

Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Una revisión.

Gracia Delgado Pardo¹ e Inmaculada Moreno García²

¹*Grupo de Investigación Psicología Clínica y Calidad de Vida de Pacientes y Familiares (SEJ-461)*

²*Profesora Titular del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla*

RESUMEN

Este trabajo analiza las variables psicológicas relacionadas con el paciente y su familia implicadas en la ocurrencia de las quemaduras infantiles. Estas lesiones suelen resultar de un accidente doméstico cuyo principal agente causal son las escaldaduras en los menores de cinco años. Según la bibliografía, las variables implicadas se refieren a las siguientes cuestiones: 1) Perfil psicológico y conductual del menor antes de sufrir el accidente, 2) Impacto psicológico de las lesiones ocasionadas por las quemaduras y 3) Variables familiares y sociodemográficas relacionadas. Los estudios realizados aluden a hiperactividad, problemas atencionales, irritabilidad y ansiedad como condiciones premórbidas. Durante la hospitalización los menores con quemaduras experimentan miedo, ansiedad y alteraciones del sueño. El ajuste familiar, psicopatología de los padres y pautas educativas constituyen algunas de las variables estudiadas por su relación con los accidentes infantiles. Las características propias de la lesión (superficie corporal quemada, profundidad, agente causal y localización) junto al contexto de ocurrencia del accidente determinan el pronóstico de la misma y las secuelas psicológicas del niño y su familia tras el accidente.

Palabras clave: quemaduras infantiles, variables individuales y familiares, consecuencias psicológicas.

Recibido: 28 de diciembre de 2009

Aceptado: 25 de junio de 2010

INTRODUCCIÓN

El interés por las repercusiones psicológicas de las quemaduras infantiles teniendo en cuenta las circunstancias implicadas en su ocurrencia, naturaleza de la lesión, consecuencias físicas asociadas y estrategias adoptadas para atenuar el impacto adverso que éstas conllevan es muy limitado en nuestro ámbito si se consideran las investigaciones realizadas al respecto en otros países (Burd y Yuen, 2005). En España se registran 300 pacientes quemados por 100.000 habitantes, requiriendo hospitalización secundaria 14 casos (Curiel *et al.* 2006). En nuestro país existen nueve unidades de grandes quemados especializadas en el tratamiento de este tipo de pacientes, dos de ellas en la Comunidad Autónoma Andaluza en las que los ingresos más frecuentes corresponden a niños y adultos mayores de 69 años. Específicamente, el 20% de los ingresos por quemaduras en la Unidad de Grandes Quemados del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla) se trata de niños menores de 9 años (Gómez-Cía, Mallén, Márquez, Portela y Lopez, 1999).

Una aproximación inicial al estado actual de conocimientos sobre las variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles deriva de ciertas cuestiones de interés, a saber:

- a) datos de incidencia y prevalencia disponibles. En nuestro ámbito revelan que los accidentes por quemaduras se encuentran entre los más frecuentes en edades infantiles (Carol, Belmonte, Llord e Iglesias, 2000);
- b) gravedad de las consecuencias físicas y psicológicas que conllevan las lesiones en los menores afectados. La severidad de los efectos consecuentes insta a prestar atención, revisar los hallazgos existentes y realizar nuevas investigaciones sobre el tema;
- c) extensa investigación sobre quemaduras infantiles desarrollada, a partir de los años 70, en otros países que ha aportado resultados concluyentes y abierto nuevas líneas de investigación en este ámbito.

Teniendo en cuenta los rangos de edad de los pacientes atendidos, la causa más común de quemadura infantil, en menores de 5 años, se corresponden, sobre todo, con escaldaduras provocadas por contacto de la piel con líquidos (agua, café, aceite, etc.), objetos y superficies calientes en el contexto de un accidente doméstico que tiene lugar, habitualmente, en la cocina y en presencia de adultos. Con frecuencia, los niños de más edad, sufren quemaduras con fuego directo, objetos calientes, electricidad,

Dirección de contacto:

Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla.

C/ Camilo José Cela, s/n, 41018. Sevilla.

Email: graciadpardo@gmail.com

Tlf: 954556929

explosiones (petardos) y agentes químicos (Lorenzo, 2009).

Las quemaduras son lesiones causadas por cualquier agente que origina una variación térmica total. Aunque las alteraciones morfológicas de la piel quemada tienen un patrón similar, su gravedad, pronóstico y evolución suele estar influida por el tipo de agente implicado, extensión del área quemada, periodo de exposición al agente térmico y temperatura del mismo (Lorente y Esteban, 1998).

Los aspectos que característicamente definen las quemaduras son extensión y profundidad. La extensión se expresa en porcentaje correspondiente a la superficie corporal afectada. La profundidad de las lesiones (epidérmicas, dérmicas superficiales, profundas, subdérmicas y subdérmicas profundas) condiciona el pronóstico local, modifica el pronóstico vital y constituye el principal factor para establecer la indicación quirúrgica recomendada en cada caso. Otros factores relevantes son: edad del paciente, mecanismo causal, localización de la lesión, patologías previas que pudieran predisponer a sufrir quemaduras y lesiones asociadas que pudieran influir negativamente en el pronóstico de las mismas (García, Herrera, García, Velásquez y Picó, 2000).

Las variables sociodemográficas, personales y familiares han recibido especial atención en los estudios publicados sobre el tema debido a su implicación en la determinación de las quemaduras y en el tratamiento posterior. Han sido objeto de interés los recursos económicos y sociales, prácticas educativas, supervisión por parte de los padres y situaciones desfavorecidas como el desempleo, etc. Entre los factores personales se han mostrado relevantes la edad y sexo de los pacientes, observándose la influencia de la edad en la incidencia y distintos tipos de quemaduras. Asimismo, las lesiones por quemaduras son más frecuentes en niños en comparación con las niñas (Celko, Grivna, Danova y Barss, 2009).

Los primeros estudios sobre efectos y reacciones, desde una perspectiva psicológica, se realizaron en la década de los años 50. Destaca el trabajo de Watson y Johnson (1958) en el que se describía la reacción traumática de 5 niños con quemaduras. A partir de los años 70 se publican nuevas investigaciones interesadas en las consecuencias psicológicas de las quemaduras infanto-juveniles y sus efectos a largo plazo. Desde entonces los estudios se centran en algunas de las siguientes cuestiones:

1) Perfil psicológico y conductual del menor antes de sufrir el accidente.

Se plantea si son los niños con trastornos emocionales previos más proclives y vulnerables a sufrir quemaduras, o si, por el contrario, las quemaduras severas provocan trastornos en los menores. Piazza-Waggoner *et al.* (2005) evaluaron, a través de la escala multidimensional de conducta, *Behavioral Assessment System for Children* (Reynolds y Kamphaus, 1992), la conducta y dificultades emocionales observadas en 94 niños/as de entre 2,5 y 18 años antes de su ingreso en el hospital por quemaduras. Los datos extraídos, a partir de la información proporcionada por los padres, indicaban que los niños más pequeños mostraban, antes del accidente, hiperactividad, ansiedad, agresividad y problemas de atención. En el caso de los niños en edad escolar a los

problemas anteriores se unía sintomatología relacionada con depresión y problemas de conducta. Es sabido que el niño hiperactivo tiene dificultades para prever las consecuencias de sus comportamientos y anticipar los riesgos; encender cerillas, manipular aparatos eléctricos o jugar con petardos son algunas de las conductas implicadas en los accidentes y quemaduras posteriores (Badger, Anderson y Kagan, 2008). Por otra parte, Andersson, Sandberg, Rydell y Gerdin (2003), estudiaron la competencia social y los problemas de conducta en una muestra de niños quemados en comparación con un grupo control. Los resultados mostraban diferencias entre ambos grupos en las dimensiones evaluadas. Los autores aludían, asimismo, a la posible influencia de las características premórbidas de los menores.

2) Impacto psicológico de las lesiones ocasionadas por las quemaduras.

Los estudios realizados revelan que los niños experimentan miedo y ansiedad ante las curas y el personal médico que percibe como responsable del dolor experimentado (Delgado, Moreno, Miralles y Gómez-Cía, 2008).

En ocasiones, según la severidad de las quemaduras, se requieren tratamientos invasivos y prolongados que pueden conllevar por su naturaleza, duración y complicaciones de derivadas, alteraciones y reacciones psicológicas adversas, si bien tales efectos parecen mediatizados por la psicopatología previa a las lesiones, los desórdenes psicológicos instigados por el mismo accidente y las lesiones consecuentes. En este sentido, el dolor que provocan las heridas contribuyen al malestar psicológico experimentado por el niño (Henry y Foster, 2000). Rivlin y Faragher (2007) estudiaron 44 niños con edades entre 11 y 16 años que, entre 3 -14 años antes, habían sufrido quemaduras. Los participantes fueron agrupados según edad, sexo, superficie corporal quemada y localización de la lesión. Los resultados obtenidos evidenciaron que las variables mencionadas influyen, pese al tiempo transcurrido desde el accidente, en el funcionamiento social, depresión y ansiedad experimentada por los menores en el momento de llevar a cabo el trabajo.

Las investigaciones revelan, asimismo, que los menores que han sufrido quemaduras pueden manifestar, tras la hospitalización, depresión, ansiedad, miedo y alteraciones en la imagen corporal. Efectos, en todo caso, relacionados con las secuelas físicas de las lesiones y el modo cómo los afectados afrontan sus dificultades en el ámbito cotidiano y con sus iguales (Liber, Faber, Treffers y Van Loey, 2008). En este sentido, Landolt, Buehlmann, Maag y Schiestl (2009) aluden a estrés postraumático tras las quemaduras. Thomas, Blakeney, Holzer y Meyer (2009), por su parte, han investigado la presencia de alteraciones psicológicas en adolescentes que sufrieron quemaduras en la infancia. Los resultados muestran que el 52% de los adolescentes cumplían criterios de uno o más trastornos psiquiátricos y el 22% fueron diagnosticados de dos o más trastornos comórbidos. Noronha y Faust (2007) hallaron que variables relacionadas con la lesión (localización, extensión de la superficie corporal quemada, dolor experimentado, ingreso en unidad de cuidados intensivos, etc.), edad y funcionamiento psicológico pre-

mórbido del niño (psicopatología previa y estilos de afrontamiento), secuelas visibles del accidente, variables sociodemográficas familiares, ajuste psicológico de los padres y apoyo social, entre otras variables, inflúan en el impacto psicológico asociado a las quemaduras pediátricas.

3) Variables familiares.

Los estudios publicados revelan la influencia de distintas variables, entre ellas: desequilibrio emocional familiar, psicopatología de los padres, familias desestructuradas y entornos familiares desfavorables con prácticas educativas ajenas a la supervisión y seguimiento del comportamiento infantil (C. Van Aken, Junger, Verhoeven, Van Aken y Dekovic, 2007).

Phillips y Rumsey (2008), con el propósito de subrayar la necesidad de programas de apoyo psicológico para padres de niños que sufren quemaduras durante el ingreso hospitalario de los menores, estudiaron los trastornos psicológicos que se detectaban en una muestra de padres de niños quemados. Especial atención e interés ha recibido la figura de la madre dada la estrecha relación afectiva que mantiene con el menor y las condiciones de éste durante su hospitalización. Algunos estudios han evidenciado alteraciones emocionales (ansiedad y depresión) en las madres, observándose críticas y desconfianza hacia la eficacia de los tratamientos médicos recomendados y las prácticas sanitarias adoptadas en el cuidado de sus hijos. Kent, King y Cochrane (2000) evaluaron ansiedad materna en tres grupos de niños; con enfermedad aguda, fracturas y menores que habían sufrido quemaduras. Los resultados mostraban que las madres de los niños con quemaduras mantenían un elevado nivel de ansiedad en los seis meses posteriores al accidente. Hall *et al.* (2006) describieron episodios de estrés postraumático en padres de menores accidentados tres meses después del accidente (aproximadamente el 47% de la muestra evaluada). Phillips, Fussell y Rumsey (2007) hallaron que la normalización de las reacciones familiares tras el accidente, el apoyo familiar al niño ante posibles secuelas y el apoyo social recibido, inflúan positivamente en el ajuste psicosocial del menor y su familia tras el accidente.

DISCUSIÓN

A pesar de los datos dispares sobre incidencia de las quemaduras se estima que, por sus características, efectos y consecuencias, éstas constituyen una de las lesiones más graves y adversas experimentadas por el ser humano. La preocupación aumenta si se considera que afectan especialmente a población infanto-juvenil, especialmente, a menores con edades entre 1-15 años.

El interés científico por las repercusiones psicológicas que conllevan estas lesiones durante el ingreso hospitalario, el periodo post-hospitalización y la adaptación posterior (secuelas) ha aumentado en los últimos años debido, en parte, a las elevadas cifras de incidencia registradas y a los avances en el tratamiento médico que han contribuido significativamente a garantizar la supervivencia de numerosos pacientes. Los estudios realizados para determinar el origen y alcance de las quemaduras infantiles han revelado

que éstas se producen en el ámbito doméstico, en presencia de adultos, de ahí que en la última década distintas investigaciones hayan subrayado la oportunidad de desarrollar programas de prevención y difusión del conocimiento disponible para evitar situaciones de riesgo. Los trabajos revisados se centran en estudiar las variables sociodemográficas, económicas y educacionales del entorno familiar y aquellas relacionadas con los niños (edad, género, perfil psicológico, etc.) que sufren estos accidentes. Los hallazgos extraídos muestran cómo la mayoría de los estudios coinciden en similares variables comprometidas en las circunstancias del accidente, con independencia del lugar de procedencia de los menores y familiares afectados.

Asimismo, las investigaciones se interesan por determinar el perfil psicológico y conductual del niño que sufre quemaduras. Los trabajos publicados revelan ciertas condiciones premórbidas relacionadas con impulsividad, hiperactividad, escasa conciencia de riesgo y de las consecuencias del propio comportamiento. No cabe duda que la identificación y conocimientos de las variables emocionales y conductuales previas al accidente permitirán desarrollar en el futuro estrategias de prevención e información a padres, así como fomentar estilos de afrontamiento eficaces.

El estudio sobre el impacto psicológico de las quemaduras pediátricas se ha centrado hasta el momento, fundamentalmente, en el periodo de hospitalización. El papel de la familia, especialmente la madre, tanto en el origen del accidente como durante la hospitalización y tras el alta ha sido destacado por los estudios realizados. Se ha prestado atención a las características psicológicas y variables personales de la madre que, según las investigaciones realizadas, determinarán la reacción posterior al accidente y el afrontamiento de la familia. Tras la hospitalización, cuando el menor afectado vuelve a casa, la adaptación familiar a la nueva situación, los estilos de afrontamientos adecuados o adversos frente a posibles cicatrices visibles y el requerimiento de tratamientos prolongados de cirugía constituye otra área de estudio en este ámbito. El interés por estas cuestiones pretende desarrollar programas de intervención dirigidos a paliar en la familia el impacto del accidente y a fomentar, respecto a los niños, la realización de actividades infantiles y juveniles de convivencia para mejorar su ajuste psicosocial.

La atención y hallazgos científicos sobre los efectos psicológicos observados en el niño quemado y su familia ha estimulado el interés por las intervenciones psicológicas dirigidas a estos pacientes y a sus familiares. Las técnicas cognitivo-conductuales para manejar la ansiedad y reducción del estrés, unidas a la aplicación de nuevas tecnologías como realidad virtual para el control del dolor y técnicas de relajación, counselling, etc., constituyen algunas de las opciones destacadas.

Por último, cabe indicar ciertas limitaciones relacionadas con el estudio de esta problemática, a saber:

a) Limitación derivada de la evaluación del menor afectado a través de los informes que proporcionan padres y tutores. Debido, en ocasiones, a la severidad de las quemaduras sufridas y, en otras, a la edad limitada de los menores estudiados, la informa-

ción obtenida en las investigaciones realizadas procede, con frecuencia, de terceras personas.

b) El estudio sobre variables desencadenantes o predisponentes para sufrir este tipo de accidentes se realiza de modo retrospectivo. Esta es una cuestión reconocida por los investigadores sobre el tema que admiten las limitaciones que supone determinar el perfil psicopatológico de aquellos menores que sufrirán en el futuro quemaduras (Armstrong, Gay y Levy, 1994). No obstante, el carácter retrospectivo de los estudios publicados hasta la fecha parece asociado al propio objeto de investigación. Los trabajos efectuados con este objetivo han sido realizados tras acceder y disponer de los sujetos de estudio, esto es, pacientes que han sufrido quemaduras.

Pese a estas limitaciones reconocidas, los hallazgos obtenidos han permitido proponer iniciativas y realizar investigaciones con objetivos profilácticos. Se trata de estudios interesados en determinar las características sociodemográficas, personales y familiares, consideradas de riesgo para sufrir accidentes por quemaduras (Joseph, Adams, Goldfarb y Slater, 2002).

CONCLUSIONES

A partir de lo expuesto anteriormente es posible concluir que las quemaduras infantiles suelen producirse en el ámbito familiar, tratándose, mayormente, de escaldaduras que afectan a menores de cinco años. Su pronóstico está relacionado con la extensión y profundidad de éstas, influyen también la localización de la lesión, mecanismo causal, edad del paciente, patologías previas y lesiones asociadas.

Durante la hospitalización, se observa en los menores con quemaduras ansiedad y miedo asociado al dolor producido por las lesiones y curas. La respuesta emocional del paciente infantil se relaciona con la gravedad de la quemadura y la psicopatología previa.

Las variables familiares implicadas en las quemaduras infantiles incluyen entornos familiares desfavorables o desestructurados, escasa supervisión del comportamiento del niño, desequilibrio emocional familiar y psicopatología paterna.

Para finalizar indicar brevemente algunas líneas de investigación a desarrollar en el futuro. Posiblemente se afianzará el interés por precisar la relación entre las condiciones y variables psicológicas antes mencionadas y el riesgo de sufrir accidentes por quemaduras. La correspondencia entre los trastornos del comportamiento, específicamente, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los accidentes por quemaduras constituye, asimismo, un área de atención para investigaciones venideras. Asimismo, quedan pendientes, entre otros, nuevos estudios de contraste entre niños quemados y distintos grupos de menores hospitalizados, con diferentes patologías, para determinar el alcance del impacto psicológico experimentado por unos y otros.

REFERENCIAS

Andersson, G., Sandberg, S., Rydell, A. M., Gerdin, B. (2003). Social competence and behaviour problems in burned children. *Burns*, 29, 25 – 30.

Armstrong, F.D., Gay, C.L., Levy, J.D. (1994) Acute Reactions. En Tarnowski, K.J. (Ed) *Behavioral Aspect of Pediatric Burns* (pp 55-57) Plenum Press. New York and London.

Badger, K., Anderson, L., Kagan, R. J. (2008). Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in children with burn injuries. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 29, 724 – 729.

Burd, A., Yuen, C. (2005). A global study of hospitalized paediatric burn patients. *Burns*, 31, 432 – 438.

Carol, J, Belmonte, JA, Lllort, A, Iglesias, J. (2000) Epidemiology of burns. *Pediatría Catalana*. Vol, 60,552 - 553.

Celko, A. M., Grivna, M., Danova, J., Barss, P. (2009). Severe childhood burns in the Czech Republic: risk factors and prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 374-381.

Curiel, E. Prieto, M. A., Fernández, S., Fernández, J. F., Mora, J., Delgado, M. (2006). Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado. *Medicina Intensiva*, 30, (8), 363-639.

Delgado, G, Moreno, I, Miralles, FR., Gómez-Cía, T. (2008). Psychological impact of burns on children treated in a severe burns unit. *Burns*, 34, 986 – 993.

García, A. F.J., Herrera, M. F., García, M. J.L., Velásquez, G. R., Picó, T. S. (2000) Manejo y reanimación del paciente quemado. *Emergencias y Catástrofes, Vol.1*. Núm. 217-224.

Gómez-Cía, T., Mallén, J., Márquez, T., Portela, C. Lopez, I. (1999). Mortality according to age and burned body surface in the Virgen del Rocio University Hospital. *Burns*, 25, 317 – 323.

Hall, H. E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., Chawla, N., Lopez, C., King, L. King, D. (2006). Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Children with Acute Burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 403 – 412.

Henry, D. B., Foster, R. L. (2000). Burn pain management in children. *Pediatric Clinics of North America*. 47, (3), 681 – 698.

Joseph, K.E., Adams, C.D., Goldfarb, I.W., Slater, H (2002) Parental correlates of unintentional burn injuries in infancy and early childhood. *Burns*, 28, 455 - 463.

Kent, L., King, H., Cochrane, R. (2000). Maternal and child psychological sequelae in paediatric burn injuries. *Burns*, 26, 317–322.

Landolt, M. A, Buehlmann, C., Maag, T., Schiestl, C. (2009) Brief Report: Quality of Life Is Impaired in Pediatric Burn Survivors with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(1), 14–21.

Liber, J. M., Faber, A. W., Treffers, Ph. D. A., Van Loey, N. E. E. (2008) Coping style, personality and adolescent adjustment 10 years post-burn. *Burns*, 34, 775 – 782.

Lorente, J. A., Esteban, A. (1998). *Cuidados Intensivos del Paciente Quemado*. Barcelona: Sringner-Verlag Ibérica.

Lorenzo, F (2009). *Cuidados Enfermeros en la Unidad de Quemados*. Vértice S. L.

Noronha, D. O., Faust, J. (2007). Identifying the variables impacting post-burn psychological adjustment: A meta analysis. *Journal of Pediatric*

Psychology, 32, (3). 380-391.

Phillips, C., Fussell, A., Rumsey, N. (2007). Considerations for psychosocial support following burn injury— A family perspective. *Burns, 33,* 987 – 994.

Phillips, C., Rumsey, N. (2008). Considerations for the provision of psychosocial services for families following paediatric burn injury—A quantitative study. *Burns, 34,* 56 – 62.

Piazza-Waggoner, C., Dotson, C., Adams, C. D., Joseph, K., Goldfarb, I.W., Slater, H. (2005). Preinjury behavioral and emotional problems among pediatric burn patients. *Journal of Burn Care & Rehabilitation, 26, (4),* 371 – 378.

Reynolds C.R., Kamphaus R.W. (1992) *Behavior assessment system for children manual.* Circle Pines, MN: American Guidance Services.

Rivlin, E., Faragher, E. B. (2007). The psychological effects of sex, age at burn, stage of adolescence, intelligence, position, and degree of burn in thermally injured adolescents: Part 2. *Developmental Neurorehabilitation, 10, 2,* 173 – 182.

Thomas, C. R., Blakeney, P., Holzer, C. E., Meyer, W. J. (2009). Psychiatric Disorders in Long-Term Adjustment of At-Risk Adolescent Burn Survivors. *Journal of Burn Care & Research, 30,* 458 – 463.

Van Aken, C., Junger, M., Verhoeven, M., Van Aken, M. A. G., Dekovic, M. (2007). Externalizing Behaviors and Minor Unintentional Injuries in Toddlers: Common Risk Factors? *Journal of Pediatric Psychology, 32, (2).* 230 – 244.

Watson, E. J., Johnson, A. M. (1958). The emotional significance of acquired physical disfigurement in children. *American Journal of Orthopsychiatry, 28,* 85 – 97.