciones debe consistir en primer lugar en establecer una relación terapéutica, comprensiva y empática, aportando información sobre su estado anímico.

Las intervenciones de enfermería se definen como todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realizan los profesionales de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Dichos profesionales realizan el abordaje terapéutico de pacientes quemados, con el hándicap de la existencia de una gran gama y variedad de técnicas, apósitos y cremas, entre otros, para el tratamiento de las quemaduras²⁷.

Para que el paciente vaya aceptando su situación e inicie su adaptación a la vida cotidiana, se deben realizar ejercicios para disminuir la ansiedad, disminuir la presencia de recuerdos del accidente, modificar los pensamientos negativos relacionados con ellos mismos, las demás personas, el mundo y el futuro e identificar estímulos externos donde la sintomatología pueda intensificarse readaptando al paciente a la vida cotidiana. Se debe aportar información sobre las técnicas de intervención ya que ayudan a reducir la incertidumbre y mejora la adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico, adquiriendo un papel activo durante la recuperación²⁷.

Alteraciones psicológicas

Las quemaduras son acontecimientos bruscos y traumáticos con gran repercusión a nivel psicológico, debido a la gran cantidad de consecuencias físicas que conllevan²⁸.

Ansiedad

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo²⁸.

Según una publicación realizada por el “Model Systems Knowledge Translation Center” de la Universidad de Washington, en el año 2016, la ansiedad se produce en la mayoría de las personas que sufren quemaduras graves. Si bien cada paciente experimenta la situación de manera diferente, existen ciertos síntomas frecuentes,

tales como: Sentirse irritables, indefensas, desesperadas, dificultad para concentrarse o para olvidar el accidente. Esta situación puede relacionarse con el concepto de vulnerabilidad mencionado anteriormente, en el que las personas se sienten incapaces de hacer frente a los acontecimientos estresantes, y lo interpretan como situaciones de riesgo o peligro de las que deben huir²⁹.

Los sobrevivientes manifiestan presentar síntomas aún un tiempo después de haber sido dados de alta. Para algunos pacientes estos síntomas se atenúan después de algunas semanas después del accidente, otros individuos siguen presentando ansiedad incluso después de dos años o más²⁹.

Existen numerosas causas para que se presente un cuadro de ansiedad en pacientes con quemaduras graves entre las que se puede mencionar las siguientes: Pensar en el acontecimiento en sí, preocupaciones sobre el futuro, la apariencia de la lesión, recordar la forma en que las heridas se veían en el accidente y en el hospital y dolor y picazón en la herida. La ansiedad puede provocar ciertas consecuencias, entorpeciendo el proceso del tratamiento, empeorando el dolor y la picazón, reduciendo su esfuerzo y persistencia en las terapias de rehabilitación, reduciendo su interés y gusto por las actividades diarias e interrumpiendo su ciclo normal de sueño³⁰.

Depresión

Según la OMS, la depresión puede definirse como un trastorno mental frecuente, que posee características como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. Esta puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar el desempeño escolar o laboral y la capacidad de afrontamiento del sujeto ante la vida diaria³¹.

La depresión es una respuesta esperada en las pérdidas, y con una quemadura el paciente puede experimentar esta sensación de pérdida en cuanto a su trabajo, familia o funciones corporales. Los pacientes suelen experimentar esta depresión con pérdida de peso, insomnio o un cambio en su actividad psicomotora, lo cual

puede estar causado por la pérdida de valía debido al desfiguramiento que se da en muchos casos³².

Blumenfeld y Schoeps (1993) y De los Santos (1999), advierten algunas señales peligrosas que se pueden dar en este tipo de pacientes como la persistencia de ideas acerca del suicidio, persistencia en la pérdida de apetito y trastornos del sueño e incluso el abuso de drogas y alcohol³².

Impacto psicológico de las quemaduras

La quemadura constituye una perturbación en todos los aspectos de la persona, constituyendo una desorganización mental que ocasiona comportamientos difíciles en la persona³³.

Los traumatismos generan reacciones emocionales intensas en quienes los sufren, por las lesiones y también por los sentimientos que se generan del mismo trauma.

Por lo tanto, el tratamiento o cuidado de las quemaduras se extiende más allá de la cura de la herida, o del buen funcionamiento fisiológico del organismo con el fin de incluir una recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo³⁴.

Los adultos heridos por quemaduras presentan manifestaciones psicológicas, entre los motivos están que manifiestan recuerdos de las circunstancias del accidente y de la intensidad de las sensaciones físicas percibidas, tales como el dolor. También la experiencia de hospitalización y el proceso de recuperación, en la existencia de secuelas visibles e incapacitantes³⁵.

El paciente puede presentar incomodidad, tensión, sudoración, taquicardia, dilatación pupilar, trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito, irritabilidad y una evidente disminución de la tolerancia al dolor. Siente que ha perdido el control de casi todo, y hasta teme perder el control sobre sus emociones. Su propia apariencia es una de las mayores fuentes de ansiedad.

Durante el periodo de hospitalización el paciente quemado presenta distintos síntomas emocionales, entre los más comunes se encuentran la ansiedad, el miedo, la tendencia al llanto, la disminución del apetito y el insomnio, estos últimos propios

de un cuadro de depresión. Es frecuente observar que el proceso de recuperación no es constante; se dan en él altibajos que propician depresiones mayores, que los pueden afectar a tal grado que se vuelven vulnerables a cuadros de sepsis e infección generalizada y así retrasar la cicatrización o la integración de los injertos recibidos. El dolor causado por las curaciones, las cirugías y hasta los ejercicios que realizan con los fisiatras, fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales son otros de los agravantes de la depresión de los pacientes³⁶.

El mejor predictor del éxito de la rehabilitación y de vital importancia es el apoyo social con que cuentan los pacientes, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. Son ellos los que están en mejor capacidad de brindarles acompañamiento emocional al paciente quemado y ayudarlo así manejar asertivamente la amplia gama de sentimientos y emociones que pueden experimentar³⁷.

Marco Referencial

En el estudio de Fernández F, et al. En el año 2015 denominado “Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura” cuyo objetivo es Identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes de los pacientes ingresados por quemadura. En los resultados obtenidos se encontraron como más frecuente (27,4 %), la combinación de varias alteraciones psicológicas (ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, etc.). Las manifestaciones de depresión (14,2%) predominaron en el sexo femenino mientras que la ansiedad se mantuvo bastante equilibrada para ambos sexos³⁸.

Por otro lado, en el estudio de Rodríguez M, et al, publicado en el año 2019, titulado “Alteraciones psicológicas en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria” teniendo como propósito describir las alteraciones psicológicas en los pacientes quemados durante su estadía hospitalaria. Los resultados obtenidos encontraron que predominaron ansiedad, tristeza y alteración de las necesidades del sueño en los cinco periodos de evaluación. Alcanzaron la ansiedad (80%), tristeza (89%) y la

alteración de las necesidades del sueño (85%) sus mayores valores porcentuales en el primer periodo. En la muestra seleccionada predominó el sexo masculino. La edad media fue de 54 años. La media de estadía hospitalaria fue de 41 días aproximadamente³⁹.

De Fernández A, et al. En su artículo publicado en el 2017 titulado “Alteraciones psicológicas en el paciente con quemaduras graves” que tiene como objetivo identificar las principales alteraciones psicológicas en el paciente ingresado tras sufrir quemaduras graves. Cuyos resultados fueron que la alteración psicológica más frecuente durante la hospitalización es la depresión seguida de la ansiedad y la baja autoestima. En menor proporción se encuentra el estrés postraumático y el trastorno desadaptativo⁴⁰.

Por otra parte, Sánchez A, et al. Publicaron un estudio en el año 2022, denominado “ Abordaje psicológico del paciente quemado” con la finalidad de conocer las principales respuestas emocionales en el paciente quemado en fase aguda de hospitalización, encontrando las más habituales que experimentó el paciente quemado durante la hospitalización como: ansiedad, depresión, dolor, nostalgia, tristeza, miedo, insatisfacción con la imagen corporal, síntomas de trastorno de estrés postraumático y dificultades para dormir⁴¹.

Para Gallach E, et al. En su estudio del 2015, nombrado “Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas” con el fin de determinar y describir las características sociodemográficas, tipología del trauma sufrido, características y topografía de las quemaduras y la comorbilidad con trastornos mentales previos del paciente gran quemado. Los resultados indican que los trastornos más prevalentes entre los grandes quemados son los mismos que entre la población general, aquellos relacionados con los trastornos de ansiedad.

Entre la población general la quemadura se produce con mayor frecuencia en varones. La edad media fue de 41 años. El motivo por el que se produjeron quemaduras con mayor frecuencia en ambas muestras fue el casual: 52 pacientes (69%) en la muestra general, y 11 en la muestra clínica (65%). La segunda razón fue la laboral: 3 pacientes de la muestra clínica (19%) y 22 de la muestra general

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

Tras finalizar esta investigación, se mostró que las quemaduras dañan a las personas que las padecen a nivel físico, marcan y limitan su cuerpo⁴².

De acuerdo con Guila F, et al. En su artículo publicado en el año 2014, denominado "Trayectorias psicológicas y evolución clínica de quemaduras" con el objetivo de Identificar distintas trayectorias en la evolución psicológica de los pacientes. En cuanto a los resultados obtenidos se encontró predominio en el sexo masculino. En cuanto al estado civil, (una mayoría de los hombres estaban casados y con pareja estable (N=90 personas, 70%). Entre las mujeres el porcentaje fue del 63% (n=31).

En relación a ambos sexos, el porcentaje de mujeres separadas o divorciadas con quemaduras fue proporcionalmente casi el doble al de los hombres (mujeres=22,4%, hombres=12,5%). En cuanto a la diferencia por sexo, las mujeres en un 81.6 % sufrieron accidentes en el domicilio frente al 41.1 % de los hombres. Los hombres también presentaron el lugar de trabajo como escenario del acontecimiento (19,5%). La localización de las heridas tiene también una amplia heterogeneidad, por lo que se clasificaron en función de su visibilidad: cara y manos, consideradas zonas visibles, mientras que el resto de las zonas se consideran no visibles.

En las mujeres existen porcentajes similares entre zonas visibles (n=26) vrs. no visibles (n=23), pero no así en el caso de los hombres, donde las zonas visibles son predominantes 71%. El tiempo o duración de hospitalización (DEH), también se presentó diferenciado entre hombres y mujeres. En el primer caso, la media de días de ingreso fue de 21,13 y la mediana de 17, entre un mínimo de 3 días y un máximo de 50. Las mujeres estuvieron ingresadas en una media de 17,48 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 128 ⁴³.

Con respecto al estudio de Ortega V, publicado en el año 2012 nombrado "La ansiedad y depresión en los pacientes que sufren quemaduras y acuden a la unidad

de quemados y cirugía reconstructiva del Hospital General Isidro Ayora” cuyo objetivo es determinar la relación de ansiedad o depresión en los pacientes con quemaduras. Del 100% de la población muestra, el 58.06% corresponden al Género Masculino y el 41.94% corresponde al género femenino.

Llegando a la conclusión de que existieron una población total de 31 pacientes, de los cuales 18 pacientes tienen ansiedad, con un tanto por ciento de 58.06 % y 13 pacientes tienen depresión lo cual representa al 41.94 %. Del total de la población masculina estudiada el 50% de los casos presentan ansiedad mientras que el otro 50% presenta depresión. Esto significa que la ansiedad y depresión en hombre se encuentra de igual proporción. Del total de la población femenina el 30.77% de los casos presentan depresión mientras que el 69.23% presenta ansiedad.

Lo que quiere decir que existe mayor prevalencia de ansiedad en mujeres que depresión. Debido a los síntomas que presentan los pacientes que acuden a esta unidad y teniendo en cuenta como diagnósticos principales: la depresión y la ansiedad, se plantea un plan de intervención psicológico enfocado en el tratamiento integral, en donde el paciente adquiera habilidades y destrezas para su recuperación y tenga el apoyo de su familia⁴⁴.

Referente al estudio de Bonifanti P, publicado en el año 2020 llamado “Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemadura” teniendo como objetivo analizar los factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras. De acuerdo con los resultados de las siete pacientes, el 100% de los casos, han manifestado o presentado indicadores vinculados a alguno de los tres factores emocionales elegidos: miedo, ansiedad y depresión.

Cuatro de ellas han expresado miedo, correspondiente al 57,14% de casos; seis de las pacientes ansiedad, lo que corresponde al 85,71% de los casos; y seis de ellas han manifestado depresión, igualmente correspondiente al 85,71%. Por lo que, entre los seleccionados, ansiedad y depresión serían los de mayor predominancia⁴⁵.

Conforme al estudio de Blanco M, del año 2013 conocido como “Características psicológicas del paciente quemado” presentando como objetivo determinar el perfil psicológico del paciente quemado, evaluando la prevalencia de determinadas características psicológicas en una muestra representativa. 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 Ansiedad⁴⁶.

En cuanto a Andrade A, en el estudio publicado en el año 2017 titulado “Relación de los estados emocionales con la extensión y profundidad de las quemaduras en los pacientes del hospital Carlos Andrade Marín” mostrando como objetivo relacionar los estados emocionales en pacientes quemados con la extensión y profundidad de la lesión. Se observa que mientras en los pacientes con quemaduras mayores predominan niveles moderados y graves de ansiedad y depresión.

Se observa que existe una clara predominancia del género masculino representando un 61,11%, mientras que el 38,88% pertenecen al género femenino. Se observa que más de la mitad de los pacientes son casados reflejando un 55,55%; el 38,88% son solteros y en un menor porcentaje se encuentran los pacientes viudos con un 5,55%. El lugar de mayor predominancia en el que se dieron las quemaduras fue en un contexto doméstico con un 55,55%, seguido de los accidentes laborales con un 33,33% y finalmente los accidentes que se dieron en un contexto médico por negligencia representan al 11,11%.

La participación del personal de enfermería en el paciente quemado resulta esencial en la prevención de las alteraciones psicosociales que puedan surgir ⁴⁷.

Metodología

Tipo de investigación

Estudio de carácter cuantitativo, descriptivo y transversal, a desarrollar del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados en el servicio de subagudos.

Población y Muestra

Mujeres y hombres adultos con quemadura de tercer grado en cualquier área del cuerpo de 18 años en adelante que ingresen al Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados en el servicio de subagudos durante el mes de junio - septiembre. La elección de los participantes será a conveniencia, que deseen participar y que al mismo tiempo cumplan con los criterios de inclusión de esta investigación.

El total de los sujetos de estudio se obtuvo mediante una selección de muestreo a conveniencia en donde participaron 33 adultos con quemadura de tercer grado.

Criterios de Inclusión:

Hombres y mujeres adultos:

- Que ingresen al Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados en el servicio de subagudos.
- Con un intervalo de edad de 18 años en adelante.
- Con quemadura por fuego
- Con quemadura de tercer grado en cualquier área del cuerpo.

Criterios de Exclusión:

- Hombres y mujeres pediátricos menores de 17 años.
- Hombres y mujeres que presenten quemadura por escaldadura o electricidad.
- Adultos con quemaduras de primer y segundo grado.
- Persona que se niegue a participar en la investigación.
- Adultos que por su condición no pueden firmar el consentimiento informado.

Recolección de datos-Instrumento

La recolección de la información se realizó mediante la visita en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados en el servicio de subagudos aplicando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).

Descripción del instrumento

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), fue diseñada por zigmund y Snaith en 1983 con el fin de detectar trastornos de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario⁴⁸. La traducción al castellano y su validación inicial fue llevada a cabo por Tejero, Guimerá, Farré y Peri en 1986 quienes obtuvieron un coeficiente alfa de .81 para la subescala de ansiedad y un coeficiente alfa de .82 para depresión⁴⁸.

Está compuesta de 14 ítems, 7 de los cuales miden la ansiedad y los 7 restantes miden depresión. Es una escala de fácil manejo y ha mostrado su poder estadístico tanto en fiabilidad como en validez en distintos estudios, también con muestra española⁴⁸.

Estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, considerando una puntuación por encima de 11 puntos como indicativa de sintomatología ansiosa o depresiva, entre 8 y 10 sintomatología dudosa y entre 0 y 7 ausencia de sintomatología⁴⁸.

El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante y evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad⁴⁹. (ver anexo 2)

Análisis de los datos

Para analizar los datos se elaboró una base de datos utilizando el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para realizar su representación gráfica en frecuencia relativa y porcentajes, así como también para realizar la correlación con el estadístico descriptivo de tablas cruzadas.

Categorización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala de medición	Indicador Categórico
Edad	Tiempo que ha vivido una persona en años cumplidos.	Años cumplidos de la persona al momento de realizar el estudio.	Cuantitativa	Discreta	A partir de los 18 años cumplidos.
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.	Características fenotípicas al momento de hacer el estudio.	Cualitativa	Nominal	1= Hombre 2= Mujer

Estado civil	Situación civil en la que se encuentran las personas en un determinado momento de su vida.	Situación civil de la persona al momento de realizar el estudio.	Cualitativa	Nominal	1= Soltero (a) 2= Casado (a) 3= viudo (a) 4= Divorciado (a)
Días de estancia	Número de días que, en promedio, permanecen las personas internadas en el hospital.	Número de días que ha permanecido la persona en el hospital hasta al momento de realizar el estudio	Cuantitativa	Discreta	A partir del día de ingreso.
Grado de quemadura	Clasificación según la profundidad de la lesión.	Clasificación según que tan profundo y con que gravedad penetran la superficie de la piel.	Cualitativa	Nominal	1= Primer grado 2=Segundo grado 3= Tercer grado
Localización de la quemadura	Delimitación, ubicación de alguna afección.	Localización de la quemadura	Cualitativa	Nominal	1=Miembros superiores 2=Miembros inferiores
Motivo de la quemadura	Causa que determina la existencia de ciertas afecciones.	Causa que determina la existencia de una quemadura.	Cualitativa	Nominal	1=Accidental 2=Domestic 3=Laboral
Factores que intervienen en las alteraciones psicológicas	Circunstancia que contribuye a producir un resultado.	Circunstancia que coadyuvan a ocasionar alteraciones psicológicas.	Cualitativa	Nominal	1=Estadía hospitalaria 2=Tratamiento prescrito 3=Incapacidad física 4=Recuerdos del accidente 5=Pérdidas que originan las quemaduras

Alteraciones psicológicas	Afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	Alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento del individuo.	Cualitativa	Nominal	1= Ansiedad 2= Depresión 3=Mixto
Impacto de las quemaduras	Efecto ocasionado por un suceso.	Consecuencias de la persona ocasionadas por las quemaduras.	Cualitativa	Nominal	1= Físico 2= Emocional
Implicación de Enfermería	Participación de Enfermería.	Participación de Enfermería en el abordaje psicosocial en la persona con quemaduras.	Cualitativa	Nominal	1= Eficiente 2= Deficiente

Recursos

Humanos

Pasante de la Licenciatura en Enfermería: Arellano Rosales Guadalupe

Asesor (a) de protocolo de investigación: Mtra. Aguilera Rivera Maribel

Asesor clínico: Dr. Pantoja Herrera Martín

Materiales

Internet, ordenador, paquetería de Microsoft Office, además de contar con la base de datos IBM software estadístico llamado SPSS en su versión 25, para el análisis de resultados, hojas blancas, pluma, fotocopidora, impresora, engrapadora.

Financieros

Los gastos que genere este estudio serán costeados por la autora de la investigación.

Consideraciones éticas

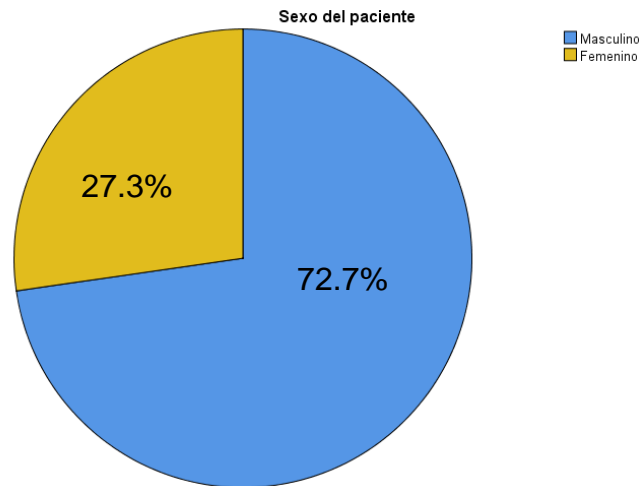
Este estudio se apega a lo señalado por la Declaración de Helsinki y lo dispuesto en la Ley general de salud en materia de investigación, debido a que es una investigación sin ningún riesgo para los individuos puesto que no se realizará ningún procedimiento invasivo ni exposición alguna, así como también, cuenta con un consentimiento informado que consta de lo siguiente: Descripción de la investigación, objetivo del estudio, derechos como participante, participación voluntaria y retiro. (ver anexo 1)

Asimismo, se apega a lo establecido con el informe de Belmont, ya que también prevalece el criterio del respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los individuos, por lo que tienen la capacidad de decidir con libertad si desean participar en el estudio una vez explicados los beneficios y riesgos.

Resultados

Del 100 % de la población muestra, el 72.7% corresponde al género masculino y el 27.3% al género femenino. Los resultados que arroja es que existe mayor prevalencia en hombres que mujeres en hospitalización. (ver gráfica 1)

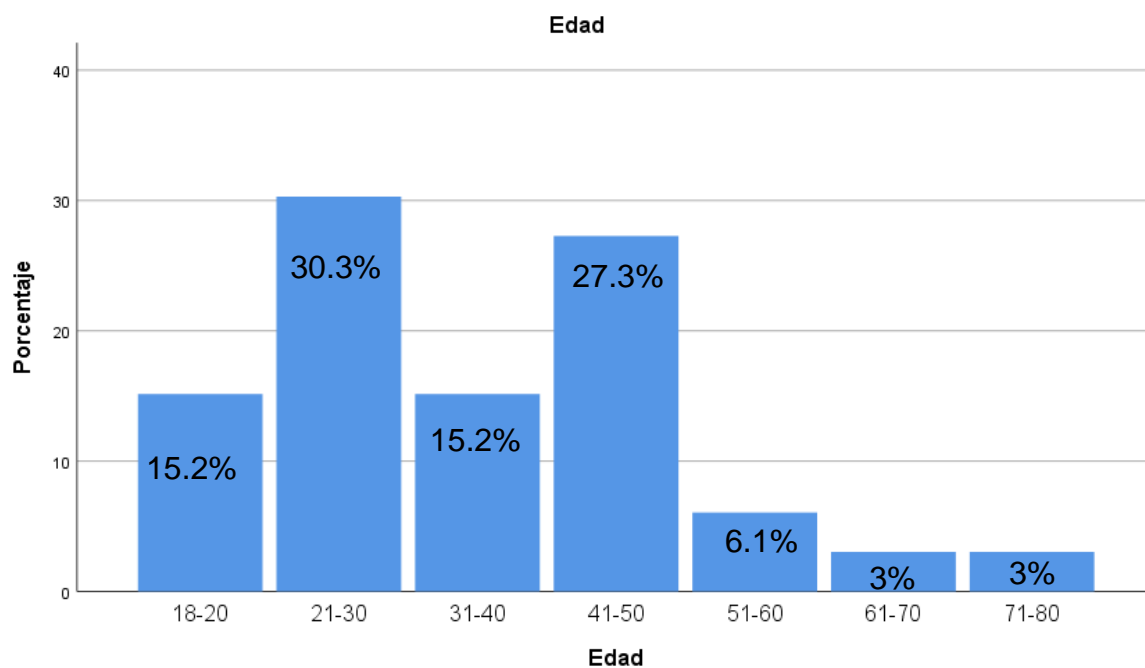
Gráfica 1. Sexo del paciente



Fuente: Elaboración propia

De los 33 sujetos de estudio para esta investigación la media de edad fue de 34.97 años y la moda de 43 años. La gráfica 2 proyecta que el 30.3% es una población entre los 21-30 años de edad, el 27.3% desde los 41-50 años, el 15.2% entre 18-20 años, así como también con un 15.2% entre los 31-40 años, el 6.1% se encuentra entre 51-60 años, el 3% comprende desde 61- 70 años, mientras que también el intervalo de edad de 71-80 cuenta con un 3%.

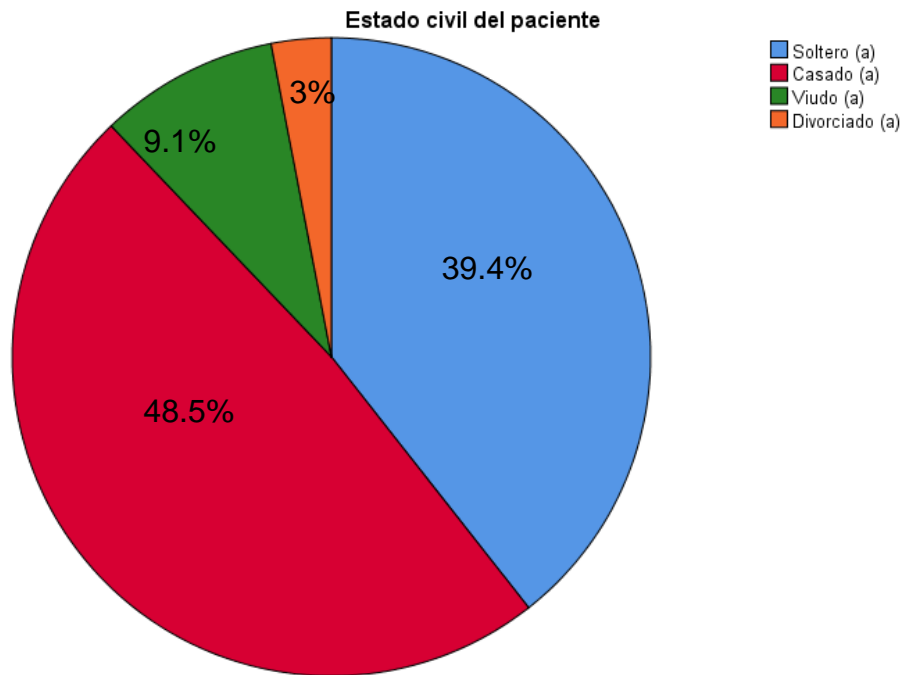
Gráfica 2. Edad del paciente



Fuente: Elaboración propia

La gráfica 3 muestra el estado civil de las personas adultas hospitalizadas, donde se observa que mayoritariamente son casados reflejando un 48.5%, el 39.4 % son solteros, el 9.1% viudos, mientras que el 3% divorciados.

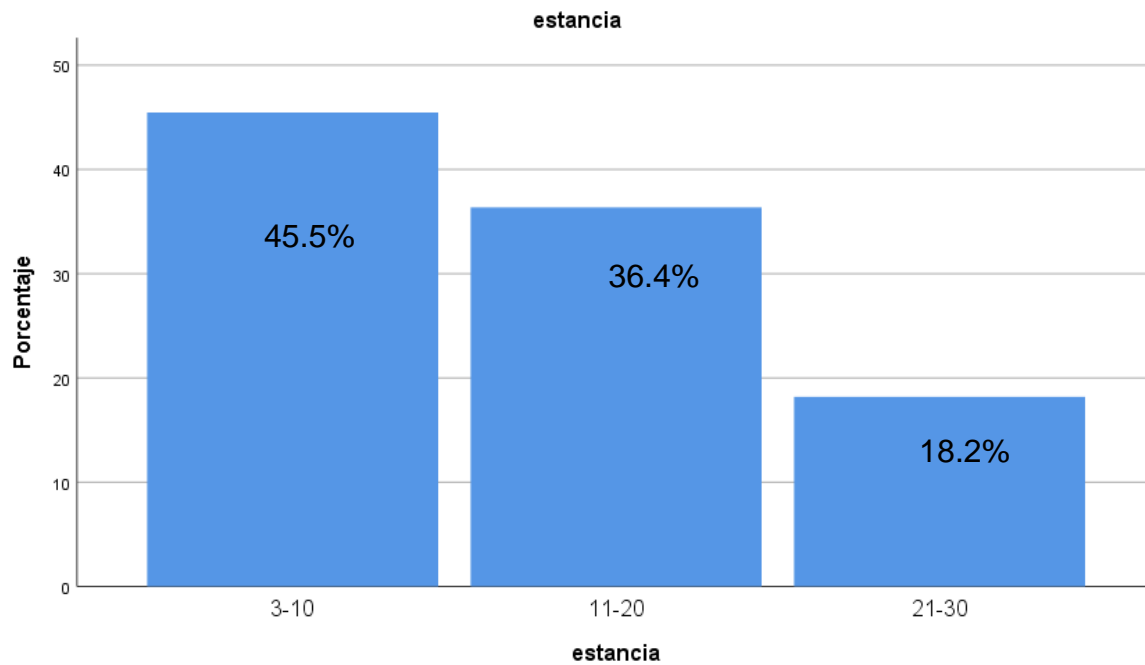
Gráfica 3. Estado civil del paciente



Fuente. Elaboración propia

En la gráfica 4 se puede observar los días de estancia hospitalaria de los adultos hospitalizados por quemadura de tercer grado, el 45.5% lo comprende en un intervalo de días de 3-10 días, el 36.4% de 11-20 días, mientras que en menor proporción el 18.2% de 21-30 días. Obteniendo una media de 12.27 días aproximadamente.

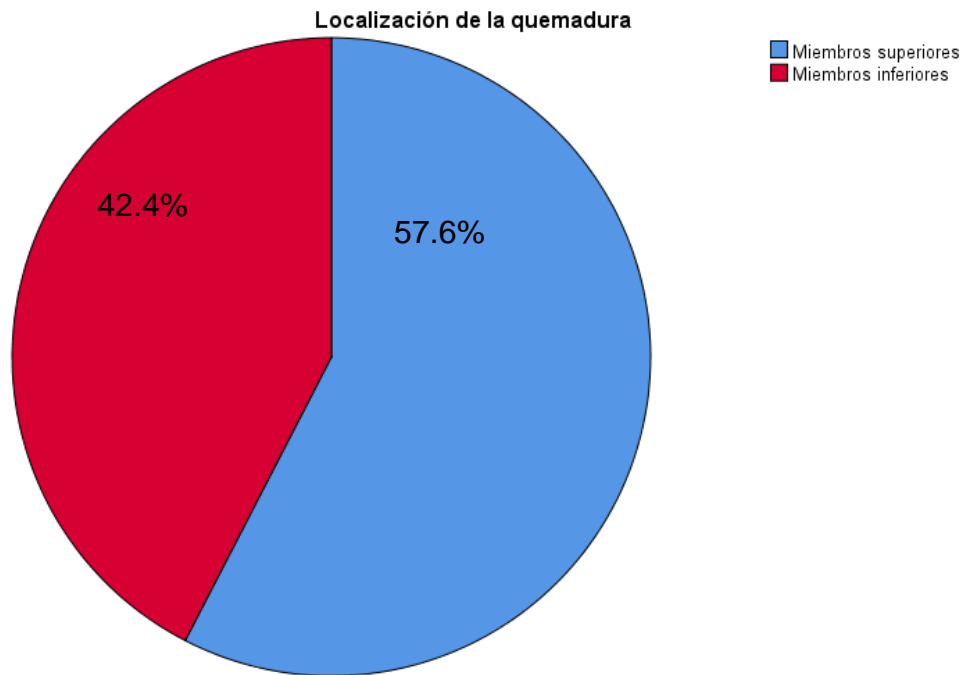
Gráfica 4. Días de estancia hospitalaria



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, la gráfica 5 señala que el 57.6% de la localización de las quemaduras fueron en miembros superiores mientras que 42.4% en miembros inferiores.

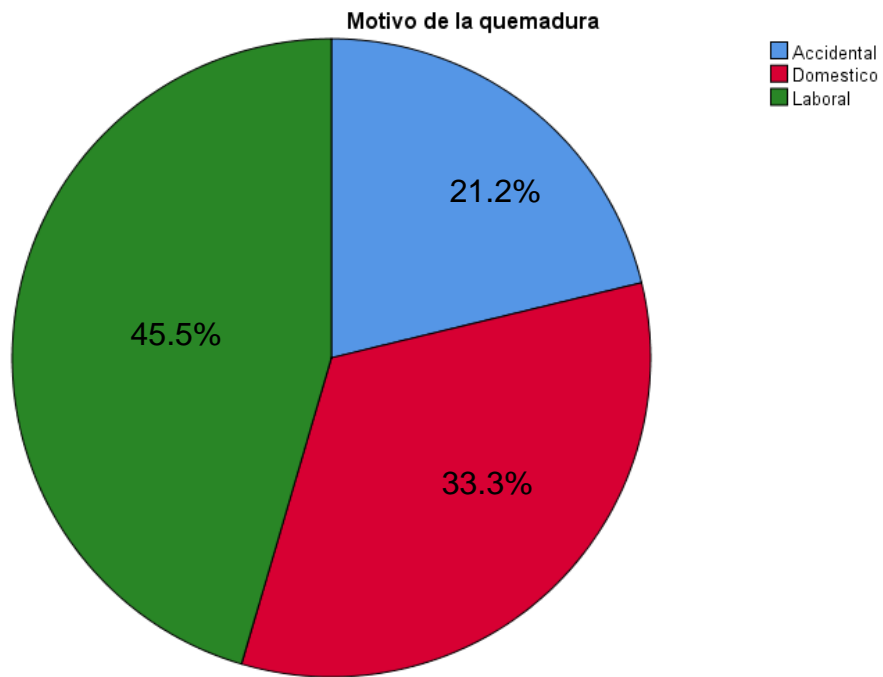
Gráfica 5. Localización de las quemaduras



Fuente: Elaboración propia

Así como se observa en el gráfico 6, el motivo de la quemadura de mayor predominancia fue en un contexto laboral con un 45.5%, seguido de los accidentes domésticos con un 33.3% y finalmente accidental con un 21.2%.

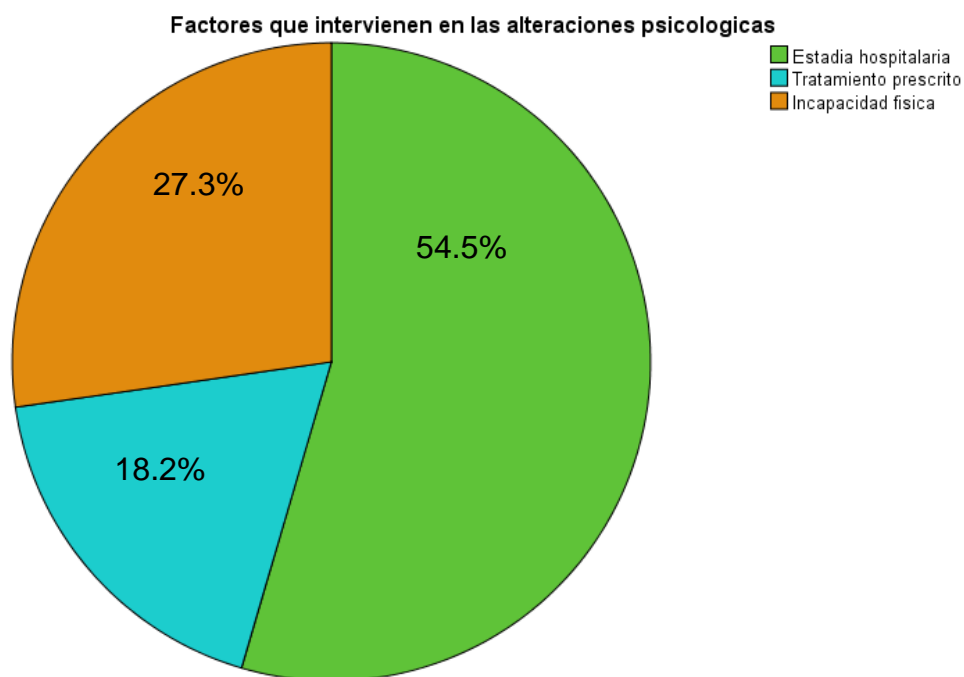
Gráfica 6. Motivo de la quemadura



Fuente: Elaboración propia

Además, la gráfica 7 muestra los factores que intervienen en las alteraciones psicológicas, encontrando con mayor prevalencia a la estadía hospitalaria con un 54.5%, el 27.3% la incapacidad física y el tratamiento prescrito con un 18.2%.

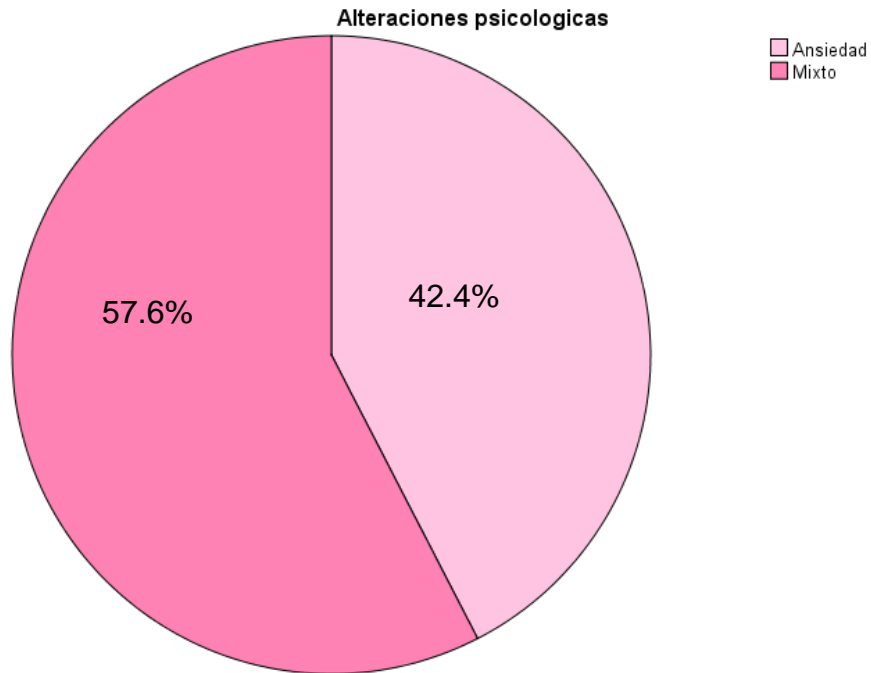
Grafica 7. Factores que intervienen en las alteraciones psicológicas



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la grafica 8 se establece las alteraciones psicológicas mas frecuentes en el adulto hospitalizado por quemadura de tercer grado, encontrando que hay una alteración psicológica mixta, los individuos padecen de ansiedad junto con depresión con un 57.6%, si bien solo con ansiedad con un 42.4%.

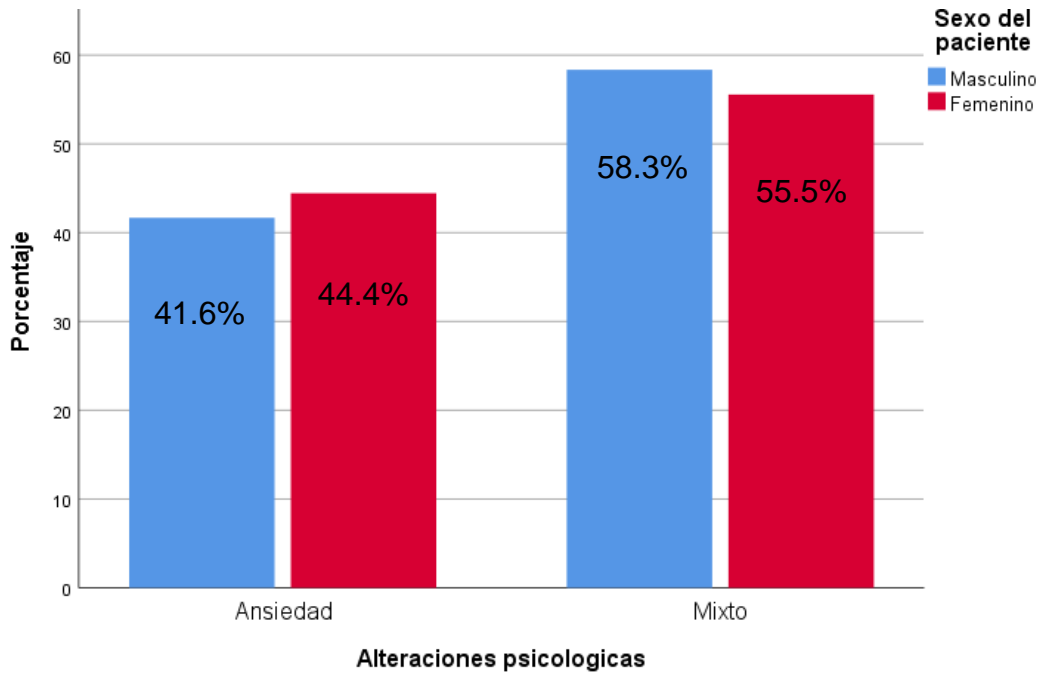
Gráfica 8. Alteraciones psicológicas



Fuente: Elaboración propia

La gráfica 9 muestra la relación de las alteraciones psicológicas con respecto a su género, se observa con más predominio al género masculino en alteraciones psicológicas mixtas con un 58.3% mientras que el género femenino tiene más incidencia presentando ansiedad con un 44.4%.

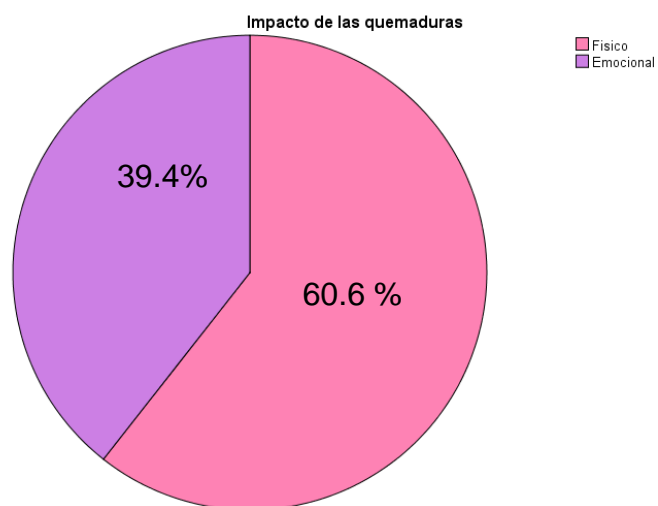
Gráfica 9. Relación de las alteraciones psicológicas con respecto a su género



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la gráfica 10 demuestra el impacto de las quemaduras donde existe mayor predominio en el impacto físico con un 60.6%, mientras que un 39.4% señala impacto emocional.

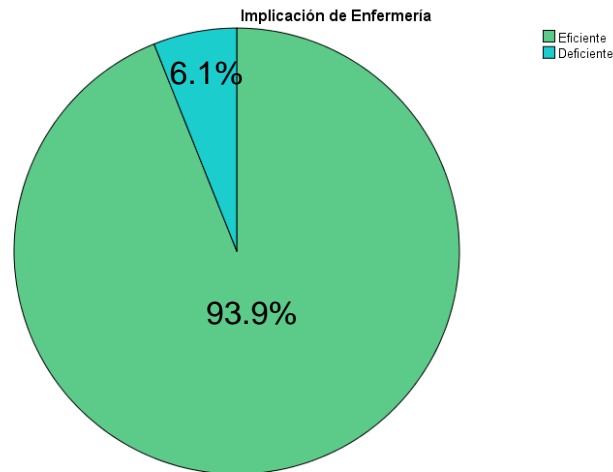
Gráfica 10. Impacto de las quemaduras



Fuente: Elaboración propia

La gráfica 11 indica la implicación de Enfermería en el paciente con quemaduras, observando que un 93.9% de la población considera que es eficiente, mientras tanto un 6.1% como deficiente.

Gráfica 11. Implicación de Enfermería



Fuente: Elaboración propia

Discusión

Las quemaduras son un importante problema de salud pública en México. Este trauma o lesión tisular, producida por la transferencia de energía de un cuerpo a otro, puede afectar en forma severa la calidad de vida del paciente y su familia, con alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Gran parte de los lesionados por esta causa demandan atención médica especializada desde la etapa aguda hasta la rehabilitación de sus secuelas⁵⁰.

En general, el género predominante de adultos hospitalizados por quemadura es el masculino con un 72.7%, coincidiendo con Malvin Rodríguez (2019), Sara Guila (2014) y Verónica Ortega (2012), donde hacen mención en sus respectivos trabajos “ Alteraciones psicológicas en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria”, “ Trayectorias psicológicas y evolución clínica de quemaduras” y “ La ansiedad y depresión en los pacientes que sufren quemadura”, respectivamente, que mayoritariamente los hombres presentan más incidencias de quemaduras, en

comparación con dicha investigación fue el género masculino con más prevalencia con un 72.7% mientras que el género femenino representó un 27.3%.

A si mismo, Malvin Rodríguez (2019) en su estudio obtuvo una edad media de 54 años, Gallach Solano (2015) con su trabajo “ Perfil psicológico del paciente gran quemado” obtuvo la edad media de 41 años mientras que en el presente trabajo la media de edad de la población estudiada fue de 34 años, encontrando con mayor predominio en un intervalo de edad de 21 a 30 años.

El estudio que presenta Sara Guila (2014) en cuanto al estado civil, la mayoría de los hombres estaban casados con un 70%. Entre las mujeres el porcentaje fue del 63%. Para Andrea Andrade (2017) en su artículo “Relación de los estados emocionales con la extensión y profundidad de las quemaduras” se observa que más de la mitad de los pacientes son casados reflejando un 55.55%, el 38.88% son solteros y en un menor porcentaje se encuentran los pacientes viudos con un 5.55% mientras que en dicho estudio también se encuentra con mayor frecuencia personas casadas con un 48.5%, seguido de solteros con un 39.4%.

Del estudio realizado por Malvin Rodríguez (2019) se decretó la media de estadía hospitalaria de 41 días aproximadamente, en cuanto al estudio de Sara Guila (2014) se encontró una media de estadía de 21 días en hombres y una media de 17 días en mujeres, sin embargo, en el presente estudio se obtuvo una media de estadía hospitalaria de 12 días, considerando con mayor incidencia el intervalo de estadía hospitalaria de 3 a 10 días con un 45.5%.

Con respecto a los datos obtenidos de Sara Guila (2014) sobre la localización de quemaduras se encontraron que en las mujeres existen porcentajes similares entre zonas visibles, pero no así en el caso de los hombres, donde las zonas visibles son predominantes en un 71%. La localización de las heridas, tiene también una amplia heterogeneidad, por lo que se clasificaron en función de su visibilidad: cara y manos, consideradas zonas visibles, mientras que el resto de las zonas se consideran no visibles. No obstante, en el estudio realizado el 57.6% fueron localizados en miembros superiores.

Por otro lado, Sara Guila (2014) en su estudio determinó que las mujeres en un 81.6 % sufrieron accidentes en el domicilio frente al 41.1 % de los hombres. Los hombres también presentaron el lugar de trabajo como escenario del acontecimiento (19,5%). En comparación con el estudio realizado por Andrea Andrade (2017), el lugar de mayor predominancia en el que se dieron las quemaduras fue en un contexto doméstico con un 55.55%, seguido de los accidentes laborales con un 33.33%, en cambio en el presente estudio existió una mayor predominancia en un contexto laboral con un 45.5%, seguido de accidentes domésticos con un 33.3%.

Como lo expresa Francisco Fernández (2015), en su estudio titulado “ Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura” varios son los factores que influyen en el tipo de manifestaciones psicológicas que son expresadas por el paciente quemado durante su ingreso, los cuales desde la forma en que previamente dicha persona enfrentaba cualquier contingencia, así como las que tienen que ver directamente con la lesión, ellos días de estancia y el tratamiento que reciben, sin embargo, en el presente estudio se destaca que existe una mayor prevalencia en el factor de estadía hospitalaria con un 54.5%.

Como lo señala Francisco Fernández (2015) existe con frecuencia una combinación de varias alteraciones psicológicas entre ellas la ansiedad y depresión con un 27.4%, en contraste con el estudio actual existe una similitud ya que se observa que prevalece una alteración psicológica mixta entre la ansiedad y depresión con un 57.6%, resaltando que predominó en hombres con un 58.3% mientras que en mujeres un 55.5%.

El estudio elaborado por Gallach Solano (2015) mostró que las quemaduras dañan a las personas que las padecen a nivel físico ya que marcan y limitan su cuerpo, sin embargo, en el estudio realizado se demuestra que existe un mayor impacto físico en la población estudiada siendo el 60.6%. No sólo hacen visible que su imagen corporal ha sido transformada, sino que para ellos existe distinción, afectando el concepto que ellos perciben de si mismos, por lo que su aspecto refiere una imagen devaluada.

Del siguiente estudio desarrollado por Andrea Andrade (2017) destaca que la participación del personal de enfermería en el paciente quemado resulta esencial con respecto a la atención de las alteraciones psicosociales que puedan surgir. A sí mismo, en comparación de dicho estudio se puntualiza que la implicación de enfermería en la atención del paciente quemado se muestra eficiente con un 93.9%, ya que la figura de la enfermera se encuentra en cada una de las etapas.

La enfermería es la disciplina del cuidado por excelencia, y es en las situaciones de emergencia donde puede demostrar aún más la valía de su ciencia. El cuidado que ofrece el profesional de enfermería se centra en la persona y su interacción con el entorno, el objetivo del profesional debe ser esencialmente, para el beneficio de la persona, hecho que conlleva a que su trabajo sea centrado en ella, su familia y la comunidad⁵¹.

El trabajo en equipo para el tratamiento integral de las quemaduras y sus logros depende en gran medida de la reunión de un grupo de expertos de diversas disciplinas.

El personal de enfermería es parte del equipo de atención para el paciente quemado en estado crítico representa el segmento disciplinario de mayor número y es quien proporciona una asistencia coordinada, continua (24hrs), responsable de la gestión técnica del tratamiento físico-emocional del paciente y familia, controla el entorno terapéutico que favorece la recuperación del paciente, identifica cambios inesperados tanto positivos como negativos para una recuperación óptima y actúa con intervenciones de enfermería necesarias, combinando cuidados intensivos sofisticados con aspectos más complejos de la asistencia psiquiátrica⁵².

El paciente quemado precisa una atención intensiva y prolongada para evitar complicaciones y la aparición de contracturas que desfiguren su aspecto físico. La enfermera debe administrar los líquidos parenterales y la medicación, realizar curaciones, limitar las molestias físicas, prestándole apoyo emocional, animando a la familia a participar en la asistencia del paciente quemado⁵³.

Por lo que la atención de enfermería ante un paciente quemado es similar a la de cualquier paciente politraumatizado y como connotaciones especiales convirtiéndose este en un proceso ordenado, sistemático que facilita la valoración, planificación, ejecución y resultados de las intervenciones de enfermería en el paciente quemado.

Por lo tanto, la enfermera debe tener como prioridad observar las lesiones de la piel, sus características y tipo de secreción que produce, avance de recuperación y signos que puedan identificar infección.

Es muy importante el papel que puede jugar el personal de enfermería en identificar la prevalencia de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumáticos para determinar la calidad de vida de los pacientes quemados, puesto que son muchas las horas que conviven ambos en una relación estrecha durante el período de ingreso⁵⁴.

Conclusión

En conclusión, las quemaduras son un problema de salud pública mundial por su amplio impacto físico, psicológico, económico y social que disminuyen la calidad de vida del paciente quemado.

Entre la población las quemaduras se producen con mayor frecuencia en los hombres, de manera que la reintegración social y al regreso al puesto de trabajo son las zonas más afectadas por las secuelas y repercusiones que implican.

Existen factores que afectan en el tipo de manifestaciones psicológicas que son expresadas por el paciente quemado en el transcurso de su ingreso, se encuentran la forma en que previamente dicha persona enfrentaba cualquier contingencia, así como las que son directamente con la lesión, estancia hospitalaria y el tratamiento que reciben, entre otros. Considerando que prevalecen los días de estancia ya que dependiendo de su estado de salud y tratamiento son los días que van a pasar hospitalizados.

En la actualidad, las alteraciones psicológicas de las quemaduras son variadas, entre los desordenes con mayor incidencia se encontraron alteraciones mixtas con ansiedad y depresión que en este caso van a ser incrementadas por la estadía hospitalaria.

En cuanto al impacto de las quemaduras existe una relación negativa, siendo de mayor impresión el aspecto físico, existiendo estas quemaduras sobre todo las que afectan los miembros superiores, ya que las preocupaciones por la imagen corporal dependen más de la localización de la quemadura, por lo que son las que más demuestran alteraciones psicológicas.

El seguimiento psicológico del paciente quemado es fundamental para una apropiada adaptación a su nuevo estado de salud. Cabe destacar que el profesional de enfermería constituye un eslabón esencial en la atención de personas quemadas ya que debe llevar a cabo una atención psicosocial para un mejoramiento de las alteraciones psicológicas, así como también conseguir una atención temprana adecuada, rápida y eficaz, reduciendo las posibles complicaciones precoces y tardías y, mejorando su calidad de vida. Asimismo, es primordial incorporar a la familia en el plan de cuidados para abordar la respuesta emocional de la persona.

Finalmente, es de suma importancia el papel que desempeña el personal de enfermería en cuanto al cuidado del paciente quemado, debido al contacto extenso que se tiene, así como el riguroso vínculo que se decreta. Es por ello que el personal de enfermería debe estar preparado a nivel profesional y estar en continua capacitación.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Quemaduras [internet]. Ginebra: OMS; 2018 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns#:~:text=Datos%20y%20cifras,el%20%C3%A1mbito%20dom%C3%A9stico%20y%20laboral>.
2. Rodríguez M, Celada FJ. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con quemaduras importantes. Rev ROL Enferm 2021 [consultado 24 Feb, 2022]; 44(10): 684. Disponible en: <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/10/Estrategias-de-intervencion-psicologica-en-pacientes-con-quemaduras.pdf>
3. Viñas José, Rodríguez Jesús, González Mileidis. Epidemiología de las lesiones por quemadura. Rev Ciencias Médicas 2009 [consultado 28 Mar, 2022]; 13 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400006
4. Nuñez Virginia, Foncerrada Guillermo, Páez Irma, et al. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Méd Quir 2015 [consultado 28 Mar, 2022]; 20:78-82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151m.pdf>
5. Secretaria de Salud. Cuenta México con centro de alta especialidad para atender quemaduras graves [internet]. SS; 2021 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/170-cuenta-mexico-con-centro-de-alta-especialidad-para-atender-quemaduras-graves>
6. Secretaria de Salud. Conoce el CENIAQ. México:SSA; 2017 . [consultado 31 mayo, 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-el-ceniaq>
7. Instituto Nacional de Rehabilitación. Se inaugura el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados del Instituto Nacional de Rehabilitación. México; 2018 [consultado 31 mayo, 2022]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/n578.html>
8. Modelo para la Prevención de Quemaduras en Grupos Vulnerables en México. Secretaría de Salud/STCONAPRA. México. 2016. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207108/ModeloQuemaduras.pdf>
9. Manual de prevención y control de infecciones en el paciente quemado en la unidad de cuidados intensivos. UASLP-FAC ENF- EECA. 2017. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en:

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4582/INTRODUCCION%20.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

10. Pérez T, TorreBlanca P, Pérez L, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. España. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

11. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU. Capas de la piel. 2019. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8912.htm

12. Buendía A, Mazuecos J, Camacho F. Manual de dermatología. Anatomía y fisiología de la piel. 2ª edición: ISBN. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: [https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20DE%20DERMATOLOGIA%E2%80%9A%202%20Vols.%20\(Tapa%20Dura\)/9788478856282](https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20DE%20DERMATOLOGIA%E2%80%9A%202%20Vols.%20(Tapa%20Dura)/9788478856282)

13. Llamazares V. El paciente gran quemado. España:UNIA;2015. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/3536/0680_Llamazares.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Calderón J. Quemaduras: principales complicaciones y factores relacionados. Veracruz:UV;2012. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06>

15. Andrade A. Relación de los estados emocionales con la extensión y profundidad de las quemaduras. Ecuador: UCE; 2017. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10262/1/T-UCE-0007-PC003-2017.pdf>

16. Fernández Y, Melé M. Quemaduras. Protoc diagn ter pediátr. 2020 [consultado 24 Feb, 2022] 1:275-287. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_quemaduras.pdf

17. Salazar V, Vallejos M, Mercandino A. Quemaduras. Rev electronica cientifica y academica de clinica alemana. [consultado 24 Feb, 2022] 1:275-287.

18. Pinillos P. Cuidado emocional al paciente con quemaduras durante la cura de las lesiones. Valladolid: UDV; 2016. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20471/TFGO%20865.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Torralba L. Aspectos psicopatológicos del paciente quemado. Rev electrónica de portales médicos. 2021 [consultado 24 Feb, 2022] 16 (21):992. Disponible en:

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/aspectos-psicopatologicos-del-paciente-quemado/>

20. Del Carmen L. Resiliencia en pacientes sobrevivientes de quemaduras. Monterrey: UADNL; 2014 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080253667.PDF>

21. Callejas P. Intervenciones de enfermería especializada en pacientes con quemaduras de tercer grado. CDMX: UNAM;2013 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2014/enero/0708076/0708076.pdf>

22. Mayo Clinic. Quemaduras. 2021 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/burns/symptoms-causes/syc-20370539>

23. Vidal A, Salem Ch, Mariangel P, et al. Cicatrices hipertróficas y queloides. Cuad cir. [consultado 24 Feb, 2022] 16 (1):77-86.

24. Guerrero L. Cicatrices hipertróficas y queloides. Cir.plast.iberolatinoam.2020 [consultado 24 Feb, 2022] 46(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922020000300007

25. Ortega S. Resiliencia y su influencia en el tratamiento de las personas con quemaduras. Ecuador: UNL; 2018. [consultado 24 Feb, 2022].

26. Terrón R, Campos M, Castro Y, et al. Diseño de un programa de apoyo psicosocial de la enfermera especialista en salud mental. Biblioteca las casas. 2010 [consultado 24 Feb, 2022] 6(3). Disponible en: <https://index-f.com/lascasas/documentos/lc0553.pdf>

27. Dolores M. Intervenciones enfermeras en el abordaje de las quemaduras. Rev cubana Enfermer. 2019 [consultado 24 Feb, 2022] 35 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000200014

28. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU. Ansiedad. 2021. [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>

29. Model Systems Knowledge Translation Center. La ansiedad psicológica después de una lesión por quemadura. USA. 2011 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: https://msktc.org/sites/default/files/lib/docs/Burn-distress-Span_BZEdits.pdf

30. Luján F. Relación entre el autoconcepto y la ansiedad en personas con quemaduras. Argentina: UCA; 2021 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en:

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/12459/1/relacion-autoconcepto-ansiedad.pdf>

31. Organización Mundial de la Salud. Depresión [internet]. Ginebra: OMS; 2021 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

32. Morales C. La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev cubana de salud pública*. 2017 [consultado 24 Feb, 2022] 43 (2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>

33. Alcazar M, Fidalgo MP, Laplana O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2014 [consultado 24 Feb, 2022]; 40 (2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922014000200005#:~:text=El%20trastorno%20de%20ansiedad%20que,el%20momento%20de%20la%20lesi%C3%B3n%20

34. Fernández F, Puebla I, Carrillo L. Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. *Revista Médica Granma* 2015 [consultado 24 Feb, 2022]; 19 (1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul151b.pdf>

35. Cerón L, Pratz M. Causas de quemaduras en población adulta en el estado de Guanajuato 2011-2016. *Jóvenes en la ciencia* 2017 [consultado 24 Feb, 2022]; 3(2), 362–366. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1736>

36. Romero Irma, Rojas Ana. Quemaduras: experiencias de vida. *Rev de ciencias sociales y humanidades* 2010 [consultado 24 Feb, 2022]. 68: 17-38. Disponible en: <https://www.Redalyc.org/articulo.oa?id=39348725002>

37. Mena D. El paciente quemado: abordaje psicológico. UCAM. 2014 [consultado 24 Feb, 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1279/TFG%20Robles%20Mena%20Daniel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

38. Fernández F, Puebla I, Carrillo L. Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. *Revista Médica Granma* 2015 [consultado 28 Mar, 2022]; 19 (1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul151b.pdf>

39. Rodríguez M, Rodríguez A, Marrero Y, et al. Alteraciones psicología en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria. *CCM*. 2019 [consultado 28

Mar, 2022]; 23 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000401142#:~:text=Ansiedad%2C%20tristeza%20y%20alteraciones%20del%20sue%C3%B1o%20constituyeron%20las%20m%C3%A1s%20frecuentes,tri steza%20en%20los%20pacientes%20estudiados.

41. Sanchez A, Varela A, Abordaje psicologico del paciente quemado. Dialnet.2022 [consultado 28 Mar, 2022]; 25 (2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8319789>

42. Gallach E, Pérez M, Vivó C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. Cir Plast IberoLatinoam. 2015 [consultado 28 Mar, 2022]; 41 (4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000400010

43. Fidel S. Trayectorias psicológicas y evolución clínica de quemaduras. UAB. 2014 [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/288301/sgfk1de1.pdf;jsessionid=505A282C1034B4FF77E4FA7997FF971F?sequence=1>

44. Ortega V, Cabrera J. La ansiedad y depresión en los pacientes que sufren quemaduras y acuden a la Unidad de Quemados y Cirugía reconstructiva del Hospital General Isidro Ayora. Ecuador: UNL; 2012. [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/6337>

45. Bonifanti P. Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras. España: UCC;2020. 2014 [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/2822/1/TF_Bonifanti.pdf

46. Allué M. Características psicológicas del Gran Quemado. España: UDO;2013 2014[consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/20510/mar%C3%ADa.pdf?sequence=6>

47. Andrade A. Relación de los estados emocionales con la extensión y profundidad de las quemaduras en los pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín. Ecuador: FCP; 2017. 2014 [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10262/1/T-UCE-0007-PC003-2017.pdf>

48. Noguera M, Barrientos V, Robles R, et al. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, psicología Iberoamericana 2013 [consultado 28 Mar, 2022]; 21 (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>

49. Cantero C, Cabrera V, Aragón M. Revisión de estudios de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria HAD en muestras españolas. Anal Psicol 2015 [consultado 24 Feb, 2022]. 31 (2). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200013#:~:text=La%20escala%20de%20Ansiedad%20y%20Depresi%C3%B3n%20Hospitalaria%20\(HAD%2DHospital%20Anxiety,en%20poblaciones%20con%20enfermedad%20f%C3%ADsica.}](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200013#:~:text=La%20escala%20de%20Ansiedad%20y%20Depresi%C3%B3n%20Hospitalaria%20(HAD%2DHospital%20Anxiety,en%20poblaciones%20con%20enfermedad%20f%C3%ADsica.})
50. Morales J. Plan de cuidados de enfermería para el adulto gran quemado. SLP: UASLP; 2017 2015 [consultado 24 Feb, 2022].
51. López M. Atención de enfermería al paciente quemado. Reduca. 2016 [consultado 24 Feb, 2022]. 8 (1). Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1912/1923>
52. Suquillo J. Cuidados de Enfermeria al paciente quemado. Ecuador: UCSG.2012 2022 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/832/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-59.pdf>
53. Garcia A, Garcia J, Pastor M, et al. Ppapel de enfermería en el abordaje del gran quemado. Rev sanitaria de investigación. 2022 [consultado 24 Feb, 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/papel-de-enfermeria-en-el-abordaje-inicial-del-gran-quemado/>
54. De arco O, Suarez S. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ salud. 2018 [consultado 24 Feb, 2022] 20 (2): 171-182. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

Licenciatura en Enfermería

Consentimiento informado

Título de la Investigación: Alteraciones psicológicas en el paciente adulto hospitalizado con quemadura de tercer grado en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra.”

Nombre del Investigador Principal: Guadalupe Arellano Rosales

A través de este documento que forma parte del proceso para la obtención del consentimiento informado, me es grato invitarlo a participar en la investigación titulada: Alteraciones psicológicas en el paciente adulto hospitalizado con quemadura de tercer grado del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra.” en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados.

Esta investigación se llevará a cabo en las instalaciones del Instituto Nacional de Rehabilitación, Luis Guillermo Ibarra Ibarra, específicamente en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados. El presente estudio tiene como objetivo identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes del paciente adulto hospitalizado con quemadura de tercer grado del INR LGII en el área del CENIAQ y la participación consistirá en responder una encuesta que demora alrededor de 10 minutos.

Su participación es **voluntaria**; no tiene que participar forzosamente. No habrá impacto negativo alguno si decide no participar en la investigación, y **no demeritará de ninguna manera la calidad de la atención** que reciba en el Instituto Nacional de Rehabilitación, Luis Guillermo Ibarra Ibarra, en término de sus derechos como paciente. Se le informa que usted tiene el derecho, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación de dejar de participar en la presente investigación. Únicamente avisando al investigador su decisión.

Cualquier duda de algún aspecto de la investigación será resuelta con información veraz.

Yo _____ manifiesto que he sido informado (a) del propósito y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación titulada "Alteraciones psicológicas en el paciente adulto hospitalizado con quemadura de tercer grado en el área del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados del Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra."

No omito manifestar que he sido informado(a) clara, precisa y ampliamente, respecto a la finalidad que implica esta investigación.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción, por parte del investigador.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR (A)

Anexo 2. Instrumento de evaluación “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria”



ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO CON QUEMADURA DE TERCER GRADO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN “LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA” EN EL ÁREA DEL CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y ATENCIÓN DE QUEMADOS

Objetivo General: Identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes del paciente adulto hospitalizado con quemadura de tercer grado en el área del CENIAQ del INR LGII.

Instrucciones: Leer cada pregunta y subrayar la respuesta que considere que coincide con su estado emocional.

I. Datos Generales

Edad:	Sexo:
Estado civil:	

II. Valoración

Días de estancia:	
Grado de quemadura:	
Localización de la quemadura:	
Motivo de la quemadura:	
Factores que coadyuvan a ocasionar alteraciones psicológicas:	
¿De qué manera han impactado las quemaduras en su calidad de vida?	
¿Cómo considera la implicación del personal de enfermería con respecto a su atención?	

III. Cuestionario

	A	Me siento tenso o nervioso
	0	Nunca
	1	A veces
	2	Muchas veces
	3	Todos los días
D		Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
	0	Como siempre
	1	No lo bastante
	2	Solo un poco
	3	Nada
	A	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
	0	Nada
	1	Un poco, pero me preocupa
	2	Si, pero no es muy fuerte
	3	Definitivamente, y es muy fuerte.
D		Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
	0	Al igual que siempre lo hice
	1	No tanto ahora
	2	Casi nunca
	3	Nunca
	A	Tengo mi mente llena de preocupaciones
	0	Solo en ocasiones
	1	A veces, aunque no muy a menudo
	2	Con bastante frecuencia
	3	La mayoría de las veces
D		Me siento alegre
	0	Casi siempre
	1	A veces
	2	No muy a menudo
	3	Nunca
	A	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
	0	Siempre
	1	Por lo general
	2	No muy a menudo

	3	Nunca
D		Me siento lento y torpe
0		Nunca
1		A veces
2		Muy a menudo
3		Por lo general en todo momento
	A	Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago
	0	Nunca
	1	En ciertas ocasiones
	2	Con bastante frecuencia
	3	Muy a menudo
D		He perdido el interés por mi aspecto personal
0		Me preocupo al igual que siempre
1		Podría tener un poco más cuidado
2		No me preocupo tanto como debería
3		Totalmente
	A	Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme
	0	Nada
	1	No mucho
	2	Bastante
	3	Mucho
D		Espero las cosas con ilusión
0		Como siempre
1		Algo menos que antes
2		Mucho menos que antes
3		En absoluto
	A	Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor
	0	Nada
	1	No muy a menudo
	2	Bastante a menudo
	3	Muy frecuentemente
D		Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión
0		A menudo
1		Algunas veces
2		No muy a menudo
3		Casi nunca

Puntuación HAD-A: 1) < 7 <input type="radio"/> 2) 8-10 <input type="radio"/> 3) > 11 <input type="radio"/>	Puntuación HAD-D: 1) < 7 <input type="radio"/> 2) 8-10 <input type="radio"/> 3) > 11 <input type="radio"/>
---	---

Anexo 3. Marco Referencial

Autores	Año	Titulo	Objetivo	Aporte
<p>Francisco Luis Fernández, Isela Puebla Farigola, Liliana Carrillo Vázquez.</p> <p>Fernández F, Puebla I, Carrillo L. Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. Revista Médica Granma 2015 [consultado 28 Mar, 2022]; 19 (1). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul151b.pdf</p>	2015	Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura	Identificar las alteraciones psicológicas más frecuentes de los pacientes ingresados por quemadura.	<p>Se encontraron como más frecuente (27,4 %), la combinación de varias alteraciones psicológicas (ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, etc.). Las manifestaciones de depresión (14,2%) predominaron en el sexo femenino mientras que la ansiedad se mantuvo bastante equilibrada para ambos sexos.</p> <p>Varios son los factores que influyen en el tipo de manifestaciones psicológicas que son expresadas por el paciente quemado durante su ingreso, los cuales desde la forma en que previamente dicha persona enfrentaba cualquier contingencia, así como las que tienen que ver directamente con la lesión, el hospital y el tratamiento que reciben.</p>

<p>Malvin Rodríguez Vargas, Annalié Rodríguez Ricardo, Yanela Marrero, Ariana Angulo, Pedro Diaz.</p> <p>Rodríguez M, Rodríguez A, Marrero Y, et al. Alteraciones psicología en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria. CCM.2019 [consultado 28 Mar, 2022]; 23 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000401142#:~:text=Ansiedad%2C%20tristeza%20y%20alteraciones%20del%20sue%C3%B1o%20constituyeron%20las%20m%C3%A1s%20frecuentes,tristeza%20en%20los%20pacientes%20estudiados.</p>	<p>2019</p>	<p>Alteraciones psicológicas en pacientes quemados durante su estadía hospitalaria</p>	<p>Describir las alteraciones psicológicas en los pacientes quemados durante su estadía hospitalaria.</p>	<p>Predominaron ansiedad, tristeza y alteración de las necesidades del sueño en los cinco periodos de evaluación. Alcanzaron la ansiedad (80%), tristeza (89%) y la alteración de las necesidades del sueño (85%) sus mayores valores porcentuales en el primer periodo. En la muestra seleccionada predominó el sexo masculino. La edad media fue de 54 años. La media de estadía hospitalaria fue de 41 días aproximadamente.</p>
--	-------------	--	---	---

<p>Aida Fernández Baron, Vanesa Fernández Rodríguez; M^a del mar Ordoño Ceba.</p>	<p>2017</p>	<p>Alteraciones psicológicas en el paciente con quemaduras graves</p>	<p>Identificar las principales alteraciones psicológicas en el paciente ingresado tras sufrir quemaduras graves.</p>	<p>La alteración psicológica más frecuente durante la hospitalización es la depresión seguida de la ansiedad y la baja autoestima. En menor proporción se encuentra el estrés postraumático y el trastorno desadaptativo.</p>
<p>Aitana Sánchez Jiménez, Arane Varela Martínez</p> <p>Sanchez A, Varela A, Abordaje psicologico del paciente quemado. Dialnet.2022 [consultado 28 Mar, 2022]; 25 (2). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8319789</p>	<p>2022</p>	<p>Abordaje psicológico del paciente quemado</p>	<p>Conocer las principales respuestas emocionales en el paciente quemado en fase aguda de hospitalización</p>	<p>Las más habituales que experimentó el paciente quemado durante la hospitalización fueron: ansiedad, depresión, dolor, nostalgia, tristeza, miedo, insatisfacción con la imagen corporal, síntomas de trastorno de estrés postraumático y dificultades para dormir.</p>
<p>Gallach Solano, E, Pérez del Caz, M.D y Vivó Benlloch C.</p> <p>Gallach E, Pérez M, Vivó C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia</p>	<p>2015</p>	<p>Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas</p>	<p>Determinar y describir las características sociodemográficas, tipología del trauma sufrido, características y topografía de las quemaduras</p>	<p>Los resultados indican que los trastornos más prevalentes entre los grandes quemados son los mismos que entre la población general, aquellos relacionados con los trastornos de ansiedad. Entre la población general la quemadura se produce con mayor frecuencia en varones. La edad media fue de 41 años.</p>

<p>psicopatológica y variables asociadas. Cir Plast Iberolatinoam. 2015 [consultado 28 Mar, 2022]; 41 (4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000400010</p>			<p>y la comorbilidad con trastornos mentales previos del paciente gran quemado.</p>	<p>El motivo por el que se produjeron quemaduras con mayor frecuencia en ambas muestras fue el casual: 52 pacientes (69%) en la muestra general, y 11 en la muestra clínica (65%). La segunda razón fue la laboral: 3 pacientes de la muestra clínica (19%) y 22 de la muestra general (27%). Por accidente de tráfico y otros solo en 5 pacientes (6%) de la muestra general, y 2 pacientes de la muestra clínica (12%) se quemaron por autoagresión (sistema bonzo). Tras finalizar esta investigación, notamos que las quemaduras dañan a las personas que las padecen a nivel físico, marcan y limitan su cuerpo.</p>
<p>Sara Guila Fidel Kinori</p> <p>Fidel S. Trayectorias psicológicas y evolución clínica de quemaduras. UAB. 2014 [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/288301/sgfk1</p>	<p>2014</p>	<p>Trayectorias psicológicas y evolución clínica de quemaduras</p>	<p>Identificar distintas trayectorias en la evolución psicológica de los pacientes</p>	<p>Predomina el sexo masculino. En cuanto al estado civil, (una mayoría de los hombres estaban casados y con pareja estable (N=90 personas, 70%). Entre las mujeres el porcentaje fue del 63% (n=31). En relación a ambos sexos, el porcentaje de mujeres separadas o divorciadas con quemaduras, fue proporcionalmente casi el doble al de los hombres (mujeres=22,4%, hombres=12,5%).</p>

<p>de1.pdf;jsessionid=505A282C1034B4FF77E4FA7997F971F?sequence=1</p>			<p>En cuanto a la diferencia por sexo, las mujeres en un 81.6 % sufrieron accidentes en el domicilio frente al 41.1 % de los hombres. Los hombres también presentaron el lugar de trabajo como escenario del acontecimiento (19,5%). La localización de las heridas, tiene también una amplia heterogeneidad, por lo que se clasificaron en función de su visibilidad: cara y manos, consideradas zonas visibles, mientras que el resto de las zonas se consideran no visibles. En las mujeres existen porcentajes similares entre zonas visibles (n=26) vrs. no visibles (n=23), pero no así en el caso de los hombres, donde las zonas visibles son predominantes 71%. El tiempo o duración de hospitalización (DEH), también se presentó diferenciado entre hombres y mujeres. En el primer caso, la media de días de ingreso fue de 21,13 y la mediana de 17, entre un mínimo de 3 días y un máximo de 50. Las mujeres estuvieron ingresadas en una media de 17,48 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 128.</p>
--	--	--	---

<p>Ortega Ruiz, Verónica Cabrera Cabrera, Jhonatan Santiago</p> <p>Ortega V, Cabrera J. La ansiedad y depresión en los pacientes que sufren quemaduras y acuden a la Unidad de Quemados y Cirugía reconstructiva del Hospital General Isidro Ayora. Ecuador: UNL; 2012. [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/6337</p>	<p>2012</p>	<p>La ansiedad y depresión en los pacientes que sufren quemaduras y acuden a la Unidad de Quemados y Cirugía reconstructiva del Hospital General Isidro Ayora.</p>	<p>Determinar la relación de ansiedad o depresión en los pacientes con quemaduras.</p>	<p>Del 100% de la población muestra, el 58.06% corresponden al Género Masculino y el 41.94% corresponde al género femenino. Llegando a la conclusión de que existieron una población total de 31 pacientes, de los cuales 18 pacientes tienen ansiedad, con un tanto por ciento de 58.06 % y 13 pacientes tienen depresión lo cual representa al 41.94 %. Del total de la población masculina estudiada el 50% de los casos presentan ansiedad mientras que el otro 50% presenta depresión. Esto significa que la ansiedad y depresión en hombre se encuentra de igual proporción. Del total de la población femenina el 30.77% de los casos presentan depresión mientras que el 69.23% presenta ansiedad. Lo que quiere decir que existe mayor prevalencia de ansiedad en mujeres que depresión. Debido a los síntomas que presentan los pacientes que acuden a esta unidad y teniendo en cuenta como diagnósticos principales: la depresión y la ansiedad, se plantea un plan de intervención psicológico</p>
---	-------------	--	--	---

				enfocado en el tratamiento integral, en donde el paciente adquiera habilidades y destrezas para su recuperación y tenga el apoyo de su familia.
<p>Bonifanti Paula</p> <p>Bonifanti P. Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras. España: UCC;2020. 2014 [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/2822/1/TF_Bonifanti.pdf</p>	2020	Factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras.	Analizar los factores emocionales vinculados a la experiencia subjetiva del dolor en personas internadas por quemaduras.	Las siete pacientes, el 100% de los casos, han manifestado o presentado indicadores vinculados a alguno de los tres factores emocionales elegidos: miedo, ansiedad y depresión. Cuatro de ellas han expresado miedo, correspondiente al 57,14% de casos; seis de las pacientes ansiedad, lo que corresponde al 85,71% de los casos; y seis de ellas han manifestado depresión, igualmente correspondiente al 85,71%. Por lo que, entre los seleccionados, ansiedad y depresión serían los de mayor predominancia.
<p>María Allué Blanco</p> <p>Allué M. Características psicológicas del Gran Quemado.</p>	2013	Características psicológicas del Gran Quemado.	Determinar el perfil psicológico del Gran Quemado, evaluando la prevalencia de determinadas características psicológicas	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.

<p>España: UDO;2013 2014 [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/20510/mar%C3%ADa.pdf?sequence=6</p>			<p>en una muestra representativa de esta población.</p>	
<p>Andrea Carolina Andrade González</p> <p>Andrade A. Relación de los estados emocionales con la extensión y profundidad de las quemaduras en los pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín. Ecuador: FCP; 2017. 2014 [consultado 28 Mar, 2022]. Disponible en: http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10262/1/T-UCE-0007-PC003-2017.pdf</p>	<p>2017</p>	<p>Relación de los estados emocionales con la extensión y profundidad de las quemaduras en los pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín.</p>	<p>Relacionar los estados emocionales en pacientes quemados con la extensión y profundidad de la lesión.</p>	<p>Se observa que mientras en los pacientes con quemaduras mayores predominan niveles moderados y graves de ansiedad y depresión. Se observa que existe una clara predominancia del género masculino representando un 61,11%, mientras que el 38,88% pertenecen al género femenino.</p> <p>Se observa que más de la mitad de los pacientes son casados reflejando un 55,55%; el 38,88% son solteros y en un menor porcentaje se encuentran los pacientes viudos con un 5,55%.</p> <p>El lugar de mayor predominancia en el que se dieron las quemaduras fue en un contexto doméstico con un 55,55%, seguido de los accidentes laborales con un 33,33% y finalmente los accidentes que se dieron en un contexto médico por negligencia representan al 11,11%.</p> <p>La participación del personal de enfermería en el paciente</p>

				quemado resulta esencial en la prevención de las alteraciones psicosociales que puedan surgir.
--	--	--	--	--