



Universitat Autònoma de Barcelona

TRAYECTORIAS PSICOLÓGICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

POST-QUEMADURAS

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació
Programa de Doctorat en Psicologia de la Salut i Psicologia de l'Esport.

Tesis doctoral presentada por

Sara Guila Fidel Kinori

Para optar al título de Doctora en Psicología

Directores:

Dr. Jordi Fernandez Castro - Departamento de Psicología Básica, Evolutiva i de l'Educació (Universitat Autònoma de Barcelona)

Dr. Miquel Casas Brugué - Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal
(Universitat Autònoma de Barcelona), Hospital Universitari Vall d'Hebron

2014

A mis Bobes (abuelas, en Ydish), por su sabiduría...

Índice general

0.- Presentación.....	9
I.- Marco Teórico	
1.- Características médicas de las pacientes con quemaduras.....	11
1.1: Etiologías y clasificación.....	12
1.2: Epidemiología de las quemaduras.....	17
1.3: Tratamientos de las quemaduras.....	19
1.4: La UEQ del Hospital Universitario Vall d’Hebron.....	20
2.- Impacto psicológico de las Quemaduras.....	21
2.1.- Las quemaduras como acontecimiento traumático.....	22
2.2.- Trayectorias psicológicas después de un acontecimiento traumático.....	27
2.2.1.-Las respuestas post-trauma en pacientes con quemaduras.....	29
2.2.2.-Las trayectorias psicológicas en pacientes con quemaduras....	34
2.3.-Calidad de vida, cambios en la imagen corporal y apoyo social.....	36
II.- Estudio empírico	
3.- Objetivos.....	43
4.- Método.....	45
4.1.- Muestra.....	45
4.2.- Procedimiento.....	47
4.2.1.-Variables estudiadas y cuestionarios.....	50
4.2.2.- Análisis de datos.....	58
5.- Resultados	
5.1.- Descripción de la muestra.....	61
5.2.- Trayectorias post-quemaduras.....	69
5.2.1.-Identificación de las cuatro trayectorias.....	69
5.2.2.-Comparación entre las trayectorias en cada seguimiento.....	76
5.2.4.-Análisis bivariado en función de la trayectoria.....	80

5.3.-Valores del IES-R en cada trayectoria.....	101
5.3.1.-Valores del IES-R medido a los 30 días.....	101
5.3.2.-Valores del IES-R medido a los 90 días.....	104
5.3.3.-Valores del IES-R medido a los 6 meses.....	107
5.3.4.-Valores del IES-R medido a los 2 años.....	110
5.3.5.-Síntesis de los seguimientos y los clústeres del IES-R.....	113
5.4.-Modelos explicativos de cada trayectoria.....	117
5.4.1.- Modelo de la trayectoria RESILIENCE.....	117
5.4.2.- Modelo de la trayectoria DELAYED.....	117
5.4.3.- Modelo de la trayectoria CHRONIC.....	119
5.4.4.- Modelo de la trayectoria RECOVERY.....	121
5.5.-Análisis de la Odd Ratio para las cuatro trayectorias.....	123
5.6.- Calidad de vida, imagen corporal y apoyo social en cada trayectoria.....	126
6.- Discusión general.....	131
III.- Conclusiones.....	137
IV.-Bibliografía.....	139
V.- Anexo	
Protocolo de Evaluación del seguimiento a dos años del AT.....	157

Listado de abreviaturas

ABA	American Burns Association
APA	American Psychiatry Association
AT	Acontecimiento traumático
BDI	Beck Depression Inventory
CAPS	Clinician Administered PTSD Scale
COPE	Cuestionario de Estilo de Afrontamiento
CV	Calidad de Vida
DEH	Duración estancia hospitalaria
DTS	Davidson Trauma Scale
IES-R	Impact of Event Scale-Revised
MEC	Mini Examen Cognoscitivo
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorder
SCQ	Superficie Corporal Quemada
SF-36	Short-Form Health Status-36
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TEA	Trastorno por Estrés Agudo
TEPT	Trastorno por Estrés Post-traumático
UEQ	Unidad Especializada de Quemados
PANAS	Positive and Negative Affects Scale
PTGI	Posttraumatic Growth Inventory
ZKPQ	Zuckerman Personality Questionnaire

0.- Presentación

El motivo que me condujo a la realización de este trabajo de investigación, proviene de mi trabajo clínico con los pacientes ingresados en la Unidad Especializada de Quemados (UEQ) del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

En el año 2003, bajo el acompañamiento profesional del Dr. José María Argüello Alonso y con el apoyo institucional del Dr. Miquel Casas Brugué, conocí de primera mano el trabajo específico y singular que como profesionales de la salud, se realiza en este tipo de unidades especializadas (UEQ). Allí comenzaron a configurarse las preguntas que se intentan responder en este estudio, vinculadas al presente y al futuro de esta población: valorar que en escasos segundos un accidente quiebra la continuidad vital de la persona y de su entorno. Gran parte de estas personas superan secuelas físicas imborrables y por esto, el núcleo central de la investigación es poder identificar cuáles son las personas que presentan recursos individuales y sociales que facilitan la recuperación post-trauma.

Descubrir el modelo de trayectorias de George Bonanno, que describe cuatro posibles evoluciones tras un acontecimiento potencialmente traumático, me interesó muy especialmente: permite no sólo identificar a los paciente altamente vulnerables desde el primer momento, si no y fundamentalmente, tener elementos para detectar a los pacientes que presentarán patología llamada demorada (delayed) o de recuperación (recovery). Las claves de este modelo de trayectorias, es que tiene una importante utilidad clínica, pues facilita identificar a los pacientes de más riesgo y así intervenir de forma preventiva y eficaz. También conocer las variables de mejor ajuste, cuando los pacientes se encuentran bajo unas condiciones físicas limitantes, y que en la gran mayoría de los casos, deben adaptarse a cambios definitivos en su imagen corporal en una sociedad donde la perfección física es un bien altamente valorado.

Siempre he pensado que trabajar en esta Unidad es entrar a una Gran Escuela de Resiliencia, donde es posible aprender sobre la capacidad de las personas para superar adversidades. Aquí los pacientes, sus familias y el equipo profesional, muestran lo mejor de nuestra especie: empatía, solidaridad, modelos de afrontamiento positivo, sacrificio y esfuerzos altruistas para conseguir la recuperación en sus diversas dimensiones y en algunos casos, desarrollan lo que hoy llamamos el Crecimiento Postraumático, cambiar positivamente.

La oportunidad de iniciar en el año 2009 un proyecto de investigación riguroso (Fénix-II) y junto a la experiencia clínica de estos diez años, me coloca en condiciones de responder a las preguntas que me he ido formulando a lo largo de los años de práctica profesional: conocer y comprender las respuestas emocionales y conductuales, las inmediatas y las diferidas, como medidas para identificar a los pacientes con vulnerabilidad a desarrollar psicopatología. También conocer las características de los pacientes resilientes, para promover sus estrategias. Sólo un trabajo estructurado y desarrollado longitudinalmente, permite aproximarnos a la experiencia psicológica de los pacientes, acompañando un proceso que evoluciona en el tiempo.

Quiero agradecer a muchas personas el que este camino, complejo y con grandes dosis de esfuerzos, haya podido ser transitado con seguridad y confianza: obviamente, a todos/as los/as pacientes que colaboraron voluntariamente en las entrevistas; imprescindible no olvidar a todo/as los profesionales que componen la Unidad Especializada de Quemados, desde los cirujanos/as, enfermeros/as, auxiliares clínicos y el personal de rehabilitación y administrativos; al Jefe del Servicio de Psiquiatría, Dr. Miquel Casas, por facilitar muchos medios para alcanzar los objetivos profesionales y formativos; a mis compañeros del Servicio, especialmente al Dr. José María Argüello por el apoyo en esta tarea profesional; a los compañeros docentes y alumnos del Depto. de Psicología Básica de esta Universidad, que a través del Seminario de Seguimiento, mostraron entusiasmo y refuerzos muy positivos para este estudio.

Y muy especialmente a mi co-Director, Dr. Jordi Fernandez, por su incesante soporte y motivación para conseguir llegar al final de este trabajo.

En lo personal, agradecer a mi entorno familiar y social, por todo el apoyo recibido, el afecto y los ánimos, a pesar de las horas “robadas” a ellos. Muy especialmente a Marta, Rosa y Ana. Ellas, las cercanas y aquellos que por la distancia física, mis padres y todo el resto de la extensa y afectiva familia, por este acompañamiento incondicional. De todo corazón, espero que pueda fructificar en algo que también les transmita conocimientos y valores, como lo fue y es para mí.

Y a Dan, mi hijo y su curiosidad y preguntas infinitas sobre el mundo, del que quiere ser un “científico” para entenderlo más y mejor.

I.- Marco Teórico

1.- Características médicas de las quemaduras

Las quemaduras han estado presentes a lo largo de la historia, incluso antes del control del fuego, a través de las heridas por lava o rayos que seguramente afectaron a los grupos humanos. Se tiene información sobre tratamientos para estas lesiones en diferentes fuentes históricas, tales como papiros egipcios y los tratamientos indicados por Hipócrates, según refieren Barrow y Herndon (en Herndon, 2009).

También en los mitos y creencias, así como en las crónicas documentadas de episodios concretos, las quemaduras han recibido un sentido de castigo, de tortura y también de purificación. De allí, podría hipotetizarse que en la memoria colectiva, las heridas por quemaduras fueron y son percibidas como castigos o actos de depuración, frente a un acto o conducta no aprobado culturalmente.

Frases que perduran hasta nuestros días dan cuenta de que quemarse no parece una situación casual, sino que está predeterminada por factores personales. Por ejemplo, en la cultura anglosajona se dice “Normal people don’t get burned”, evidenciando de que la propensión a las quemaduras, se da en grupos sociales concretos.

En Europa, la incidencia de las lesiones por quemaduras que requieren atención médica, se estima en media de 20 heridos por 100.000 habitantes, aunque esta cifra varía significativamente entre los países del norte y los de la cuenca mediterránea (Brusselau, 2010), presentando en el norte una tasa de 14 por 100.000 frente a los más de 30/100.000 de los países del sur.

Según fuentes del Ministerio de Sanidad, en España se calcula que 30 por 100.000 personas se queman al año y aunque el número de afectados se ha ido reduciendo con el tiempo, fundamentalmente por los cambios sociales acaecidos en los últimos treinta años, entre un 15 y 20% de estas personas requieren ingreso hospitalario, según las publicaciones del Ministerio de Sanidad (MSC, consultado abril 2014).

En la actualidad, las diferencias en las tasas de accidentes y de discapacidad producida por las mismas, son evidentes entre los países del norte y del sur, del este y del oeste. Esto

demonstraría que las causas van más allá de lo individual, sino que incluyen aspectos culturales y económicos. A más desarrollo de un país, mejores estrategias preventivas y mejores estrategias de tratamiento y en consecuencia, menos accidentes, menor discapacidad asociada y menos costes personales, familiares y sociales, según la revisión coordinada por el Dr. Peck (2013).

Como también lo describe el mismo autor (Peck, 2011), es importante destacar que la población que sufre quemaduras es muy heterogénea, no sólo por la diversidad del tipo de heridas, sino también por las diferencias en la población que está afectada por las mismas.

1.1.- Etiologías y clasificación de las quemaduras

Una quemadura es una lesión traumática en la piel u otro tejido orgánico, que la afecta en sus diferentes capas o niveles. El origen de una quemadura es diverso, pero principalmente puede ser causado por llamas (fuego), electricidad, fricción, contacto con sólidos calientes, contacto con productos químicos o líquidos calientes (escaldaduras), como también por radioactividad y por congelación.

En cuanto a la frecuencia de estas etiologías, las provocadas por fuego (llama) y por líquidos calientes (escaldaduras) son las más comunes de las quemaduras, tanto en población infanto-juvenil como adulta. En los países definidos como desarrollados, el tipo más común de quemaduras en los niños es la escaldadura y en los adultos, la quemadura más común se produce por llama. En un informe que recoge los datos de los centros de quemados de Estados Unidos entre 1995 y 2005, el 46 % de los pacientes con quemaduras tuvieron como origen el fuego y en un 32 %, las heridas fueron ocasionadas por escaldaduras (Peck, 2013).

En el caso de quemaduras térmicas, la profundidad de las heridas se relaciona con varios factores, tales como los grados de temperatura de la fuente de calor externa, la duración del contacto y el espesor de la piel. En la exposición al frío intenso se produce congelación y el daño que en la piel y en los tejidos subyacentes por los cristales de hielo que afectan a las células, es similar a las quemaduras por calor o llama.

Las quemaduras por productos químicos causan lesión por reacciones cáusticas, que incluyen la alteración del pH, la alteración de las membranas celulares y los efectos tóxicos

directos sobre los procesos metabólicos. Además de la duración de la exposición, la naturaleza del agente determina la gravedad de la lesión dérmica.

También la inhalación de productos tóxicos daña los tejidos de las vías respiratorias y suelen ser frecuentes en accidentes con quemaduras por explosión, que generan humo. Algunos productos químicos tóxicos que se producen en los incendios, dañan las vías respiratorias inferiores con quemaduras.

Las quemaduras por corriente eléctrica dañan la piel cuando pasan a través de la de los tejidos del cuerpo, por su conductividad. La magnitud de la lesión depende de factores como la vía de la corriente, o el nivel de resistencia al flujo de la misma y la fuerza y duración de ésta.

Las llamadas quemaduras por radiación, son diversas. El tipo más común de quemadura por radiación es la quemadura solar, pero dependiendo de la energía del fotón, la radiación puede causar quemaduras internas profundas. Las quemaduras por radiación a menudo se asocian con el cáncer debido, a la capacidad de la radiación ionizante para interactuar y acabar dañando el ADN. Los resultados clínicos de la radiación ionizante dependen de la dosis, el tiempo de exposición y el tipo de partícula, que determinan la profundidad de la exposición.

En cuanto a la clasificación de las heridas, independientemente de la etiología, se consideran dos variables: el porcentaje de la superficie de la piel afectada (SCQ) y el grado de profundidad. Éste último factor es el que determina mayoritariamente el potencial de curación y la necesidad o no, de realizar injertos quirúrgicos.

Las quemaduras cutáneas se clasificaron durante muchos años, de acuerdo a la profundidad de la lesión del tejido: 1º grado, de espesor parcial superficial o epidérmica; 2º grado, espesor completo o 3º grado y 4º grado, cuando las quemaduras se extienden debajo de los tejidos subcutáneos y existe una afectación de la fascia, el músculo y/o el hueso.

Pero en la actualidad, esa clasificación tradicional de las quemaduras ha sido sustituida por un sistema que refleja la necesidad de la intervención quirúrgica: superficial, de espesor superficial parcial, profunda de espesor parcial y de espesor total. El término cuarto grado todavía se utiliza para describir las quemaduras más graves, que se extienden al músculo, hueso y/o a las articulaciones.

Las quemaduras superficiales son quemaduras llamadas también epidérmicas que implican sólo la capa epidérmica de la piel. No hacen ampollas, pero son dolorosas y requieren de

dos o tres días, para la disminución del dolor y el eritema. Estas lesiones generalmente se curan en una semana sin dejar cicatrices.

Las quemaduras de espesor parcial: son las quemaduras que implican la epidermis y porciones de la dermis. Se clasifican como superficiales o profundas. En el primer caso, estas quemaduras forman ampollas dentro de las 24 horas entre la epidermis y la dermis y son dolorosas, de aspecto rojizo y se blanquean con la presión. Curan generalmente en un período de entre una y tres semanas; la cicatrización es inusual, aunque se pueden producir cambios en la pigmentación.

Una capa de exudado fibrinoso y restos necróticos se puede acumular en la superficie de la herida, lo que puede predisponer a una colonización bacteriana, que pueda retrasar la cicatrización. Estas quemaduras por lo general se curan sin deterioro funcional, es decir sin cicatrices hipertróficas.

Las quemaduras de espesor parcial profundas, se extienden hasta la dermis profunda y afectan los folículos pilosos y el tejido glandular. Son dolorosas a la presión y tienen una coloración moteada variable irregular y no se blanquean con la presión. Evitando infecciones, las heridas pueden epitelizar, es decir cicatrizar sin injertos y se curan en un período de entre tres a nueve semanas. Estas quemaduras causan cicatrices hipertróficas, por lo cual generan secuelas funcionales y/o estéticas. En la Figura 1, se visualiza las diferentes capas de la dermis afectadas potencialmente por quemaduras.

Las quemaduras de grosor completo son las que se extienden a través de todas las capas de la dermis y lo destruyen, como también pueden llegar a dañar el tejido subcutáneo subyacente. Cursan con anestesia, es decir que no hay dolor y el aspecto de la piel puede variar de blanco ceroso hacia gris carbonizado y negro. La piel está seca, rígida y no palidece con la presión. No se desarrollan ni vesículas ni ampollas. En estas heridas la cicatrización es compleja, con contracturas y la curación espontánea completa es muy difícil, por lo que requiere de intervenciones quirúrgicas, los llamados autoinjertos.

Por último, las quemaduras de 4º grado son profundas y potencialmente peligrosos para la vida, por su extensión a través de las capas de la piel hacia los tejidos subyacentes, como la fascia, músculo y/o hueso. En general, resultan en amputación, según las zonas afectadas.

En la práctica, las heridas no son uniformes en el grado de profundidad. Por el contrario tienen una importante heterogeneidad, con zonas más superficiales y otras más profundas,

bajo la misma superficie. En gran parte de las personas afectadas, son necesarias entre una y dos semanas, para alcanzar una delimitación precisa de la zona final de la herida. También la región del cuerpo influye sobre la clasificación de las heridas, pues el grosor de la piel varía a lo largo de la extensión corporal: la piel es fina sobre todo en las superficies palmares de los antebrazos, zona interior de muslos, el perineo y las orejas, por lo que difícilmente las quemaduras en esa zona son superficiales. También los niños menores de cinco años y los adultos mayores, por la característica de su piel, son más susceptibles a sufrir quemaduras más profundas.

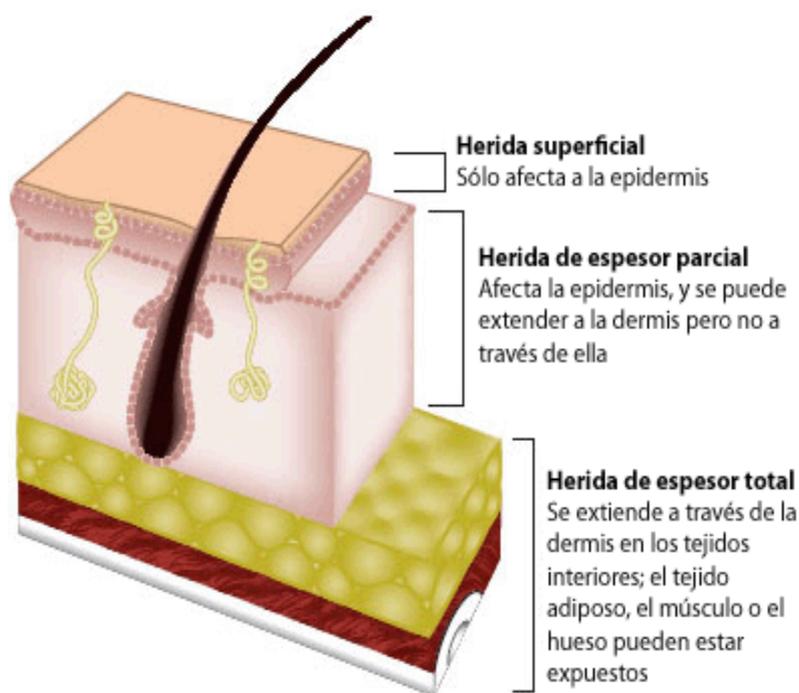


Figura 1: Estructuras y grados de la piel afectadas por las quemaduras.

Otro aspecto es la valoración de las heridas, es la contabilización del porcentaje de la superficie corporal quemada (SCQ), pues también es una de las variables que guía el tipo de tratamiento a seleccionar por los profesionales. En el caso del cálculo de la SCQ, se utiliza la llamada "Regla de los nueve" o de Wallace, especialmente en población adulta, que estandariza las zonas en porcentajes (Ver Figura 2). Existen controversias, en cuanto a que estos baremos responden a medidas que representan las de hombres adultos y no se aplican con exactitud para mujeres, especialmente por las diferencias en el cálculo de la superficie del tórax que incluye los senos (Palao, 2009).

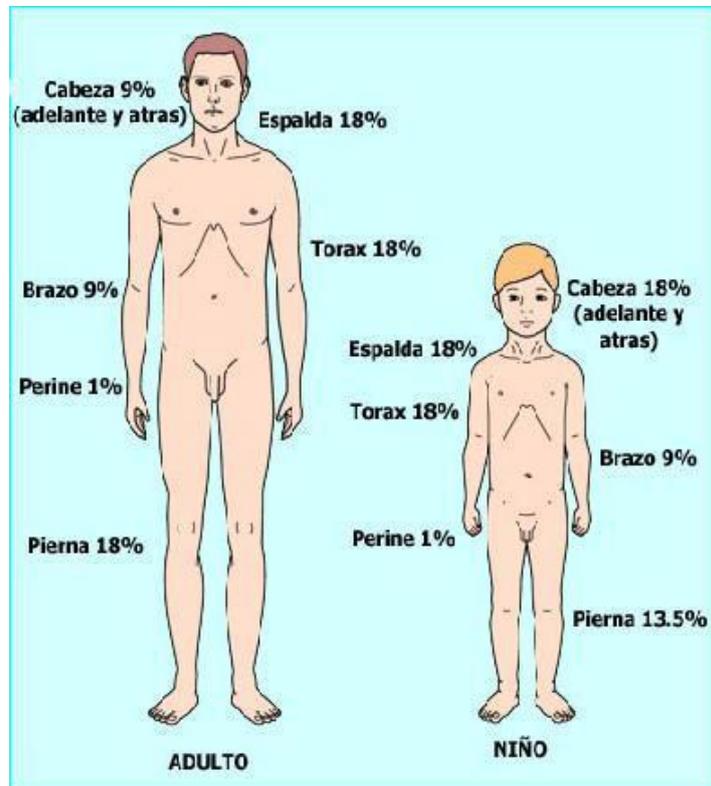


Figura 2: Modelo de cálculo de la SCQ según la “Regla de los Nueve”

El ingreso en una Unidad Especializada de Quemados (UEQ), se realiza a partir de criterios estandarizados (ABA, 2006), que se describen en la Tabla 1 y que incluyen factores tales como el porcentaje SCQ y la profundidad de las heridas. Factores como la edad y el estado global del paciente, también influyen en el momento de la admisión hospitalaria, como es descrito en diversos manuales, tal como el coordinado por Hornden (2009).

Tabla 1: Criterios de la ABA (American Burn Association) para calcular la gravedad de las heridas

Quemaduras de 2º y 3º grado, >10% de SCQ*, edad <10 años o >50 años
Quemaduras de 2º y 3º grado, >20% SCQ*, de todas las edades
Quemaduras graves localizadas en cara, manos, pies, genitales, periné o articulaciones
Quemaduras de 3º en más del 5%SCQ*, en cualquier edad
Lesión pulmonar por inhalación de humos y/o sustancias tóxicas
Quemaduras eléctricas significativas, incluyendo las producidas por rayos
Quemaduras químicas graves
Quemaduras en pacientes con antecedentes médicos significativos (diabetes, bronquitis crónica, cardiopatías severas, inmunodepresión etc.)
Quemaduras en pacientes politraumatizados

*SCQ: superficie total quemada

Para poder identificar a un paciente bajo los criterios de “gran quemado”, se valoran no sólo el porcentaje de la SCQ (> 15%), sino los otros factores que son mencionados en los criterios expuestos anteriormente.

1.2.-Epidemiología de las quemaduras

Según Peck (2013), las quemaduras son consideradas el cuarto tipo más común de traumatismo en el mundo, tras los accidentes de tráfico, las caídas y las víctimas de violencia interpersonal.

Según los datos expuestos por el autor, las estadísticas epidemiológicas describen que la mayoría de las personas afectadas por lesiones por quemaduras son adultos y han padecido el accidente en el ámbito doméstico. Existen diferencias de género significativas, por cuanto los hombres representan 2/3 de la población ingresada en las Unidades Especializadas, en los países del mundo occidental. Estas personas mayoritariamente sufren las heridas en lugares al aire libre o en el trabajo, mientras que las mujeres, el tercio restante, han tenido el accidente en gran parte de las ocasiones, en el ámbito doméstico, como por ejemplo en la cocina.

En cuanto a los tipos de incidentes, se clasifican según su origen en intencionales versus accidentales. Existen diferencias según la zona del mundo donde ocurren: En los países con bajos ingresos económicos, la mayoría de las lesiones por quemaduras son intencionales, siendo afectados proporcionalmente más las mujeres y los niños.

En el caso de las autolesiones, un subgrupo de las llamadas incidentes intencionales, la mayor proporción de estos casos y por fuego, se producen en la India y en Sri Lanka, mientras que países europeos y Estados Unidos, presentan una tasa de alrededor del 1 al 9% de intentos autolíticos por fuego. Otra diferencia es que en estos últimos países las causas del mismo se asocian a trastornos mentales y/o consumo de sustancias y en los países del sudeste asiático, se atribuyen a motivos personales, culturales y políticos (Peck, 2011).

Según la OMS (WHO, 2014), en lo que respecta a las cifras de mortalidad, las quemaduras son un problema de salud pública internacional y se estima que cada año las quemaduras provocan el fallecimiento de unas 200.000 personas y que el número de personas afectadas en diferentes grados puede llegar a 20.000.000. También una mayoría importante de los accidentes, casi el 90%, ocurren en países con bajos y medianos ingresos económicos, correspondiendo mayoritariamente a países del Asia Sudoriental, con una tasa promedio de 1,3 heridos cada 100.000 habitantes.

Esta desigualdad es aún más importante en cuanto a las tasas de mortalidad y accidentalidad infantil por quemaduras, señalando las estadísticas que en los países de altos ingresos esta es siete veces menor que en los otros países.

Finalmente, las llamadas “Pequeñas Quemaduras”, es decir las consideradas inicialmente sin riesgo vital, pero que son una de las causas principales de morbilidad: generan costes elevados a través de los tratamientos que deben aplicarse (hospitalización y cirugía entre ellos) y por sus secuelas, entre ellas la discapacidad funcional. También los cambios en la imagen corporal que producen, que se acompañan de actitudes estigmatizantes y de rechazo, como también de automarginación.

De forma general, el paciente con secuelas por quemaduras recibe el nombre de “paciente invisible”, por cuanto su interacción social sustantivamente queda reducida al ámbito intrafamiliar o aún, en algunos casos, ni a ésta (Fauerbach, 2007; Hettiaratchy, 2004).

1.3.- Tratamientos de las quemaduras

En la actualidad los criterios internacionales para el ingreso en una UEQ, son los ya descritos y que fueron establecidos por la ABA, Asociación Americana de Quemaduras (2006).

El cuidado de la herida por quemadura puede requerir múltiples modalidades de tratamientos, dependiendo de las diversas características de profundidad de la misma como también de la localización, es decir de la región del cuerpo lesionada.

En las heridas más profundas, las llamadas quemaduras de 3º y 4º grado, los tratamientos habituales para este tipo de heridas suelen ser quirúrgicos y son los llamados autoinjertos. Bajo una intervención quirúrgica específica, el paciente recibe láminas de otra parte del cuerpo no afectada, que cubre la herida. Esta zona recibe curas hasta que se integra a las capas dérmicas y luego, según el tipo de zona, recibe también tratamientos de compresión, para ayudar a una cicatrización homogénea y evitar los queloides o cicatrices atróficas.

Las heridas de 2º grado, tienen tratamiento tópico, con pomadas y materiales específicos. Habitualmente se acompañan de prescripciones tales como la inmovilización durante una etapa inicial y posteriormente de un continuo trabajo de rehabilitación física y de protección extrema de la nueva piel.

En cuanto a las consecuencias o también llamadas secuelas de una quemadura, las más frecuentes son las cicatrices, las atrofas musculares y de tejidos, como también dependiendo del tipo de heridas, las amputaciones. Como refieren Carrougher et al. (2013) otros síntomas, tales como el dolor y el prurito suelen estar presentes en más del 60% de las personas afectadas.

Como parte indispensable del proceso de recuperación, los pacientes con quemaduras deben realizar tratamientos de rehabilitación fisioterapéutica, para poder obtener una mejor funcionalidad de las zonas afectadas (Essekman, 2007).

En algunos casos, la rehabilitación no es suficiente y sobre el año del accidente, los pacientes pueden requerir reintervenciones quirúrgicas para mejorar la funcionalidad. Estas intervenciones pueden repetirse, por lo cual algunos pacientes siguen vinculados a la UEQ por las secuelas durante varios años. Esto suele ser característico de los Grandes Quemados, pero también puede observarse en los otros pacientes que presentaban menos gravedad al ingreso.

En líneas generales, el paciente que presenta heridas por quemaduras recibe por parte del equipo asistencial el mensaje de que el proceso de recuperación inicial se encuentra en un margen de entre 1 a 2 años, desde el accidente.

1.4.- La UEQ del Hospital Universitario Vall d'Hebron

La incidencia anual de quemaduras en España no presenta una cifra única, pero puede valorarse en que 3 de cada 10.000 habitantes pueden sufrir un daño por quemaduras. Mayoritariamente son atendidos en los Centros de Atención Primaria, pero entre el 15 y el 20% de ellos, requieren de ingreso hospitalario o tratamiento especializado.

Para la atención hospitalaria, se cuenta en la actualidad en el territorio español, con 9 centros dentro de los Hospitales generales.

La Unidad Especializada de Quemados (UEQ) del Hospital Universitario Vall d'Hebron fue creada hace más de cuatro décadas y su área de atención incluye la población residente en Cataluña, las Islas Baleares y el Principado de Andorra (Barret, 1999).

Con la inauguración de la nueva unidad en el año 2006, se cuenta con 26 camas para ingresos: 6 para Grandes Quemados, 4 para niños y jóvenes menores de 16 años y 16 plazas para adultos con criterios para "pequeñas quemaduras". También la UEQ recibe otros tipos de pacientes, que son atendidos por patologías que afectan a importantes superficies de la piel, pero que no son originadas por quemaduras, como es el caso de las personas afectadas por el Síndrome de Lyell.

Desde hace treinta años, la UEQ Vall d'Hebron se describe como Unidad Multidisciplinar, en cuanto que incluye a personal médico (cirujanos plásticos, médicos intensivistas, médicos anestesiólogos, médicos rehabilitadores), personal de enfermería y auxiliar, de fisioterapia y de terapia ocupacional, además de contar con el soporte por parte de profesionales interconsultores de psiquiatría y psicología, de medicina interna, de enfermedades infecciosas y de medicina preventiva, entre otros.

2.- Impacto psicológico de las quemaduras

La mayoría de los accidentes por quemaduras producen lesiones menores, pero siguen generando una morbilidad significativa y diferentes grados de discapacidad a largo plazo (Falder, 2009; Fauerbach, 2007; Gilboa, 2001; Tarrier, 1995).

Desde hace cuatro décadas, la introducción de nuevas técnicas médicas asegura un aumento en la supervivencia de los pacientes. Si antes de la década de los 70, un paciente con 30% de la SCQ y con heridas profundas tenía pocas probabilidades para su recuperación, en la actualidad bajo condiciones idénticas los riesgos son relativamente muy bajos (Van Loey, 2003a).

Estos avances producidos en la atención médico-quirúrgica de los pacientes con quemaduras, especialmente los que presentan heridas graves (los “grandes quemados”), han incrementado el número de supervivientes con secuelas físicas y psicológicas.

Como explican Blakeney et al. (Blakeney, 2007) esta nueva situación médica ha generado la aparición de otras condiciones, que son las problemáticas psicosociales que estos pacientes y sus familias deben afrontar; no sólo durante la hospitalización sino y especialmente cuando se produce la reintegración en la vida familiar y laboral (Falder, 2009; Maschrek et al. 2008; Patterson, 2000).

Bajo esta nueva perspectiva, ha aumentado el interés en la prevención y el tratamiento de los problemas de los supervivientes, tanto a nivel individual como social. Los expertos y las sociedades científicas (EBA, 2013; NBCRC, 2001) promueven la inclusión de los profesionales de psiquiatría y psicología, para la evaluación y la intervención, temprana y continuada, sobre estos pacientes.

Esta orientación asistencial, ha promovido la realización de importantes avances en la detección y prevención de la psicopatología derivada de estos acontecimientos, objetivable en el aumento exponencial de artículos científicos que abordan estos temas (Wiseman, 2013).

Los psiquiatras y psicólogos en las UEQ, conocen que las personas heridas por quemaduras, tienen unas secuelas psicológicas que los hacen singulares respecto a otros afectados por traumas: tienen recuerdos de las circunstancias del accidente y de la intensidad de las sensaciones físicas percibidas, tales como el dolor agudo. También el proceso de recuperación, en la existencia de secuelas visibles e incapacitantes, que

además perduran en el tiempo, determina que el proceso de recuperación, se prolongue durante años y es especialmente intenso durante los dos primeros años después del accidente. (Blakeney, 2007; Falder, 2009; Fauerbach, 2007; Willebrand, 2011).

Existe además un aspecto relevante en los estudios sobre esta población, en la cual el porcentaje de la SCQ no es un indicador de peor evolución psicopatológica, como lo han demostrado Taal et al. (1998 a y b) y que ha sido replicado positivamente en otros trabajos posteriores (Fauerbach, 2005; Thombs, 2008; Van Loey, 2008).

Se ha demostrado que para los pacientes con quemaduras, son los factores personales y sociales los que influyen significativamente en el ajuste post-quemaduras. Especialmente los factores vinculados al apoyo social y el tipo de afrontamiento, como refieren Lawrence y Fauerbach (2003).

2.1.-Las quemaduras como acontecimiento traumático

La experiencia que lleve a un daño grave en la piel, se considera como un acontecimiento traumático (AT), no sólo por las circunstancias en el que se produjo el mismo, sino porque las personas afectadas rara vez pierden nivel de conciencia y tienen percepción de amenaza vital o conciencia de daño irreversible. (Wisely, 2009).

La experiencia de quemarse es en sí misma un acontecimiento traumático, por los factores ya señalados de amenaza vital y conciencia de daño irreversible. Pero las peculiaridades del ingreso en las UEQ también contribuyen a la percepción de trauma, especialmente el aislamiento durante el tratamiento, las curas dolorosas y la conciencia durante la hospitalización en las UEQ.

El aislamiento físico durante el ingreso, medida imprescindible para evitar infecciones; además es frecuente que en las UEQ la duración de la estancia hospitalaria (DEH) sea prolongada y que el número de visitas permitidas sea reducido en cantidad y en duración. Los profesionales y el resto de las personas que le asisten, como también las visitas que reciben, deben utilizar medidas asépticas, con lo cual se añaden “barreras” al tipo de interacción habitual. En este aspecto el ingreso es similar a las Unidades de Medicina Intensiva. Todos estos factores contribuyen al aislamiento del paciente, que de hecho puede mantener la sensación de trauma psicológico.

Por lo que se refiere a los tratamientos, hay que tener presente que la curas son especialmente dolorosas y frecuentes. También son habituales las intervenciones quirúrgicas repetidas, que a veces suponen abrir nuevas heridas como en el caso de las “zonas donantes” para los injertos. Los pacientes suelen tener que permanecer durante varias jornadas inmovilizados en la cama durante la hospitalización, aumentando el discomfort global.

Finalmente el nivel de conciencia durante el proceso curativo, puede afectar también a la percepción de trauma. Los pacientes con quemaduras suelen estar conscientes durante todo el proceso de cura y recuperación, con lo que presencian casi cotidianamente sus propias heridas, así como las de los otros enfermos. Sienten dolor con frecuencia y de significativa intensidad; también aparece el prurito como síntoma de epitelización, que es molesto y puede perdurar más allá del ingreso. Además, en varias ocasiones durante la rehabilitación, tienen la oportunidad de observar a otros pacientes con más tiempo de evolución, con lo que pueden anticipar las secuelas que permanecerán en sus cuerpos (cicatrices atróficas, amputaciones, deformidades).

Otras de las alteraciones frecuentes es la del patrón del sueño. Sea por las condiciones del estado físico, como también por las interrupciones que se realizan para la continuidad de algunos de los tratamientos, que incluso se hacen durante la noche, así como también por la experiencia de dolor y/o del prurito en las heridas, las personas ven afectado su patrón de descanso nocturno.

Todos estos factores mencionados contribuyen a aumentar la percepción del estrés físico y psicológico del paciente. La intervención asistencial a este nivel, debe tener como finalidad disminuir el estrés situacional, ayudar al paciente a afrontar las condiciones contextuales y las reacciones emocionales, como ya señalaba una de las psiquiatras pioneras en la atención a estos pacientes, Nancy Andreasen (1972). McKibben et al. (2009) en una revisión bibliográfica presentan los resultados de los estudios más destacadas, concluyendo que se trata de minimizar los efectos de las respuestas iniciales sobre la recuperación, pues las publicaciones indican que la presencia de sintomatología durante el ingreso es también un predictor de un mal ajuste posterior como también del desarrollo de psicopatología post-trauma.

Otras revisiones como las de Wisemann et al. (2013), Falder et al. (2009), Wisely, (2007), Blakeney et al (2004), Tedstone et al. (1998), también avalan estas impresiones clínicas descritas anteriormente, sobre las reacciones emocionales de los pacientes en las UEQ.

Desde el momento del ingreso, habitualmente inmediato al suceso que ocasionó las heridas, es esperable que los pacientes presenten signos o síntomas de estrés agudo, ansiedad y tristeza.

Las quemaduras son un AT y por este motivo, pueden producir tanto Trastorno por Estrés Agudo (TEA) como Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

En cuanto a estas categorías del trastorno, el manual DSM-5 (2013) identifica el TEA, el TEPT, el TEPT crónico y el TEPT diferido. También se utiliza una categoría, la del TEPT parcial, cuando la población evaluada presenta sintomatología de estrés traumático, pero no cumple con todos los criterios definidos en el manual diagnóstico (Suvak, 2011; Scher, 2004).

El TEA se evalúa hasta los 30 días del AT, incluye además sintomatología disociativa. El TEPT se diagnostica entre los 30 y 90 días del AT, mientras que el TEPT crónico se diagnostica a partir de los tres meses. Las respuestas post-traumas que aparecen a partir de los 6 meses del AT reciben el nombre de TEPT diferido. Esta categoría, la DELAYED-Onset PTSD, que ha sido exhaustivamente revisada para demostrar su validez ha sido identificada con frecuencia en pacientes que han padecido accidentes, según la revisión sistemática realizada por el grupo de Andrews (2007) y del estudio prospectivo de Carty et al. (2006), verificada recientemente también por el grupo de O'Donnell (2013).

El trastorno por estrés agudo (TEA) se manifiesta por hiperactivación, por recuerdos frecuentes del accidente de forma intrusiva (síntomas de reexperimentación o de intrusismo) en forma de imágenes diurnas o de pesadillas nocturnas y por síntomas de evitación de imágenes o personas, que le evoquen lo sucedido, además de episodios de disociación y/o desrealización. La sintomatología de estrés agudo en las primeras etapas del ingreso se ha identificado en una prevalencia desde un 45 hasta un 75%, de la población hospitalizada en las UEQ (Tarrier, 1995; Van Loey, 2012).

Varios estudios (Difede, 2002, 1999; Van Loey, 2003) han demostrado que la presencia de estrés agudo (TEA) es un predictor de estrés postraumático en esta población clínica.

La ansiedad se evidencia en el aumento de la percepción del dolor en las curas y en el desarrollo de temores anticipatorios sobre su situación y el futuro; también se expresa en la excesiva preocupación sobre las condiciones físicas y las secuelas (Blakeney, 2007) y en la alteración del patrón de descanso (Jaffe, 2004).

La tristeza aparece como respuesta a la percepción de las pérdidas producidas por el AT, presencia de sentimientos intensificados de vulnerabilidad e inhibición afectiva y motriz. Pueden identificarse también emociones y cogniciones negativas, disfóricas, como la irritabilidad y el enfado (Dyster-AAs, 2007; Thomb, 2007).

Las condiciones del AT y de las características de los tratamientos, hacen que los pacientes con quemaduras estén bajo lo que se denomina situaciones de estrés complejo y también se trata de un tipo de estrés acumulativo: autores como Fauerbach (2007) lo describen como “los pacientes en estrés por excelencia” o bajo el concepto de pacientes con “estrés continuado”.

En cuanto a los factores que pueden influir sobre la evolución mórbida después del AT, se han identificado varios de ellos con suficiente evidencia: pacientes que previo al accidente ya presentaban psicopatología, son los considerados más vulnerables (Andreasen, 1972; Low, 2012; Taal, 1998, a,b y c), especialmente en cuanto a consumo de sustancias (Fauerbach, 2007).

Además, se ha demostrado que presentar trastornos psiquiátricos y/o acentuar síntomas ya pre-existentes al ingreso, es un predictor del posible desarrollo de psicopatología posterior (Dyster-Aas, 2008).

Sin embargo, durante los primeros días del ingreso, la sintomatología depresiva y de estrés traumático, no pueden diagnosticarse como un trastorno, según los criterios de los manuales de psicopatología. Es en la evaluación continuada de estas conductas, cuando pueden diferenciarse las reacciones iniciales, que suelen remitir a los pocos días del ingreso, de las que perduran. Estas reacciones que persisten a lo largo del tiempo, son las que requieren una intervención temprana, según los expertos, para que no deriven en trastornos psicopatológicos (Difede, 2009; Sandweiss, 2011; Wiseman, 2013; Zatzick, 2007).

También se ha señalado que los pacientes que hayan cursado el acontecimiento con percepción de amenaza vital (Ulrich, 2001); que presentan baja autopercepción de apoyo social (Lawrence, 2003); que presenten experiencias de dolor durante el proceso asistencial (Norman, 2004; Taal, 1998c) influyen negativamente en la evolución posterior.

La edad es también un factor de vulnerabilidad en los pacientes ingresados por quemaduras (Klein, 2011; McKibben, 2009): los pacientes mayores presentan más riesgo de desarrollar psicopatología post-accidente.

En el caso de las diferencias por sexo, las mujeres tienen un riesgo mayor de desarrollar psicopatología en relación a los hombres (Öster, 2011).

Van Der Does et al. (1997) concluyeron que la duración prolongada del ingreso y tener antecedentes psiquiátricos, son factores que están vinculado a más dificultades en la recuperación.

Durante muchos años, el control inadecuado del dolor durante el ingreso fue señalado como un factor etiológico significativo en la aparición de psicopatología (Pallua, 2003; Taal, 1998c; Wiechman-Askay, 2011), especialmente de depresión y de TEPT. En la actualidad con la implementación de protocolos para la administración adecuada de tratamientos farmacológicos para el dolor, se ha podido demostrar que es posible controlar en gran parte, la aparición de los síntomas psiquiátricos asociados al dolor. Por otra parte, bajo las condiciones post-ingreso y en fase de secuelas, algunos pacientes expresan síntomas de dolor y de prurito, que se prolongan en el tiempo (Carrougner, 2013) y que producen dificultades en el ajuste a los cambios.

En lo que respecta a los pacientes de las UEQ, que presentan criterios para el diagnóstico de consumo de sustancias, existe una diversidad en los resultados (McKibben, 2009), que podrían atribuirse a la heterogeneidad de las características culturales de las muestras evaluadas.

Por una parte, los pacientes con consumo de sustancias, son más propensos a padecer accidentes (McKibben, 2009; Palmu, 2010).

Por otra, en estudios realizados sobre población post-acontecimiento traumático (Taal, 1998^a y b), se observa un aumento significativo de consumo de alcohol, principalmente y también de ansiolíticos, al alta.

En la población con quemaduras, no se han realizado estudios específicos con muestras numéricamente relevantes, pero si se cumpliera esta condición y en relación a otros grupos post-accidentes, una posible interpretación de esta conducta, radicaría en la búsqueda de control de sintomatología egodistónica frente a las secuelas estéticas y funcionales de esta población, como también como forma de control de la sintomatología post-traumática.

Estos datos sobre la situación psicopatológica de los pacientes, al ingreso y en las primeras etapas post-alta hospitalaria, resulta parcial para la comprensión global del estatus psiquiátrico y psicológico de los pacientes con quemaduras: estos requieren de tiempos prolongados para poder reincorporarse a las actividades previas, por la necesidad de realizar los tratamientos médicos y de permitir los ajustes emocionales a los cambios.

Por lo tanto los estudios transversales, demostrarían una parcialidad de un proceso complejo y prolongado. De allí la importancia de conocer los resultados que los estudios longitudinales han demostrado sobre la evolución de los mismos.

2.2.- Trayectorias psicológicas después de un acontecimiento traumático

Durante muchos años los estudios sobre las personas afectadas por un AT, se centraban exclusivamente sobre las reacciones psicopatológicas de las mismas. Recientemente, el desarrollo de estudios epidemiológicos rigurosos han presentado las evidencias acerca de que las personas, tras un AT, presentan un amplio espectro de respuestas, no necesariamente desadaptativas, por lo tanto críticas sobre la sobredimensión del diagnóstico psicopatológico (Peleg, 2006; Ursano, 2003).

Durante los últimos quince años, los hechos traumáticos que afectaron colectivamente a una población, como es el caso de atentados terroristas o de catástrofes naturales, han permitido a los expertos demostrar que la gran mayoría de las personas se recuperan en plazos breves después del AT y que los porcentajes sobre su reintegración a las actividades previas a lo largo del primer año, es la conducta predominante (Bonanno, 2006; Galea, 2002).

Frente al debate sobre el diagnóstico sobredimensionado o sub-dimensionado, aparece el modelo elaborado por George Bonanno (2004). En este modelo se puede visualizar las reacciones en forma de trayectorias, que permiten incluir la diversidad de respuestas individuales frente a los acontecimientos potencialmente traumáticos. Para el autor, los modelos estadísticos facilitan definir los porcentajes esperables de afectados como también encontrar factores de vulnerabilidad en las poblaciones afectadas. Este modelo de trayectorias ha ofrecido un nuevo punto de vista, que ayuda a comprender la variabilidad en la expresión de las respuestas post AT, a partir de la aplicación de modelos estadísticos avanzados (Jung, 2008; DeRoon-Cassini, 2010).

Bonanno ha identificado cuatro posibles reacciones después de un acontecimiento amenazador, como una pérdida significativa u otro acontecimiento potencialmente traumático, a las que ha denominado trayectorias: la trayectoria de la resiliencia, la de la recuperación, la de respuestas diferidas y las repuestas que se cronifican.

La primera trayectoria, la que denomina de RESILIENCE, describe la habilidad por parte de las personas para mantener unos niveles de funcionamiento físico y psicológico adecuados y relativamente estables. En otros estudios (Bonanno, 2010; Vera Poseck 2006; Voges, 2003), también se señala que la resiliencia es la respuesta mayoritaria en la población frente a acontecimientos traumáticos, sean de tipo natural (desastres naturales como terremotos, tsunamis, etc.), como los de origen humano, tales como los atentados terroristas u accidentes masivos. En esta población también se puede identificar sintomatología de estrés traumático, pero es de tipo temporal, con una duración de hasta unas 6 semanas.

La segunda trayectoria, RECOVERY, describe al grupo que inicialmente y durante algunos meses, se ve afectada por sintomatología de estrés traumático y posteriormente recupera niveles de ajuste, similares a los previos al AT. En esta trayectoria se requiere de mayor tiempo para la recuperación, a diferencia de las personas con la trayectoria de resilientes.

La trayectoria denominada DELAYED, de respuesta diferida, describe la aparición de sintomatología leve inicialmente, pero que con el paso de los meses se intensifica hasta niveles considerados de gravedad.

Por último, la trayectoria llamada CHRONIC, crónica, incluye a las personas que presentan sintomatología de estrés traumático desde los momentos iniciales, sin registrar variables significativas posteriores, a pesar del paso del tiempo.

Bonanno y otros colaboradores, se centraron inicialmente en estudios sobre situaciones de duelo y pérdida, pero posteriormente otros expertos tales como DeRoos-Cassini (2010), aplicaron el modelo de las trayectorias en otras poblaciones, tales como pacientes con heridas traumáticas. En ese estudio se evaluaron a 330 pacientes sobrevivientes de diversos episodios traumáticos: accidentes de tráfico, accidentes domésticos y laborales, y víctimas de agresiones por armas. Aplicando modelos estadísticos con medidas repetidas, la evolución longitudinal de la muestra durante 6 meses, identificaron que la mayoría de los afectados (aproximadamente un 60%) mostraban una trayectoria RESILIENCE y como factor protector frente a las respuestas diferidas estaría el nivel educativo de la muestra.

2.2.1.- Las respuestas post-trauma en pacientes con quemaduras

Si durante la etapa inicial, la inmediata al AT resulta difícil realizar diagnósticos psicopatológicos permanentes, por la complejidad de la situación clínica ya descrita, los expertos (Galea, 2002; Shalev, 2009) indican que a partir del primer mes post-acontecimiento, se pueden diagnosticar las llamadas secuelas psicológicas por quemaduras.

En los pacientes con quemaduras, de manera resumida, puede considerarse que tiene cinco posibles causas o criterios etiológicos relevantes, que podrían promover el desarrollo de psicopatología: 1º, las características del accidente/acontecimiento; 2º, las experiencias del ingreso: dolor en las curas, inmovilización prolongada, aislamiento por los tratamientos, entre otros; 3º, las secuelas, funcionales y estéticas, que estas heridas producen, siendo el 4º factor, la presencia de psicopatología previa, los diagnósticos psiquiátricos y/o el consumo de sustancias ya identificados al ingreso. El 5º factor sería la ausencia de apoyo social o de su percepción (Argüello, 2009).

Diversos estudios señalan que la psicopatología más frecuente en esta población, medida después del alta hospitalaria, en un rango que va entre los 6 meses y hasta 2 años del mismo, es la de los trastornos afectivos: entre un tercio y 40% de los pacientes afectados (McKibben 2009; Taal, 1998, a y b; Thomb, 2006), la presentan. En segundo término, la tasa de prevalencia de TEPT en los pacientes, que podría oscilar entre 8% al 45%, según la revisión de Van Loey et al., (2013), que según los autores responde a la heterogeneidad de los instrumentos y la temporalización en su evaluación. En cuanto a los trastornos por ansiedad, presentan una prevalencia de 20%, según lo recogido por Van Loey y su equipo.

Por otra parte, no existe un acuerdo de los autores sobre las variables mediadoras para la aparición de la sintomatología afectiva, de TEPT y ansiosa: por una parte, las llamadas variables objetivables como la superficie corporal quemada (SCQ), la duración de la estancia hospitalaria (DEH) o el género femenino han aparecido como predictores de los trastornos psicológicos, pero también las variables subjetivas como la percepción de amenaza vital, las experiencias disociativas, los estilos de afrontamiento de tipo evitativo y rasgos de la personalidad, tales como el neurotismo y la baja extraversión, que afectan claramente el curso de adaptación psicológica después de una quemadura (Lawrence, 2003; Gilboa, 1999).

En cuanto a los trastornos afectivos que se diagnostican después del incidente, una revisión sobre los pacientes a un año del acontecimiento traumático (Hoogewerf, 2014), evidenció que entre un 4 a un 7% presentaban criterios para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (Dyster, 2008; Fauerbach, 2009).

Los consumos de sustancias también son un factor pre-accidente y post-accidente y determinan un peor pronóstico global (McKibben, 2009; Palmu, 2010).

El TEPT es la secuela psicológica de las quemaduras que más atención ha merecido y más debates ha generado, aunque como ya hemos visto no sea la secuela más frecuente.

Desde su reconocimiento como diagnóstico psicopatológico en el DSM-III, los criterios para identificar al TEPT han sido polémicos. La principal objeción ha sido a la propia definición y caracterización del concepto “acontecimiento traumático” (AT), que ha ido variando en las sucesivas ediciones de los manuales DSM. Esta definición es nuclear pues resulta esencial en el diagnóstico del trastorno, ya que el AT es la base etiológica del mismo.

En el DSM-III se inicia con su consideración como un suceso poco habitual y marcadamente angustiante “para todo el mundo”(ref DSM-III, 1984):

“Criterio A: existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo” (DSM III, p.236).

Posteriormente, las investigaciones empíricas dieron fundamento a otros cambios, esta vez centrados en la amplia diversidad de los AT y la dificultad en su homogeneización. Un ejemplo es que algunos AT son únicos y otros son permanentes, durante amplios períodos de tiempo. De allí el inicio de estudios que consideraran la especificidad de los AT como determinantes también de sintomatologías específicas del TEPT y otras no tan específicas como la depresión mayor, como explica Breslau (2000).

Esta variabilidad del concepto de AT, se incluye dentro de otras variables, tales como las características de la persona y de su contexto, que generan múltiples combinaciones y por tanto presenta dificultades al momento de generar acuerdos o consensos sobre conceptos unificados (Breslau, 2004; Brewin, 2003; Bryant, 2012).

Por lo tanto, el criterio A en el DSM-IV (1994) fue modificado de manera relevante puesto que determinaba que un evento es definido como traumático si: *(a) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados*

por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás; y (b) la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.(P 434) Desde el DSM-III-R publicado en 1987 y hasta el DSM-IV-TR (APA, 2002) se consideró el TEPT dentro de las categorías de los trastornos de ansiedad.

Actualmente el criterio A volvió a ser modificado en la última versión del DSM, el DSM 5 (APA, 2013), que ha quedado expresado como:

Criterio A: La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes formas:1) Experimentar uno mismo el acontecimiento.2) Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro.3) Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo.4) Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (p 271).

Sobre el grupo de sintomatología específica del trastorno del TEPT, los diversos expertos han aceptado la división en tres cohortes o grupos de síntomas: re-experimentación o intrusión, evitación e hiperactivación, llamados criterios B, C y D respectivamente. Estos han sido prácticamente los mismos en las cuatro versiones anteriores del DSM.

En la actual publicación del DSM-5 (APA, 2013), se incluye el diagnóstico de TEPT en un capítulo diferenciado sobre “Trauma y otros trastornos relacionados del estrés” y entre los cambios significativos en la nueva descripción, destacan la introducción de un cuarto grupo de síntomas. Este nuevo cohorte describe la sintomatología conductual, así como dos nuevos criterios, vinculados a la exacerbación de las alteraciones cognitivas y del humor asociado, que pueden iniciarse o exacerbarse después del acontecimiento traumático, como también la posibilidad de diferenciar la sintomatología de TEPT de las producidas por el consumo de sustancia o de otra condición médica.

En cuanto a los factores personales para el desarrollo de TEPT, una revisión sistemática reciente del grupo de DiGangi (2013), señalan después de analizar 54 estudios prospectivos publicados entre los años 1991 y el 2013, que no existirían factores determinantes, pero sí que indicarían riesgo. Entre los factores analizados, seis destacan por su prevalencia: las habilidades cognitivas del sujeto, el estilo de afrontamiento al estrés, la personalidad, la presencia de psicopatología previa al AT, factores psicofisiológicos y factores del entorno. A pesar de que tradicionalmente algunos de estos factores fueron señalados como consecuencia del AT, se ha podido identificar que son condiciones previas.

Autores como Wiseman (2013), en la revisión de publicaciones de estudios con diversos tipos de víctimas, opinan que los criterios DSM serían de difícil adaptación en la población con quemaduras. Señalan peculiaridades, tales como la existencia de las llamadas respuestas por estrés diferidas (Andreasen, 2004), identificada en población militar y civil, pero sin llegar a un consenso.

En una revisión sistemática posterior realizada por Andrews et al. (2007) sobre la literatura del llamado "DELAYED-onset PTSD" o respuestas diferidas del TEPT, los autores señalan que existe una discrepancia sobre el diagnóstico, ya que no han podido identificar estudios donde los diagnósticos sólo aparecieran posteriormente, en un tiempo después del AT, sino que serían una exacerbación de respuestas identificadas inicialmente, que luego se redujeron o casi extinguieron y que en diferentes plazos de tiempo posterior, resurgen de manera intensificada.

En cuanto a la categoría de TEPT parcial, otros autores encuentran una mayor prevalencia de sintomatología parcial o también llamada subsindrómica, con predominio de uno de los patrones patognomónicos del trastorno, entre los sobrevivientes de quemaduras. Para definir la categoría de TEPT parcial los expertos indican que los pacientes deben cumplir la expresión de por lo menos uno de los tres grupos de síntomas característicos del TEPT (Stein, 2012; Mylle, 2004).

Un estudio del grupo de Van Loey et al. (2008), con 80 pacientes sobrevivientes a accidentes por quemaduras, entre uno y 4 años post incidente, demostraron que existe una relación más significativa entre el estado emocional del sujeto, que en la atribución de responsabilidad en el suceso, para la mantención del diagnóstico.

En cuanto a los porcentajes, el TEPT presentaban una prevalencia de 8%, mientras que el diagnóstico de TEPT parcial era de 13%. Estos diagnósticos ya se consideraban crónicos, cumpliendo los criterios del DSM-IV-R. Este estudio y otros, como el de Shalev (2009) difieren de los estudios de autores americanos como el de Difede (2002, 1999), donde el diagnóstico es identificado en porcentajes más altos.

La categoría de TEPT parcial viene a señalar también la complejidad de las respuestas post-trauma y la necesidad de buscar co-variantes que puedan explicar sobre esta variabilidad en poblaciones afectadas por heridas.

Dyster et al (2008) estudiaron durante doce meses una muestra de 73 pacientes de la Unidad de Quemados de Uppsala. Identificaron que un 66% de los pacientes presentaban por lo menos un diagnóstico psiquiátrico previo y que a los 12 meses, aquellos que habían presentado trastornos de la esfera de la ansiedad y otra comorbilidad psiquiátrica, tenían más vulnerabilidad a desarrollar patologías de la esfera depresiva. Y que aquellos, cuyos antecedentes eran los trastornos afectivos, el consumo de sustancias y otra comorbilidad psiquiátrica, presentaban más posibilidades de desarrollar TEPT.

Un estudio anterior, el del Taal y Faber (1998 a y b), demostró en el seguimiento de 428 pacientes quemados hasta dos años del alta hospitalaria, que un 33% de esa población clínica, presentaba sintomatología de estrés traumático. Para estos autores, la interdependencia entre las circunstancias de las heridas y los tratamientos, son las determinantes para la prevalencia de la sintomatología, ya que los pacientes afectados presentaron limitaciones severas a nivel físico y emocional. A mayor severidad de la sintomatología post-trauma, mayor aislamiento social y más dificultades en la normalización de las actividades de la vida cotidiana.

En síntesis, los estudios sobre el TEPT en pacientes con quemaduras ha merecido una atención preponderante, especialmente a partir de su inclusión dentro de las categorías diagnósticas oficiales.

Las publicaciones divergen en cuanto a los porcentajes de afectados y también existen controversias sobre la aplicación de los criterios generales, que no responderían a la especificidad de esta población clínica, dónde se han identificado respuestas diferidas y también respuestas parciales.

Los resultados en los estudios europeos son consistentes entre sí, pero no en relación a los de Estados Unidos

2.2.2.- Las trayectorias psicológicas en los pacientes con quemaduras

El modelo de trayectorias post-trauma de Bonanno, como ya se ha expuesto anteriormente, se ha ido aplicando a diferentes poblaciones clínicas y naturalmente también a pacientes con quemaduras.

Uno de los trabajos, es del grupo de Mason et al.(2010), del hospital Johns Hopkins en Estados Unidos, quienes aplicaron modelos estadísticos, para identificar los perfiles y trayectorias de una muestra multicéntrica de 210 pacientes, todos ellos hombres, entre 17 y 60 años. Esta cohorte fue evaluada longitudinalmente en tres ocasiones a lo largo de dos años desde el ingreso hospitalario, con el BSI (Brief Symptoms Inventory): a los 6, 12 y 24 meses.

Detectaron cuatro trayectorias principales: un grupo con mayor gravedad (28%) de la sintomatología inicial y que se mantuvo estable a lo largo del tiempo; la segunda trayectoria correspondería a un grupo (19%) también estable, pero con valores no patológicos. El tercer grupo (24,1%) presentaron empeoramiento a lo largo del tiempo y el cuarto grupo (28,8%), aunque habían expresado valores clínicos significativos, a lo largo del tiempo se objetivó recuperación.

Como hallazgos significativos de este estudio, al analizar una serie de covariantes para las cuatro trayectorias, los autores señalan que alrededor de la mitad de los pacientes presentaban niveles de distrés clínico y subclínico a los dos años. Estos valores elevados se relacionaron con las condiciones étnicas (pacientes no caucásicos), pertenecer a grupos de edades más avanzadas y que la zona quemada fuera con zonas visibles.

Otro estudio es el publicado por el grupo de la Universidad de Uppsala, liderado por Sveen (2011). Este trabajo describe el análisis de 95 pacientes de Uppsala Burn Center, uno de los dos centros especializados en la atención de quemados de Suecia.

Basados en el modelo de Bonanno, se utilizó el IES-R como medida evaluadora en tres momentos de la evolución (3, 6 y 12 meses), durante el primer año post incidente.

También identificaron las cuatro trayectorias, donde el grupo llamado resiliente fue mayoritario (n=38), el de estrés crónico (n=17) y el de recuperación, n=10. En cuanto a la trayectoria de los de respuestas diferidas, se identificaron 30 pacientes, quienes a partir del 6º mes evidenciaron el empeoramiento. Este grupo tuvo un mayor tiempo de ingreso, mayor

gravedad en las heridas y un mayor número de pacientes con percepción de amenaza vital durante el acontecimiento.

Van Loey et al. (2012), del Servicio de Salud Holandés, realizó un estudio de trayectorias sobre sobrevivientes de dos episodios de incendios con múltiples víctimas. Aplicaron también modelos estadísticos longitudinales sobre la población total de 94 pacientes (61 quemados en el incendio de una Cafetería y 33 de un incendio industrial).

Como resultado de este trabajo, utilizando la medición del IES para la sintomatología de estrés traumático, se identificaron cuatro trayectorias principales: la llamada de bajo estrés o resiliente, era del 63% de la población; la segunda trayectoria llamada de trayectoria del estrés agudo (17,4%) mejoró a lo largo de los 6 primeros meses; la tercera trayectoria descrita como de estrés crónico (15%) y una minoría, la trayectoria de las respuestas diferidas (0,5%), que mostraron empeoramiento tardío.

Para los autores los principales resultados de este estudio es que apoya el concepto de la dificultad de encontrar un sólo factor predictor en la evolución de los pacientes: las trayectorias serían resultado de una combinación de múltiples factores, entre ellas la edad, el apoyo gubernamental y social, junta a las facilidades para acceder a los servicios de salud contribuirían a una mejor y más favorable evolución.

El modelo de las trayectorias, en su aplicación a población con quemaduras, es una perspectiva reciente que permite conocer la evolución de los pacientes y especialmente identificar a los que presentan vulnerabilidad a desarrollar psicopatología. De los tres estudios identificados con esta metodología, dos señalan un porcentaje elevado de pacientes con respuestas diferidas (Mason, 2010; Sveen, 2011), cercano a un tercio de la muestra; no así en el estudio de Van Loey. Como factor común, los tres trabajos coinciden en que el porcentaje mayoritario de los pacientes evaluados, presentan características de resiliencia como también de recuperación.

2.3.- Calidad de vida, cambios en la imagen corporal y el apoyo social en pacientes con quemaduras

El concepto de Calidad de Vida (CV), es un constructo que proviene de la definición del año 1946, actualmente en revisión, de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1994): «*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*» (Official Records of the World Health Organization, N°2, p.100). Por primera vez se definía la salud desde una perspectiva multidimensional. Y aunque la definición entró oficialmente en vigor en abril de 1948 y ha sido revisada en las últimas décadas, se realizó una actualización para los aspectos de la salud mental posteriormente (WHO, 2013): «*La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*» (Consultado en: www.who.int/features/qa/62/es).

Estas definiciones han orientado los estudios sobre CV, cuando consideran la valoración subjetiva como eje de su diseño a partir del nivel de satisfacción personal con el status de salud global, física y mental, cuando ambas dimensiones se influyen mutuamente.

El impacto de las quemaduras y de su recuperación sobre la CV, ha sido objeto de estudio desde hace bastantes años y ha producido una extensa literatura. Desde el inicio, aunque han predominado los trabajos centrados en la recuperación física, de forma gradual y cada vez más frecuentemente, se han incluido variables vinculadas a los aspectos psicológicos y sociales, que influyen sobre la CV autopercebida (Pallúa, 2003; Patterson, 2000).

No es de extrañar el interés del estudio de la CV en pacientes con quemaduras, ya que permite evaluar el impacto de la patología en sus dos vertientes, las cuales tienen consecuencias sobre la vida cotidiana del paciente y en los sistemas de salud. Esta evaluación es significativa para la aplicación de las medidas sanitarias y sociales que colaboren en los procesos de recuperación, en la aplicación eficaz y eficiente de los programas de seguimiento en patologías crónicas y para conseguir la reinserción social y laboral de los pacientes que han sufrido quemaduras.

El SF-36 (Short Form Health Survey, 36) es un instrumento válido para medir la recuperación de la CV en la población de pacientes con quemaduras tal y como ha demostrado el grupo de Edgar (2010). En ese estudio, con 280 pacientes, comparado con

otro instrumento como el BSHS (Burns Specific Health Scale), la aplicación del SF-36 sugiere más sensibilidad en la medición del cambio, especialmente en las áreas del rol físico, dolor, funcionamiento social y rol emocional. Por otra parte, el utilizar una escala ampliamente utilizada en otras condiciones médicas, facilita la comparación de datos.

También el estudio liderado por Fauerbach et al. (2005), estudiando a 162 pacientes, diferenciando entre tres sub-grupos de pacientes y aplicando el SF-36, demuestra que la recuperación en la CV a lo largo del primer año, depende de las características previas de los sujetos y de las dificultades evidenciadas en el ingreso. Los que evolucionaron mejor, fueron aquellos pacientes con una menor percepción de estrés intrahospitalario, mejor recuperación física y psicosocial y menor disrupción del rol social. La gravedad de las heridas influyó sobre la recuperación física, pero no sobre la psicosocial.

En cuanto a resultados específicos, un estudio realizado en cinco centros de Estados Unidos, coordinado por Miller (2012), realizado con un diseño longitudinal sobre 1587 pacientes, identificó que los pacientes con quemaduras reducen su CV en un 30% a corto plazo, pero a los 2 años del mismo se estabiliza y se reduce a un promedio de 11%, aunque a mayor SCQ, la CV se ve más afectada.

En esa revisión destacan varios aspectos: uno de ellos, es que las co-variables vinculadas a la satisfacción con las secuelas, es decir la dimensión física de la CV, estaría mediatizada por el ajuste a la nueva imagen corporal y a las llamadas “molestias físicas” y problemas funcionales: dolor crónico residual, prurito, presencia de queloides o cicatrices hipertróficas, inmovilidad o limitaciones para realizar actividades habituales.

Öster (2013), de la Universidad de Uppsala en Suecia, realizó un seguimiento de pacientes de las UEQ, verificando que se objetivaba una mejoría en el tiempo, sea en los aspectos físico/funcionales como emocionales.

El grupo de Koljonen et al. (2013), demostró lo contrario: que estudiados longitudinalmente a lo largo de dos años, 44 pacientes presentaron una peor autopercepción de la CV respecto de la población general (0,125 vs. 0,071, respectivamente). Estos valores se incrementaron a lo largo del tiempo, aunque ya sin presentar diferencias estadísticamente significativas, aspecto que los autores atribuyen a las mejorías funcionales a lo largo del tiempo. Al ser un artículo reciente, los autores lo comparan con los artículos previos, en cuanto que si se observa mejoría global funcional de los pacientes a lo largo del tiempo, pero destacan que en su muestra, no observaron diferencias entre los pacientes respecto

del porcentaje de la SCQ afectada: los pacientes con pequeñas quemaduras requirieron el mismo apoyo que los grandes quemados, para su recuperación a lo largo del tiempo.

Existen varios aspectos específicos que se han estudiado en relación con la CV de pacientes con quemaduras y algunos han destacado, recibiendo una atención especial.

Uno de ellos es la adaptación a la nueva imagen corporal, modificada por las quemaduras; otro aspecto, es la vuelta a la actividad laboral como así también la percepción del apoyo social recibido. (El Sherbiny, 2011; Dyster-Aas, 2007; Corry, 2006).

La adaptación a la nueva imagen corporal después de las quemaduras tiene una gran importancia para la CV. Las cicatrices son una fuente de estigmatización, donde se generan conductas de auto-rechazo y automarginación, frente a los cambios estéticos y funcionales. Por tanto considerar como el paciente ha integrado la nueva imagen corporal como la percepción del apoyo, del soporte que su red social más directa (familia, amigos, compañeros) le ofrece, para la reintegración social y la autovaloración de la CV (Lawrence, 2006; Thombs, 2008).

Un estudio reciente de Hoogewerf et al., (2014), donde se considera que la zona del rostro tiene una alta frecuencia dentro de las zonas afectadas por quemaduras, llegando hasta a un 60% del total de las personas con quemaduras, por ser una zona de alta exposición a las fuentes etiológicas de las heridas. Entre los resultados a destacar de su estudio con 132 pacientes adultos, se señala que a más gravedad en la autovaloración de las secuelas faciales, más psicopatología, especialmente de la esfera afectiva en pacientes que presentaban antecedentes psiquiátricos.

El grupo de Pallua et al. (2003) realizaron un estudio en Hannover, con 92 pacientes con quemaduras. Identificaron que la CV se veía afectada en pacientes con más de un 20% de SCQ y/o en zonas visibles (cara, manos), pues estos pacientes presentaban más dificultades para reintegrarse a las actividades previas al accidente. Los autores verifican que la estigmatización influye en la normalidad de las actividades, generándose una dinámica de perpetuar el auto-rechazo por parte de los pacientes y el rechazo social a su nueva imagen.

Sideli et al (2010) valoraron en Italia a 50 pacientes de una UEQ, evidenciando que la afectación de las quemaduras sobre zonas visibles, cabeza y manos, influía sobre la CV y evidenciaba más reacciones psicopatológicas, especialmente en la esfera afectiva. Para los

autores, la afectación de la imagen corporal influía en la CV y en el estado emocional de los pacientes quemados.

Entre todos los expertos sobre estudios de imagen corporal post-quemaduras, es Fauerbach con más de 70 publicaciones sobre aspectos vinculados a pacientes quemados (2010, 2007, 2006, 2003 2002, 2000, entre otros), un autor de referencia. Este experto y su equipo de investigadores y clínicos del Hospital Johns Hopkins, señalaron que las secuelas de las quemaduras: cicatrices, desfiguraciones, deformidades, pérdida funcional, llevan hacia cambios en la percepción de la propia imagen. No se trata sólo de las zonas o la superficie, sino en que cualquiera de las heridas implica un cambio relevante en la satisfacción con el cuerpo y por tanto, en la autoestima de los pacientes.

Un estudio de este grupo, del año 2000 (Patterson, 2000), evaluó a 86 pacientes con la escala SF-36, a dos meses del accidente. Para este grupo, los autores encontraron que el ajuste físico en la CV afecta a todos los pacientes por igual, pero aquellos que ya presentaban dificultades en la aceptación de su imagen corporal, presentaron un peor ajuste en la esfera emocional.

En el año 2006 se publicó un estudio del grupo de Lawrence (2006), donde se entrevistaron a 346 pacientes por vía postal. Como resultado relevante del estudio, se describe que para las personas con una alta valoración de su imagen, no existía una correlación con el tipo de herida. Por lo que deducen que en los aspectos clínicos, se verifica que la gravedad de la herida no era un predictor del mal ajuste psicosocial.

Respecto de la imagen corporal, este y otros estudios vienen señalando que las mujeres presentaron menos satisfacción que los hombres frente a las secuelas. En una publicación canadiense reciente, con aplicación de metodología cualitativa (Hunter, 2013), se entrevistaron a 10 pacientes con quemaduras de un año de evolución, utilizando una metodología cualitativa de análisis narrativo. Como resultado del mismo se objetivó que en ese momento destacaba una ambivalencia frente a las secuelas. No presentaban psicopatología activa, pero si señalaban las dificultades para procesar los cambios, especialmente el estrés que implicaba adaptarse a los cambios en cuanto a la expectativa social/cultural sobre los mismos.

En la misma línea de diferencias entre hombres y mujeres a la adaptación a la nueva imagen corporal, de las varias publicaciones del grupo de Fauerbach, del 2008, esta vez un estudio liderado por Thombs (2008), se valoró el curso de la insatisfacción con la imagen

corporal a lo largo de un año, en relación con la CV también medida con el SF-36. El punto de partida fue verificar que las mujeres y las personas con más secuelas eran las más afectadas, medidas de forma longitudinal a lo largo de 12 meses. Del total de 79 pacientes evaluados, se observó que las trayectorias dependían del valor de la satisfacción con la imagen corporal, como valor predictor. A mayor insatisfacción inicial, peor evolución, especialmente a los seis meses del acontecimiento con una tendencia a mejorar hacia el año. Para los autores, la definición del grupo de más riesgo a desarrollar una baja CV post-quemadura, depende del género, específicamente el femenino, la superficie quemada y el ajuste psicosocial previo.

En el caso de los aspectos sociales de la CV de las personas con quemaduras se ha destacado el apoyo social (*social support* en inglés). Este constructo fue definido inicialmente por Cobb (1976), como la información que lleve al sujeto a creer que él es cuidado, amado y apreciado y se percibe como un miembro de una red de obligaciones mutuas. Y sus interrelaciones con la vuelta al trabajo, aspecto crucial para el mantenimiento de la CV de los pacientes con quemaduras, según lo que se expondrá a continuación.

Dyster et al. (2007), estudiaron una población de 48 pacientes con quemaduras que estaban activos laboralmente previamente al accidente y como medida de adaptación exitosa después de los tratamientos médicos, valoraron el regreso al lugar de trabajo. Los autores detectaron que aquellos pacientes que se reincorporaron a la vida laboral, presentaban mejores indicadores de CV. El 38% de los entrevistados, que no trabajan a casi 4 años del incidente, presentaban más psicopatología, especialmente de la esfera del estrés traumático.

De este mismo grupo de la Universidad de Uppsala, en Suecia, Low (2012), encuentra que los pacientes que presentaron antecedentes de psicopatología previa al accidente por quemaduras, presentaron una autovaloración de baja CV, a un año del ingreso hospitalario, también por las dificultades de reinserción social.

Otros tres trabajos del grupo mencionado, Öster et al (2013; 2011; 2011), reflejan los resultados de un grupo de pacientes estudiados longitudinalmente, hasta siete años desde el incidente. Para los autores, los factores identificados al año: la duración del ingreso, la presencia de algún diagnóstico psiquiátrico previo, la presencia de depresión mayor y TEPT al año, predicen una baja CV en el aspecto del afecto y de las relaciones interpersonales. Mientras que la muestra global de pacientes, mejoraba significativamente a partir de los dos años, los anteriormente descritos continuaban con afectación y déficits, a lo largo del

tiempo. Muy especialmente los autores señalaron que el apoyo social, específicamente de la familia y la propia actitud frente a la nueva condición física, era un facilitador para la inserción social.

Los aspectos sociales y la adaptación a la imagen corporal se influyen, mutuamente, como han indicado Corry et al. (2009), quien describe que la implicación social y la percepción de apoyo social es la variable que modifica el ajuste psicosocial de los pacientes, con más significación que la gravedad de la herida y el tiempo desde el incidente que produjo la herida. En la misma revisión, las autoras señalan que las alteraciones en la imagen corporal de los pacientes con quemaduras modifica la interacción social, evidenciando como población clínica, importantes dificultades en la incorporación laboral y las relaciones sociales. Estas personas presentan elevados niveles de ansiedad social, por lo que acaban evitando gran parte de los contactos sociales.

En síntesis, a través de los resultados obtenidos en los diversos trabajos, se puede afirmar que la CV de los pacientes con quemaduras, es una interrelación entre factores personales, por ejemplo el sexo y los factores sociales, que facilitan la integración comunitaria. La adaptación a los cambios en la imagen corporal sería el resultado por el que puede evaluarse el ajuste psicosocial, a través de la percepción de apoyo social y del funcionamiento social, especialmente en lo que respecta a la integración a las actividades previas al AT.

II.- Estudio Empírico

3.-Objetivos

El objetivo de este trabajo fue realizar un seguimiento de la evolución clínica de los pacientes ingresados en una Unidad Especializada de Quemados (UEQ) del Hospital Universitario Vall d'Hebron, de Barcelona. Esta Unidad es de referencia para Cataluña, las Islas Baleares y el Principado de Andorra y cubre la atención potencial de unos ocho millones y medio de personas.

En concreto se pretendió comprobar si se podrían identificar distintas trayectorias en la evolución psicológica de los pacientes, así como también identificar los cambios en la calidad de vida y el papel que juega la adaptación a la imagen corporal y el apoyo social en esta evolución.

Este es un estudio prospectivo y longitudinal, sobre la evolución clínica a dos años del acontecimiento potencialmente traumático y del ingreso hospitalario de un grupo de pacientes con quemaduras. La muestra pertenece a los pacientes de la UEQ del Hospital Universitario Vall d'Hebron, de la ciudad de Barcelona, que fueron admitidos al centro sanitario, desde abril del 2009 hasta mayo del 2011.

Para el presente estudio, los pacientes fueron evaluados desde el ingreso hospitalario, en siete ocasiones, a lo largo de dos años desde el ingreso.

En la actualidad, se dispone de datos epidemiológicos sobre los accidentes por quemaduras en España (Barret, 1999; EBA, 2013; WHO, 2014), pero no existe ningún estudio epidemiológico sobre la salud mental de esta población clínica.

En otros países de la Comunidad Europea (Brusselaers, 2010; EBA, 2013) se han realizado estudios sobre este tema, pero el estudio que aquí se presenta tiene características específicas que no presentaron los anteriores estudios, puesto que se trata de un estudio naturalístico longitudinal de la misma muestra, con un seguimiento a lo largo del tiempo de las variables psicológicas.

El **objetivo general del estudio**, fue conocer las necesidades clínicas de las personas con quemaduras, para que identificadas de forma precoz, se pueda actuar de forma preventiva y eficaz.

Los **objetivos específicos** fueron:

1-Evaluar las trayectorias de los pacientes, desde el acontecimiento traumático y a dos años del mismo, identificando que pacientes presentan las cuatro modalidades postuladas por el modelo de George A. Bonanno

2-Comprobar si la adaptación a la imagen corporal y el apoyo social, influyen sobre la calidad de vida de la persona con quemaduras

Para la realización de este estudio, la autora declara que no presenta ningún conflicto de intereses.

4.- Método

4.1.- Muestra

La muestra definitiva fue de **177** pacientes, 128 de los mismos fueron hombres y 49 mujeres.

Para configurar esta muestra se consideraron candidatos todos los pacientes ingresados en la UEQ del Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona), desde el mes de abril 2009 hasta mayo 2011 y que fueron un total de 489. Como se puede observar en la figura 3, al aplicarse los criterios de inclusión, se limitaron a los 177 estudiados.

Los Criterios de inclusión iniciales del presente estudio fueron:

- Edad: igual/mayor de 18 años e igual/menor de 75 años
- Ingreso por heridas por quemaduras
- Valor del MEC > 23, sin patología psiquiátrica o neurocognitiva invalidante
- Capacidad para comprender la lengua catalana o castellana
- Ingreso de ≥ 24 horas
- No presentar otra patología médica que limite la realización de la entrevista
- Haber cumplimentado y aprobado el Consentimiento Informado para participar del estudio

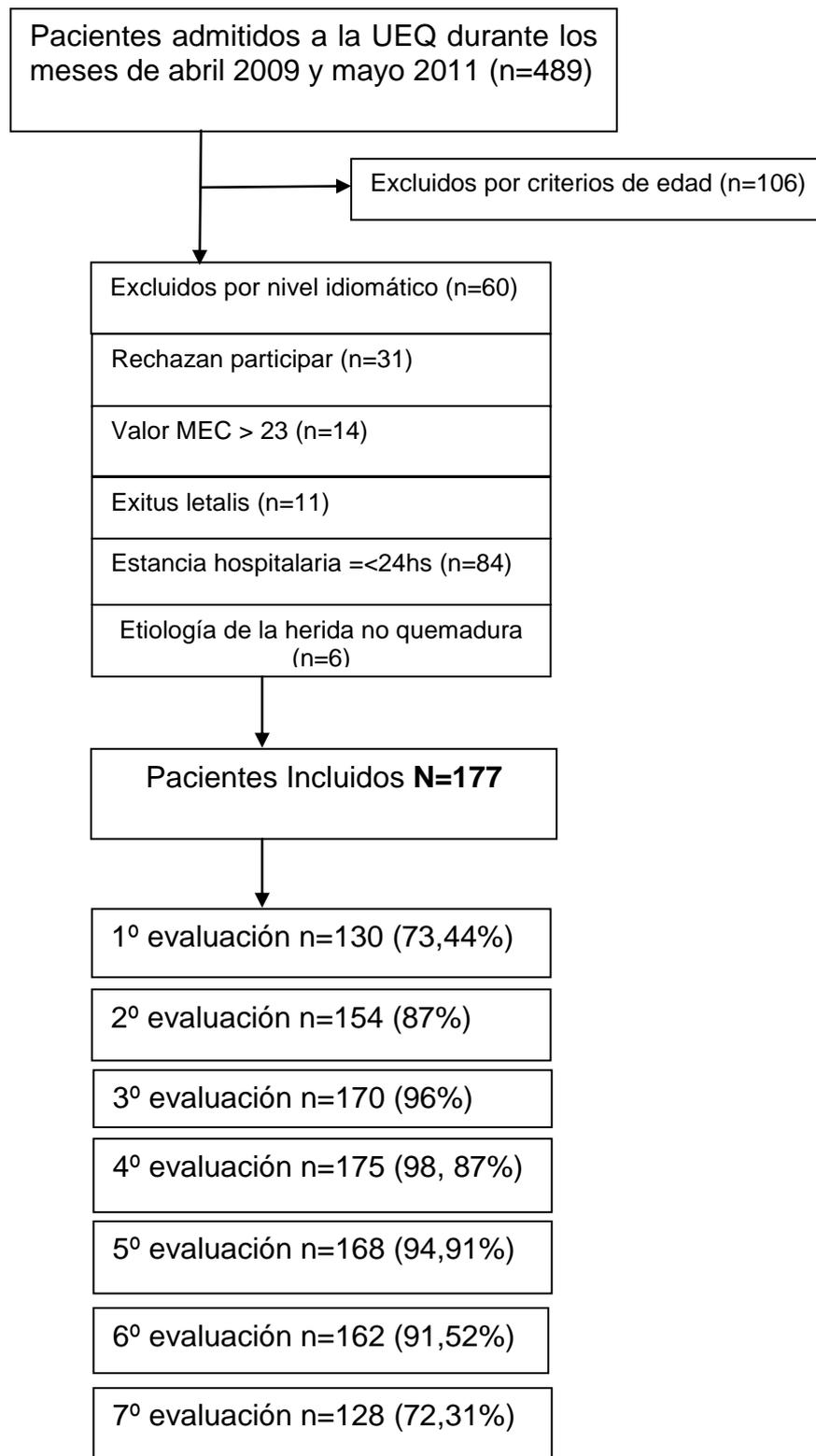


Figura 3: Diagrama de flujo de la muestra estudiada

4.2.- Procedimiento

La evaluación de los pacientes incluidos en el grupo de estudio, se realizó longitudinalmente en siete ocasiones: la primera inmediatamente al ingreso y durante la primera semana de ingreso; durante el primer mes, en tres ocasiones: a los 14, 21 y 30 días del ingreso; a los 90 días, se efectuó la 5ª evaluación; a los 6 meses del incidente la 6ª y finalmente, la 7ª, a partir de los dos años del incidente. El promedio de tiempo en esta séptima evaluación fue de 30 meses, a partir del ingreso hospitalario.

Por tratarse de un estudio prospectivo, el número de pacientes que fueron evaluados, ha ido fluctuando a lo largo del tiempo. En la figura 3, se describe el número correspondiente a cada momento de la evaluación.

A partir de los dos años del incidente traumático, a 49 de los pacientes no se les pudo realizar el seguimiento:

1, rechazó participar; 1, fue exitus letalis; 2, presentaron problemas cognitivos (MEC<23) por patología orgánica; 2, estaban en prisión; 2, ingresados en centros psiquiátricos; 41 no pudieron ser localizados, por ya vivir fuera del país o por problemas con el número telefónico. Por lo que en la séptima evaluación, se valoraron 128 pacientes.

Dada las características de la población estudiada, las tres entrevistas iniciales fueron realizadas de forma presencial en la UEQ, pero por la dispersión geográfica y situación personal de los pacientes incluidos, a partir de la cuarta valoración y hasta la séptima, las entrevistas se realizaron telefónicamente.

En la evaluación de los pacientes de la muestra, se siguieron varios pasos consecutivos: Inicialmente se recogieron de la Historia Clínica, los datos sobre el incidente, las características de las heridas y las condiciones médicas iniciales. Posteriormente se realizó una entrevista estructurada, para recabar información sobre la situación actual y pasada del sujeto.

Acabada esta fase, se administraban los cuestionarios, según el protocolo definido.

La entrevista estructurada para recoger información socio-demográfica, de antecedentes personales y familiares, como también con ítems vinculados a la percepción del ajuste social y a los cambios físicos, se puede visualizar en el final de este trabajo. (Ver protocolo en Anexo).

En el caso que los pacientes fueron entrevistados en el ingreso hospitalario, éstos podían realizar por si mismos la cumplimentación de los cuestionarios o con el soporte del entrevistador, si las heridas limitaban su motricidad.

Información recogida en el Protocolo del Estudio:

-Historia Clínica:

-Datos sobre el accidente y la herida: lugar del accidente, número de afectados, zonas afectadas, superficie total quemadura, profundidad de las heridas

Primera entrevista:

-Datos personales: género, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, tipo de vivienda, nivel de estudios, actividad profesional

-Antecedentes personales y familiares: datos sobre antecedentes médicos y psiquiátricos/psicológicos, del paciente y de su entorno familiar

-Datos sobre consecuencias del acontecimiento sobre la persona y sus recursos materiales

Entrevistas de Seguimiento (30 días, 90 días, 6 meses)

-Cambios en los datos socio-demográficos después de la última valoración

-situación psiquiátrica (incluye consumo de tóxicos) y médicos, desde la última valoración hasta el momento actual (incluye medición del dolor)

-Tratamientos médicos y psiquiátricos/psicológicos realizados en este tiempo

-Características de la herida y la evolución médica

-Impacto de las secuelas en la vida cotidiana: afectación estética y funcional

Entrevista a los dos años:

-Cambios en los datos socio-demográficos después de la última valoración

-Antecedentes psiquiátricos (incluye consumo de tóxicos) y médicos, desde los 6 meses del alta hospitalaria hasta el momento actual

-Tratamientos médicos y psiquiátricos/psicológicos realizados después de los 6 meses del alta hospitalaria.

-Características de la herida y la evolución médica en los dos últimos años.

-Impacto de las secuelas en la vida cotidiana: afectación estética y funcional, como también los cambios en la situación social, económica y laboral.

-Identificar nuevas situaciones personales, potencialmente traumáticas: pérdidas, accidentes, abusos, agresiones, otros accidentes

En la tabla siguiente (Tabla 2), se resumen los cuestionarios e inventarios aplicados para este estudio, según el momento del seguimiento:

Tabla 2: Cuestionarios y temporalización para este estudio

	inicial	14 días	21 días	30 días	90 días	6 meses	2 años
MEC (<23,exclusión)							
Protocolo recogida de datos + entrevista							
ZKPQ							
COPE							
PRIME-MD							
MINI							
BDI							
STAI							
IES-R							
DTS							
PANAS							
PTGI							
SF-36							

4.2.1.- Variables estudiadas y cuestionarios

En cuanto a los cuestionarios e inventarios, se administraron los siguientes Instrumentos:

- **BDI, (Beck Depresión Inventory)**, A. Beck, 1963; versión española Conde, 1975.
- **CAPS, Escala para el TEPT Administrada por el Clínico** (*Clinician Administered PTSD Scale, CAPS*); Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney, y Keane, 1990, entrevista estructurada para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático, Versión española González et al., 2000
- **COPE, (Coping Strategies), cuestionario de Estilos de Afrontamiento**, Carvet et al, 1989. Validada al español por Crespo et al, 1997.
- **DTS, (Davidson Traumatic Scale (DTS))**, Davidson et al, 1997, Validada al español por Bobes et al, 2000
- **IES-R, (Impact of Event Scale –Revised)**, Weiss y Marmar, 1996, adaptación española de Costa y De Gracias (2004).
- **MEC, (Mini Examen cognoscitivo)**, Folstein et al, 1975. Validado al Español por Lobo et al, 2002
- **MINI, (Mini International Neuropsychiatric Interview, versión 5.0.0)**, D.Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan 1997, versión española Ferraando, Bobes et al, 2000.
- **PANAS, (Positive and Negative Affects Scale)**, Watson, D.; Clark, L. A.; Tellegen, A, 1988, versión española Bonifacio Sandín et al, 1999
- **PTGI, (Posttraumátic Growth Inventory)**, Inventario de Crecimiento Postraumático, Tedeschi y Calhoun, 1999, versión española de Weis, 2006
- **PRIME-MD, (Primary Care Evaluation of Mental Disorder)** de Spitzer et al. en su versión española validada por Baca et al. 1999
- **SF-36, (Short-Form sobre el Estado de Salud-36)**, Cuestionario de Calidad de Vida relacionado con Salud, Ware, 1992. Versión española Alonso et al, 1995
- **STAI R/E, (State-Trait-Anxiety Inventory)** de Spielberg et al. (1970) en su versión española realizada por TEA, 1988.
- **ZKPQ, (Zuckerman Personality Questionnaire)** Zuckerman, Kuhlman y Camac, 1988, versión española 2004, validada por Gomà et al.

Estrés Postraumático y síntomas del TEPT

Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (CAPS)

La Clinician Administered PTSD Scale, CAPS; fue diseñada por Blake et al, (1995, 1990), después de la publicación del DSM-III-R, con el objetivo de ser el instrumento que facilitara la valoración de la presencia o no de la sintomatología de Estrés postraumático y de su duración, incluso en el momento actual y a lo largo de la vida. Se trata de una entrevista estructurada y heteroaplicada, que consta de 30 ítems que evalúan los diecisiete criterios del TEPT, actualmente adaptada a los criterios del DSM-IV, evaluados en intensidad y en frecuencia. Incluye además otros cinco ítems, que son síntomas asociados: culpabilidad (por actuar o por omisión, por haber sobrevivido) y vinculados a la disociación (desrealización, despersonalización y reducción del nivel de conciencia en el momento del acontecimiento).

Ha sido validada al idioma español, por el grupo del Julio Bobes (2000) y encuentran un valor de fiabilidad de 0,92 en la aplicación de la entrevista en muestra clínica y no clínica.

Impact of Event Scale – Revised (IES-R),

El Impact of Event Scale (IES) es una escala autoadministrada, diseñada por Weiss y Marmar, (1996) y cuya adaptación española fue realizada por Gracia y Costa, (2002).

Está considerada como la más antigua y probablemente la más utilizada y más ampliamente validada en diversos idiomas. Mide la respuesta a eventos vitales estresantes mediante una escala autoinformada que evalúa la gravedad de los síntomas prototípicos del TEPT y fue desarrollada por los Drs. Horowitz, Wilner y Alvarez (1979), previa incluso a la inclusión del diagnóstico en el CIE y en el DSM. Originalmente incluía sólo la subescala de intrusión y la de evitación. Posteriormente, Weiss y Marmar (1996) revisaron el IES y desarrollaron el Impact of Event Scale-Revised (IES-R) siguiendo los criterios diagnósticos de estrés postraumático que presenta el DSM-IV. Esta versión revisada consta de 22 ítems, 15 de los cuales formaban parte del IES original (7 ítems evaluaban los síntomas de intrusión y 8 los de evitación.) En la versión actual, los autores incluyeron otros 7 ítems: 6 para síntomas de activación, como el enojo y la irritabilidad, la respuesta de sobresalto exagerada, la dificultad para concentrarse y la hipervigilancia. El séptimo ítem describe un síntoma de intrusión, que se produce cuando la persona reexperimenta la situación como si fuese real. Los 22 ítems completan la información que recoge el criterio de TEPT del DSM-

IV-R. El paciente responde cada ítem en una escala de Likert, de entre 0=nunca a 4=casi siempre.

La escala Impact of Event Scale-Revised (IES-R) ha sido validada para la lengua española y catalana por el grupo del Costa (2004), obteniendo como resultados una fiabilidad interna alfa de .95.

Davidson Traumatic Scale (DTS),

La escala de Trauma de Davidson, diseñada por Davidson et al, (1997), es autoaplicada y sirve para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT (Davidson, 1997) los referentes a intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento, aislamiento e hiperactivación se valoran por presencia o ausencia de los mismos. Consta de 17 ítems y los valores de frecuencia y gravedad, se señalan en una escala tipo Likert, con valores entre 0 (nunca/nada) a 4 (cada día/gravedad extrema). La referencia temporal, es en relación a lo percibido en la semana anterior.

Fue validada al español por el grupo de trabajo de Julio Bobes en el año, 2000. En cuanto a las propiedades psicométricas, la fiabilidad del DTS en la validación española es de alfa de Cronbach de 0,9.

Ansiedad

State-Trait-Anxiety Inventory (STAI R/E)

El Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo, de Spielberg et al. (1970), fue diseñado para evaluar dos conceptos diferenciados dentro del espectro de la ansiedad: los vinculados a la ansiedad como rasgo, es decir la propensión ansiosa relativamente estable y los vinculados a la ansiedad como estado o respuesta contextual, es decir variable. Se compone de 40 ítems, 20 de ansiedad rasgos y 20 de estado, que son autovalorados por el sujeto en una escala Likert de 0 a 3, siendo 0=nunca a 3=siempre.

La versión española utilizada es la que fue realizada por TEA ediciones (Buela-Casal, A 1988).

Depresión

Beck Depresión Inventory (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1963), tiene un uso extenso en el campo de la Salud Mental y fue diseñado por el psicólogo que también promovió la Terapia cognitiva de la depresión, Aaron Beck. Inicialmente presentaba 42 ítems, pero en la actualidad se utiliza ampliamente la versión de 21 y de 13 ítems, respectivamente. El inventario busca evaluar los síntomas clínicos de melancolía y de pensamientos intrusivos. Es menos incisiva en los aspectos de ansiedad y de inhibición motora del trastorno. El paciente valora entre el valor 0=síntoma no presente a 3=síntoma habitualmente presente.

Para valorar sus resultados, en la versión de 21 ítems, se utilizan las puntuaciones medias. La versión española de este inventario la realizó el grupo de Conde, en el año 1975 (Conde, 1975). Posteriormente, Vazquez et al., realizaron una actualización del mismo (Vazquez et al, 1999).

Afrontamiento

Coping Strategies (COPE)

El cuestionario COPE (Coping Strategies) es una Escala multidimensional para evaluar los estilos de afrontamiento, diseñada por el Grupo de Carver et al (Carver, 1989). Consta de 60 ítems que expresan conductas que el sujeto pone en marcha para hacer frente a una situación estresante y se considera multidimensional pues los evalúa en sus aspectos cognitivos y conductuales. Las personas responden a los ítems bajo una escala de Likert de 4 valores.

Según los autores, el análisis factorial permite obtener 15 factores iniciales de primer orden y seis, de segundo. Estos seis factores corresponden a las cinco maneras básicas o modalidades de hacer frente a los estresores: Afrontamiento Conductual del problema (centradas en la búsqueda de soluciones, la planificación de acciones y la puesta en marcha de estas); Afrontamiento Cognitivo del problema (aceptación de la situación, reinterpretación positiva, uso del humor); Fuga Cognitiva (uso de pensamientos alternativos, desconexión atencional); Fuga Conductual (conductas de evitación, uso de distractores); Afrontamiento centrado en las Emociones (comunicación sobre el malestar); Consumo de sustancias (evitación conductual y emocional de la fuente de sufrimiento).

Fue adaptada por Crespo y Cruzado, (Crespo, 1997) y presenta una consistencia interna y fiabilidad test-retest variable en función de las subescalas, entre 0,42 y 0,89, en promedio de 0,69.

Emociones y Crecimiento Post-traumático

Growth Posttraumatic Inventory (GPTI)

El Inventario de Crecimiento Post-traumático, (Tedeschi y Calhoun, 1999); versión española de Weis, 2006., fue diseñado incluyendo cinco dimensiones o factores: Relación con los otros, Nuevas posibilidades, Fortaleza Personal, Cambio Espiritual y Aprecio por la vida.

El inventario consta de 21 ítems que evalúan el grado de los cambios positivos percibidos por el individuo, después de un evento adverso y/o traumático, a través de una escala de Likert, entre 0= ningún cambio, a 5= el mayor cambio.

Los valores de fiabilidad, consistencia interna del inventario presentan un valor de alfa = 0,90, la confianza test-retest $r = 0,71$ y el coeficiente de las subescalas varía entre 0,67 y 0,85.

La validación a lengua española la realizó el grupo de Weiss (2006) y en nuestro medio su adaptación fue realizada por Vazquez et al, en el año 2008.

Emociones positivas y negativas

Positive and Negative Affects Scale (PANAS)

La escala PANAS fue diseñada por el grupo de Watson (1988) y la versión española, fue realizada por Bonifacio Sandín et al, (1999)

Ha demostrado ser una medida válida y fiable para evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo, en población clínica y normal, en población adulta y jóvenes. El cuestionario tiene valores alphas de 0.86 a 0.90 para el afecto positivo y de 0.84 a 0.87 para el afecto negativo. La correlación entre ambos es invariablemente baja, en rangos de -0.12 a -0.23, lo que refuerza la idea de que son ámbitos independientes del bienestar afectivo. (Watson, 1988).

La versión de la Escala incluye 20 ítems, diez para cada uno de los afectos o emociones, que son valoradas en una escala de Likert y resulta sencilla y breve su cumplimentación

Calidad de Vida

Cuestionario sobre el Estado de Salud (Short Form, SF-36)

El Cuestionario de Calidad de Vida relacionado con Salud (Ware, 1992), se utiliza para evaluar la autopercepción del nivel de calidad de vida, relacionado con la salud en una doble dimensión, física y mental. Fue construida por el grupo de Ware, en 1992. Consta de 36 ítems, subdivididos en 8 sub-escalas: Funcionamiento Físico (la salud y sus limitaciones para realizar actividades físicas básicas), Rol Físico (la salud y el funcionamiento ocupacional), Dolor (el nivel de dolor y su interferencia en la vida de la persona), Salud General (percepción de la salud y las creencias sobre ella), Vitalidad (nivel de fatiga/energía), Rol emocional (percepción de los problemas emocionales y su influencia en la actividad), Salud Mental (valora el estado de ánimo del paciente en el último mes). Los ítems se valoran en escalas tipo Likert, desde 2 hasta 6 y el marco temporal es el momento actual o se especifica.

La versión española fue realizada por el grupo de Alonso et al., en el año 1995.

Evaluación psicopatológica

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI versión 5.0.0)

El MINI fue diseñada por Sheehan et al (1997) y la versión en español fue realizada por Ferrando et al, (2000). Es una entrevista de detección y orientación diagnóstica, de tipo estructurada y breve (alrededor de 15 minutos).

Explora e identifica los diagnósticos según el eje I del DSM-IV como trastornos por ansiedad, trastornos afectivos, abuso de sustancias, entre otros, siguiendo los criterios DSM y CIE, también. Se subdivide en módulos, para cada categoría diagnóstica. En la última década se viene aplicando en diversos grupos culturales y clínicos, mostrando validez y fiabilidad, respecto de los diagnósticos clínicos. Los estudios de los autores de la entrevista, indicaron unas concordancias con el SCID I, de validez kappa superiores a 0,50 en los diversos diagnósticos.

Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME – MD)

La entrevista PRIME-MD fue desarrollada por un grupo de investigadores de la Universidad de Columbia, Nueva York, liderados por Robert Spitzer, en 1994. El objetivo fue diseñar una entrevista operativa para diagnosticar de forma rápida y precisa los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en la atención primaria: trastornos del humor, trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, de la conducta alimentaria y trastorno por consumo de alcohol. Consta de dos secciones: el Cuestionario del Paciente y la Guía de Evaluación Clínica, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

La versión española la realizó el grupo de Baca Baldomero et al., en 1998.

Evaluación cognitiva

Mini Examen Cognoscitivo, (MEC)

Este instrumento de evaluación, fue diseñado por Folstein et al., (1975) y validado al Español por Lobo et al., (2002).

Es un instrumento de cribado para la valoración del estado cognitivo del paciente. Permite valorar el deterioro cognitivo y la gravedad, además de poder realizar revaluaciones para evaluar los cambios a lo largo del tiempo. Explora áreas cognitivas como la orientación temporo-espacial, la memoria inmediata y la diferida, el cálculo y la atención, lenguaje y praxis. Es de tipo heteroaplicado y de aplicación breve. Respecto de los resultados, el valor de igual o menor a 23 es indicativo de deterioro.

En cuanto a los valores de fiabilidad, en el estudio de Lobo, se ha demostrado que valores en pacientes médicos ($r=0,86$) y en pacientes psiquiátricos ($r= 0,87$).

Cuestionario de personalidad

Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ)

Este cuestionario de personalidad fue desarrollado por Zuckerman en 1993, para medir las dimensiones que constituyen el Modelo de los Cinco Factores Alternativos, que surgen de una serie de análisis factoriales que miden las llamadas dimensiones básicas de la personalidad. Este modelo teórico fue desarrollado sobre el modelo de Eysenck y Zuckerman. Destaca que las bases de los modelos psico-biológicos ofrecen importantes aportaciones neurobiológicas y genéticas para llegar a una mejor comprensión de la personalidad, en cuanto a sus orígenes biológicos y causales.

Desde su primera publicación en 1993, el ZKPQ ha demostrado una buena fiabilidad interna, Índice de fiabilidad alfa =0,76.

Consta de 99 ítems que miden cinco dimensiones básicas de la personalidad:

Neuroticismo, Ansiedad, Actividad, Sociabilidad, Impulsividad, Búsqueda de sensaciones y Agresividad/Hostilidad.

Incorpora una escala adicional de Infrecuencia, que detecta las respuestas no bien respondidas. Fue validado para lengua castellana y catalana por el grupo de Gomà et al., (2004).

4.2.2.- Análisis de los datos

Para el análisis descriptivo de las variables, se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas descriptivas:

- Variable cuantitativa: media, mediana, desviación estándar, mínimo y máximo
- Variable cualitativa: tablas de contingencia

Para validar el modelo de Bonanno (2004) sobre las trayectorias después de un acontecimiento potencialmente traumático, se excluyeron a los pacientes que no pudieron ser evaluados a los 30 días ni a los dos años por lo que fueron incluidos en el análisis de las trayectorias a 126 pacientes de la muestra original de 177. De estos 126 se excluyeron 6 pacientes, cuyos resultados no permitieron incorporarlos a ninguna de las cuatro trayectorias definidas. La muestra quedó en 120 pacientes.

La modelización se realizó a partir de la puntuación en la escala DTS, puesto que previamente se realizó un análisis de la relación lineal entre las puntuaciones de cuestionario y el IES-R que demostró que ambos están relacionados linealmente. Dado que el DTS presentaba menos valores perdidos (missing) en la base de datos, se adoptó el DTS como medida base para las trayectorias.

Para definir a los cuatro grupos o trayectorias, se determinó inicialmente el valor de corte del DTS=>27, que define el valor en el cual la sintomatología de Estrés Postraumático es significativa para esta población. Aunque el valor de corte usual para la Escala de Davidson es de =>40 puntos DTS total, para baremos norteamericanos, en el grupo de pacientes con quemaduras de este estudio, escasos pacientes cumplen este criterio exigido. Para definir el valor en este cohort, se utilizó el valor definido en un estudio previo (Fidel Kinori, SG et al.,n.d., 2012).

En la Tabla 3, se presentan los valores descriptivos de la diferencia en la puntuación del DTS total a los 2 años y a los 30 días. La puntuación del cuartil inferior fue de= -13 y el del cuartil superior =11.

Tabla 3: valores obtenidos de las diferencias en el DTS a los 2 años y a los 30 días

DTS total 2 años - DTS total 30 días								
N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	cuartil inferior	cuartil superior	Nº Miss
126	1.317	2.000	25.549	-74.000	86.000	-13.000	11.000	51

A partir de estos valores, se describieron los criterios para las cuatro trayectorias, según sus características a lo largo del tiempo: RESILIENCE (resilientes), CHRONIC (crónicos), DELAYED (con respuesta psicopatológica diferida) y RECOVERY (recuperación). Se decidió no traducir los conceptos originales, que por una parte son comprensibles en lengua española y por otra, el concepto de DELAYED no tiene una acepción única (ej. Diferidas, postergadas, etc.). En la siguiente tabla (Tabla 4), se muestran los criterios definidos para cada trayectoria, considerando los valores de corte y los cuartiles.

Tabla 4: Criterios para definir las cuatro trayectorias, en función de los valores máximos y mínimos del DTS total

seguimiento	RESILIENCE	CHRONIC	DELAYED	RECOVERY
30 días	≤ 27	> 27	≤ 27	> 27
2 años	≤ 27	> 27	> 27	≤ 27
Diferencia cuartiles	Entre -13 y 11	ninguna	≥ 11	≤ -13

Para la inferencia estadística de los resultados obtenidos, se realizaron las siguientes pruebas:

- Para analizar la relación entre una variable cualitativa y el grupo: prueba chi-cuadrado o prueba de razón de verosimilitudes, según el caso
- Para analizar la relación entre una variable cuantitativa y el grupo:
 - Prueba de normalidad: se realizó en primer lugar la prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar si la variable cuantitativa seguía una distribución Normal, en cada uno de los grupos
 - En el caso en que la variable siguió una distribución Normal, se realizó la prueba ANOVA, en que se compararon las medias de cada grupo de la variable a analizar

- En el caso en que la variable no siguió una distribución Normal, se realizó la prueba de Kruskal Wallis, en que se comparan las medias de cada grupo de la variable analizar
- En el caso en que alguna de las pruebas anteriores resultó estadísticamente significativa, se realizaron comparaciones 2 a 2, para determinar entre que grupos hay diferencias, aplicando la corrección de Tukey por multiplicidad de contrastes.
- Para analizar la relación entre una variable cuantitativa y varias variables conjuntamente, se usaron análisis de regresión múltiple.

El valor de significación estadística se señaló en el 5% ($p < 0,05$).

La base de datos y el análisis descriptivo de la muestra se realizó con el programa estadístico SPSS versión 20.00. El análisis de las trayectorias se ha realizado con el software SAS v9.2, (Statistical Analysis Software), SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.

5. – Resultados

5.1.- Descripción de la muestra

Datos socio-demográficos

En el estudio fueron evaluados finalmente 177 sujetos, de los cuales 128 personas corresponden al **sexo** masculino (72,3%) y el restante 27,7%, son mujeres (N=49) (ver figura 4).

Respecto de la **edad**, la población incluida se sitúa entre los 18 y 75 años. La edad media al ingreso fue de 39,7 (DT= 13, 805). En cuanto a las diferencias por género, los hombres presentaron una media de 39,68 años, con una mediana de 37 (DT= 13,77). Las mujeres tuvieron una media ligeramente superior (44,96 años), con un mínimo de 22 años y el máximo de 75. La mediana es de 44,50 (DT= 14,700).

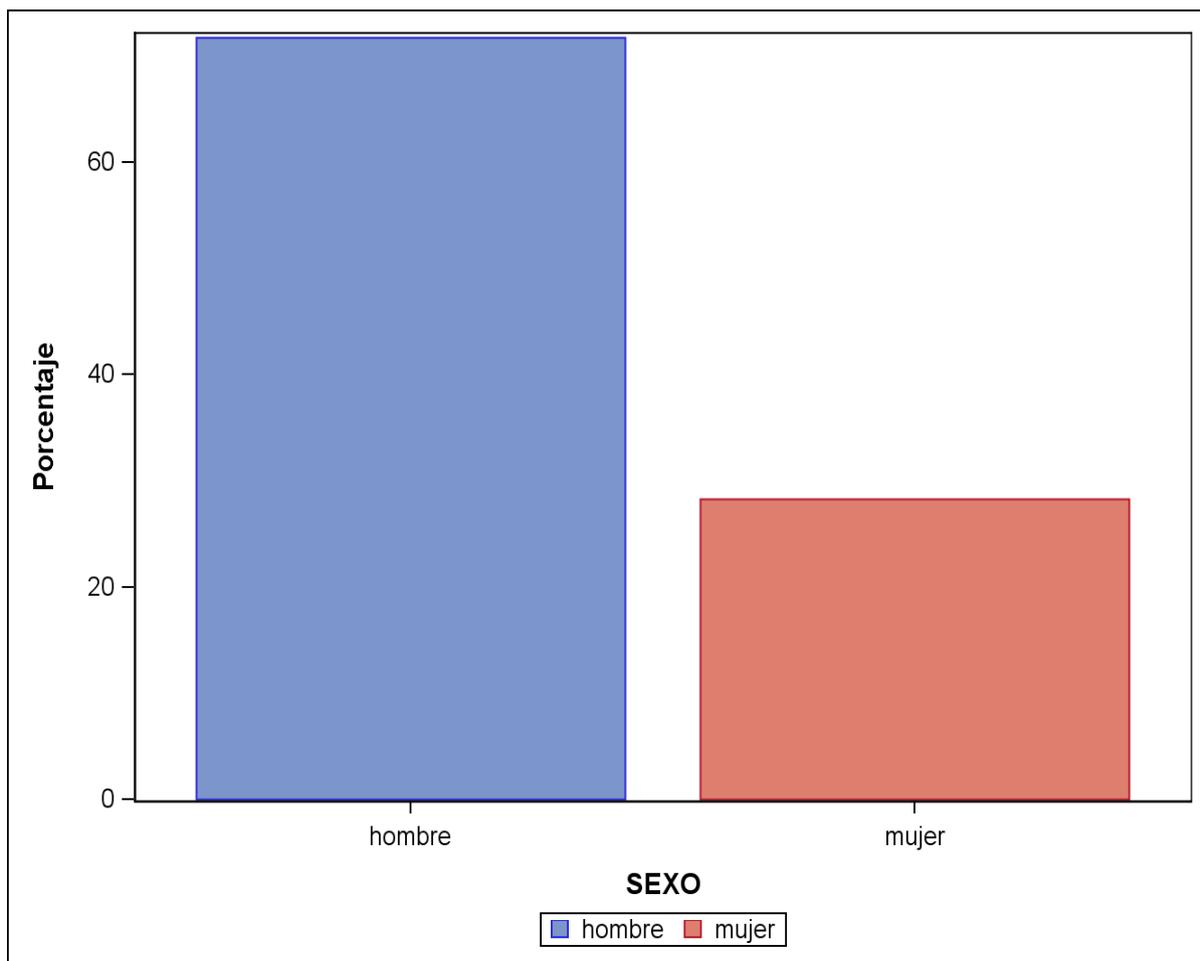


Figura 4: distribución porcentual por sexo de la muestra estudiada, N=177

En cuanto al **origen** de la población estudiada, la muestra estuvo compuesta por población nativa y foránea. Los inmigrantes representaron un 18,65% del total, de los cuales un 18,75% fueron hombres y las mujeres fueron el 18,36%.

En referencia al **nivel de estudios**, las personas con estudios medios y superiores fueron el 65% de las mujeres (n=32), frente a un porcentaje del 51% de los hombres (n=56). El nivel de estudios elementales fue predominante entre los hombres y el nivel medio, entre las mujeres, según se puede apreciar en la figura 5.

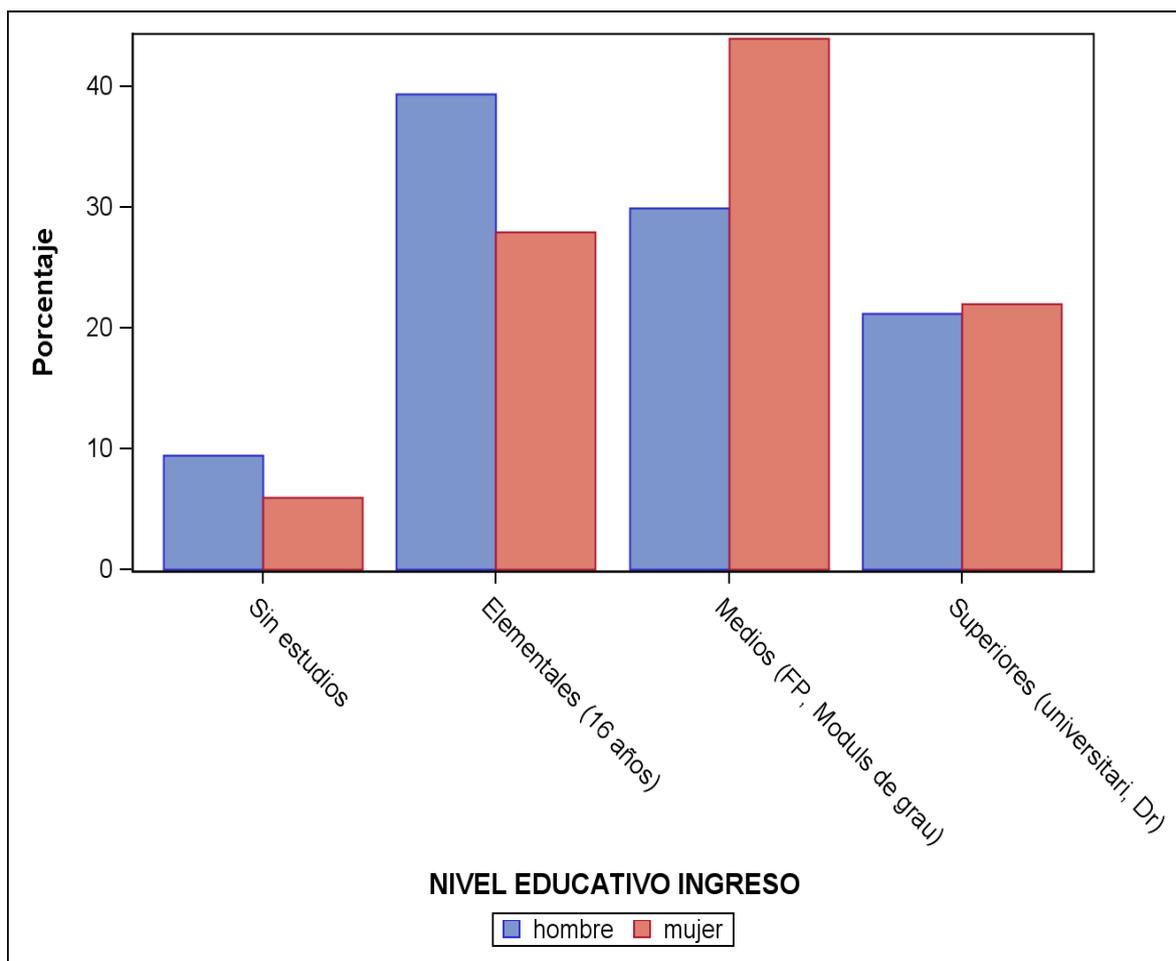


Figura 5: Distribución de la muestra por nivel de estudios y sexo

En cuanto al **estado civil** (figura 6), 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%).

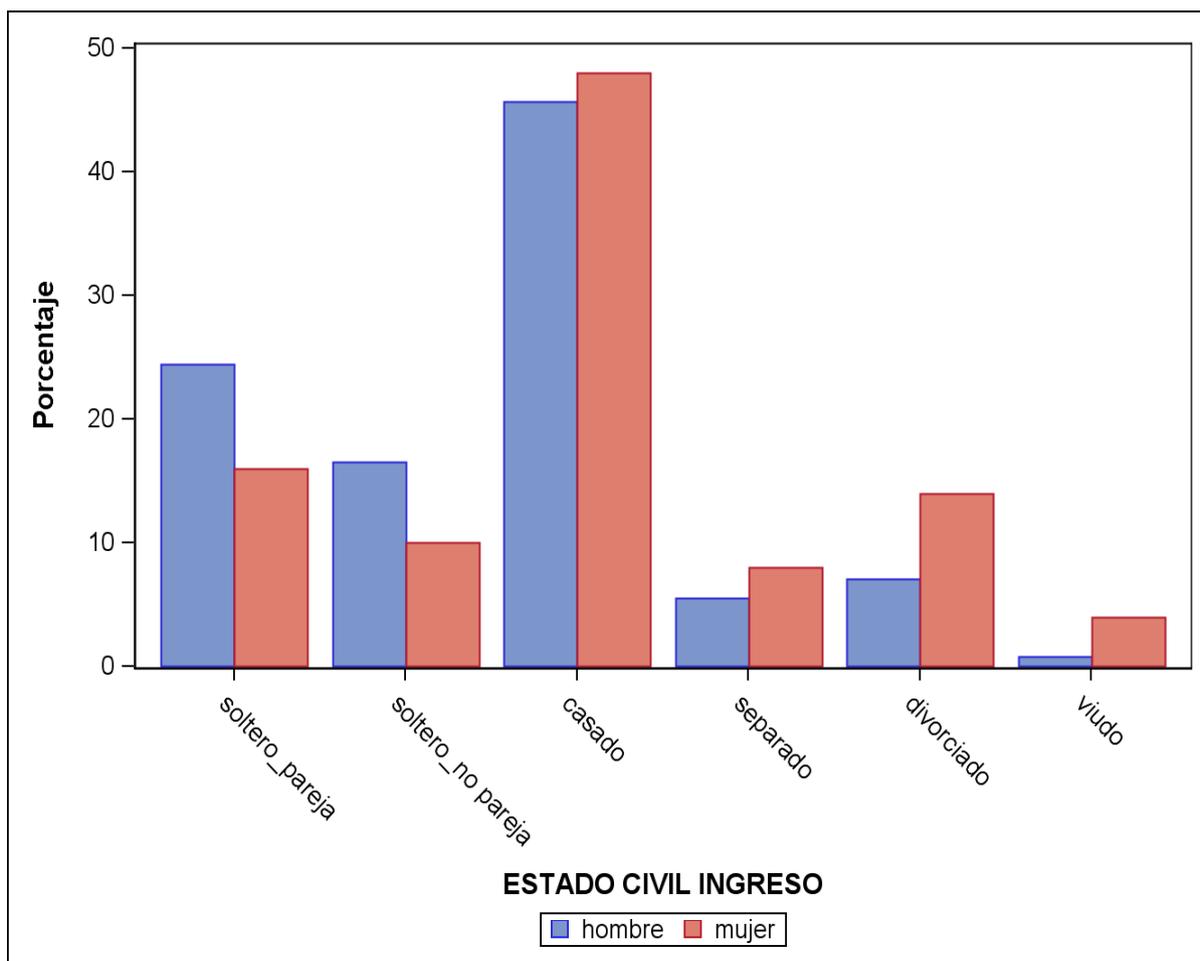


Figura 6: Distribución de la muestra por estado civil y sexo

En cuanto a la distribución por **actividad principal** al momento del ingreso, se valoró que los hombres mayoritariamente, estaban laboralmente activos al momento del incidente (57%). El resto, presentaban las siguientes características: jubilación y/o invalidez (12,5%); no trabajo y recibir subsidio (17%); 15 no percibían ningún ingreso económico (11,7%).

En el grupo de las mujeres, la actividad laboral remunerada la ejercían 13 (26,5%); 15 de ellas (30,6%) estaban jubiladas o en situación de invalidez; 5 no trabajaban y no recibían ingresos económicos (10%).

Datos del accidente y de sus consecuencias

En la figura 7, se muestra la distribución de los escenarios donde ocurrieron los incidentes según el sexo de los pacientes. 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%).

Como “vía pública”, se incluyeron la calle, edificios públicos, lugares de ocio, campings, vehículos, etc., que en su totalidad alcanzan el 39,4% del total de la población.

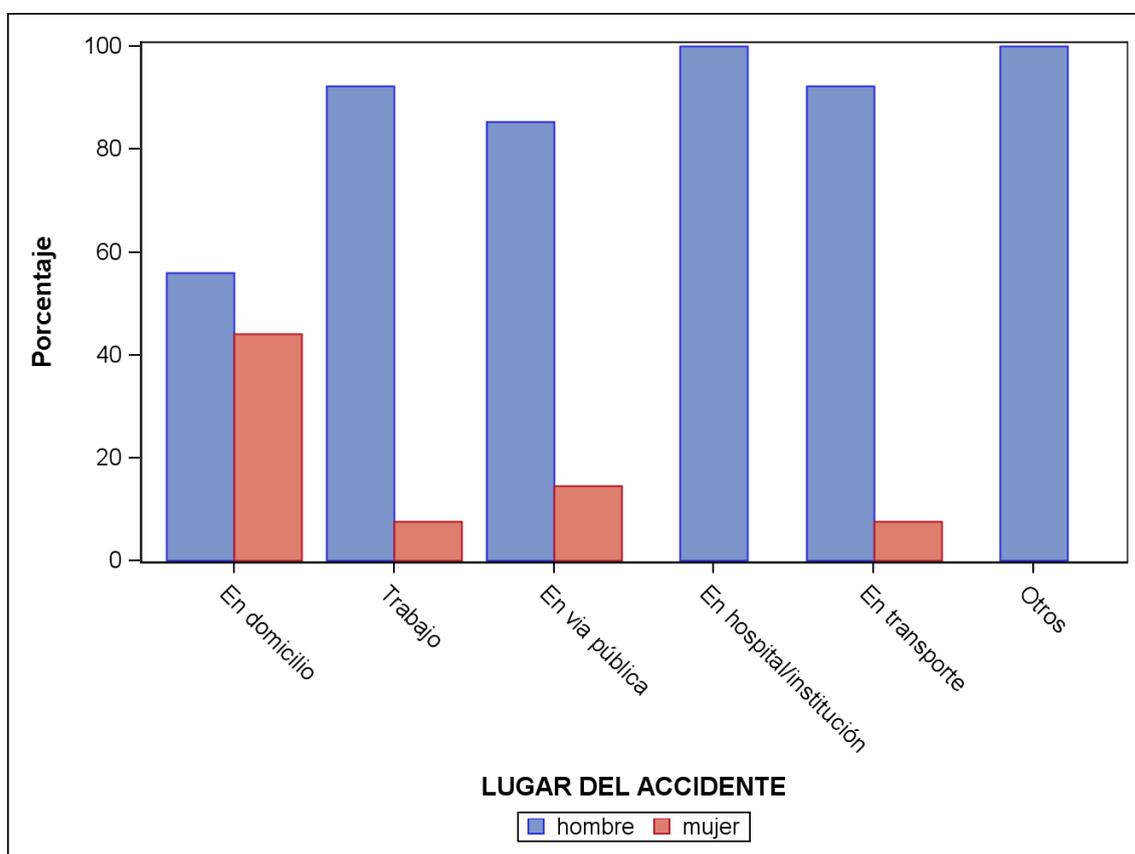


Figura 7: Distribución de la muestra por lugar del incidente y sexo

Respecto a los **tipos de incidentes** que ocasionaron las heridas, fueron de tipo “casual” o llamados “no intencionales” en la gran mayoría de los pacientes de la muestra. En los hombres representan un 68% (n=87) y en las mujeres, 83,6% (n=41). En segundo lugar, prevalecen los accidentes laborales donde los hombres representan un 17%.

Sobre los mecanismos, los llamados “intencionales”, hubieron 10 personas de la muestra (7 hombres y 3 mujeres) cuya etiología fue debida a una autoinflcción con llamas, es decir buscaban quemarse con intención autolítica. Este porcentaje corresponde a un 5,6% de la muestra total.

En cuanto al tipo de **etiología de las heridas**, en ambos grupos el origen por llamas fue la causa principal de las heridas (hombres 64,8%; mujeres 55%). En segundo término las quemaduras por escaldaduras, siendo más prevalente en mujeres que en hombres (34,7% vs 11,7%), mientras que las quemaduras químicas y eléctricas son más frecuentes en hombres: eléctrica, 9,4% y química, 8,6%, frente a 0,2% y 0,4% respectivamente en mujeres.

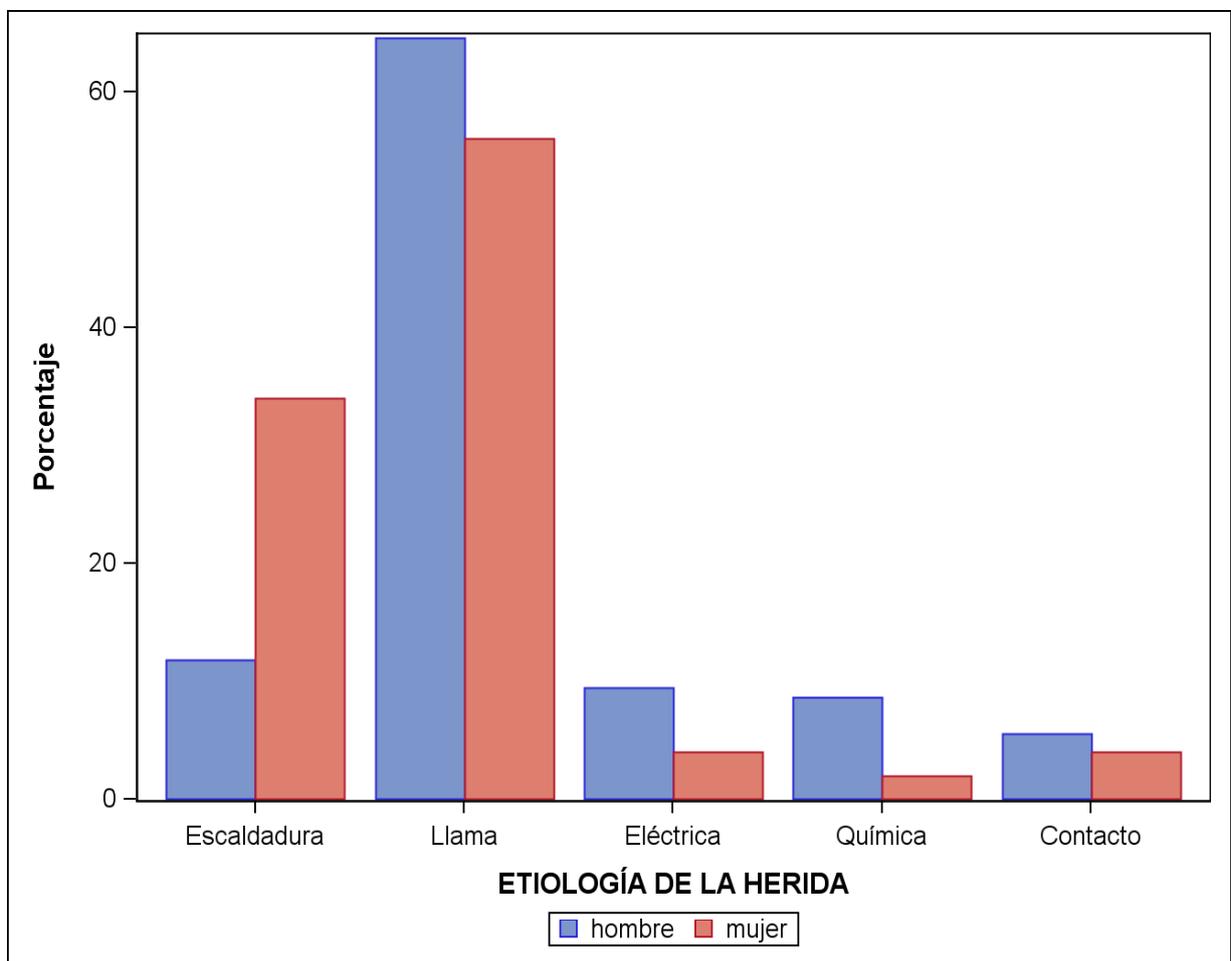


Figura 8: distribución de la muestra por etiología de las heridas y sexo

Las características de la superficie total quemada (SCQ), se han clasificado de forma dicotómica en “grande” y “pequeña”, dada la amplia heterogeneidad de los porcentajes heridas. El criterio para esta dicotomización se basó en el consenso internacional, que adopta los criterios de la ABA, ya descritos en el marco teórico (ver apartado 1.1). Bajo

estos criterios, en la muestra estudiada, un total de 33,6% de hombres cumplen criterios al ingreso para considerarse “grandes quemados”. Mientras que en las mujeres este porcentaje fue de 28,6%.

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%.

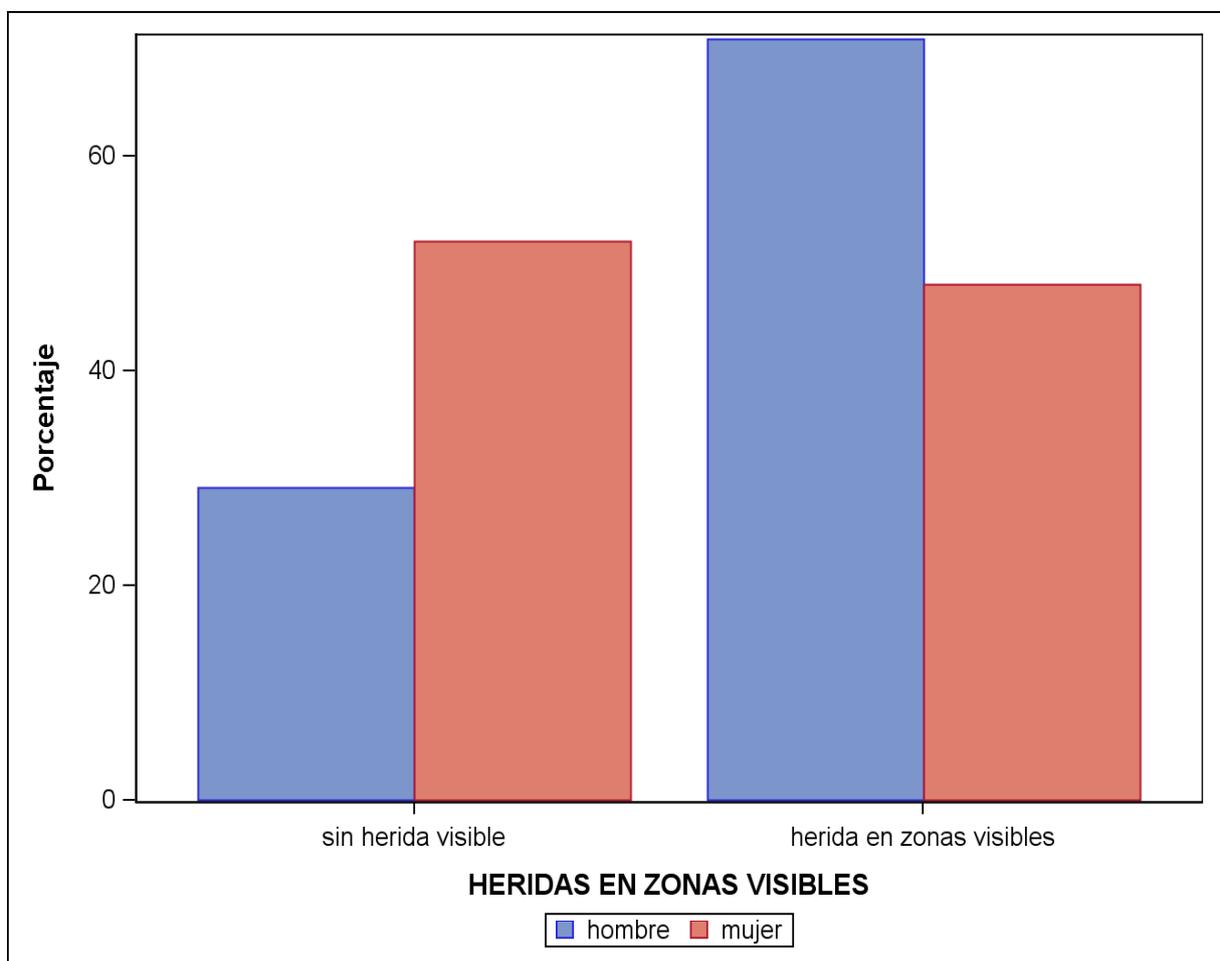


Figura 9: distribución de la muestra por zonas visibles y sexo

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.

Datos sobre antecedentes psiquiátricos

Se valoraron los **antecedentes psiquiátricos**, hallándose que en la población masculina los antecedentes llegan a un 33,6% y en la población de mujeres fue levemente superior, de 38. 8%.

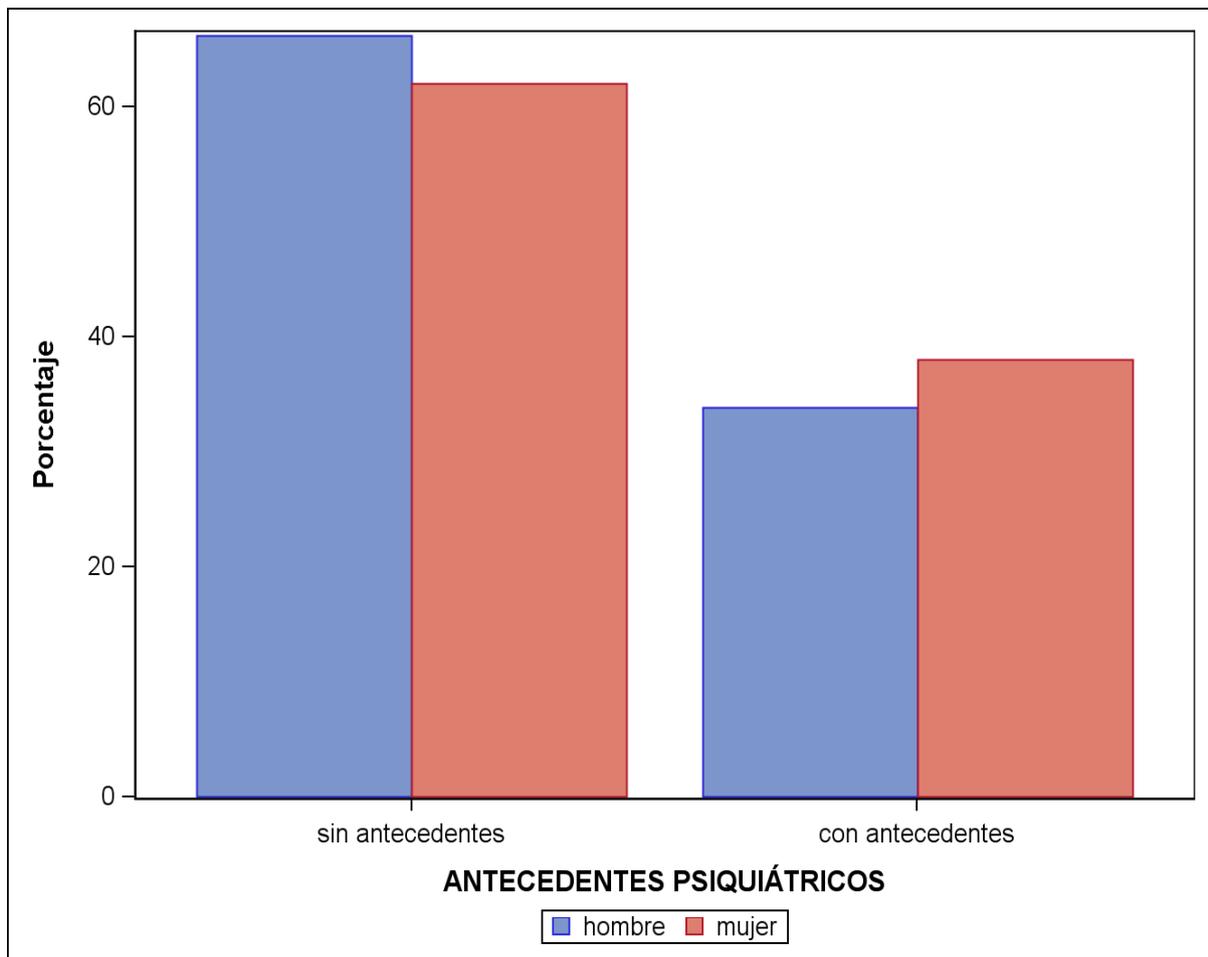


Figura 10: distribución de la muestra por sexo y antecedentes psiquiátricos

Como antecedentes psiquiátricos se consideraron los trastornos psicopatológicos que requirieron tratamiento y los trastornos por consumo de sustancias.

5.2.-Trayectorias post-quemaduras

5.2.1- identificación de las cuatro trayectorias

Las cuatro trayectorias post acontecimiento traumático, se distribuyeron de la manera en que se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5: distribución de los pacientes de la muestra en cada trayectoria

	Frecuencia	Porcentaje
RESILIENCE	70	58.33
CHRONIC	10	8.33
RECOVERY	24	20.00
DELAYED	16	13.33
Total	120	100.00

Como se observa, la trayectoria RESILIENCE incluye el mayor número de paciente, seguido por los pacientes de la trayectoria RECOVERY. El grupo más minoritario lo constituyen los pacientes de la trayectoria CHRONIC, seguidos de los pacientes de la trayectoria DELAYED.

En la Figura 11, se observa la evolución de los pacientes en cada una de las trayectorias, en función del valor del DTS total. Se puede comprobar como la media inicial de los pacientes RESILIENCE y DELAYED está en alrededor de 10 puntos, mientras que los pacientes CHRONIC y RECOVERY, están sobre los 40 puntos.

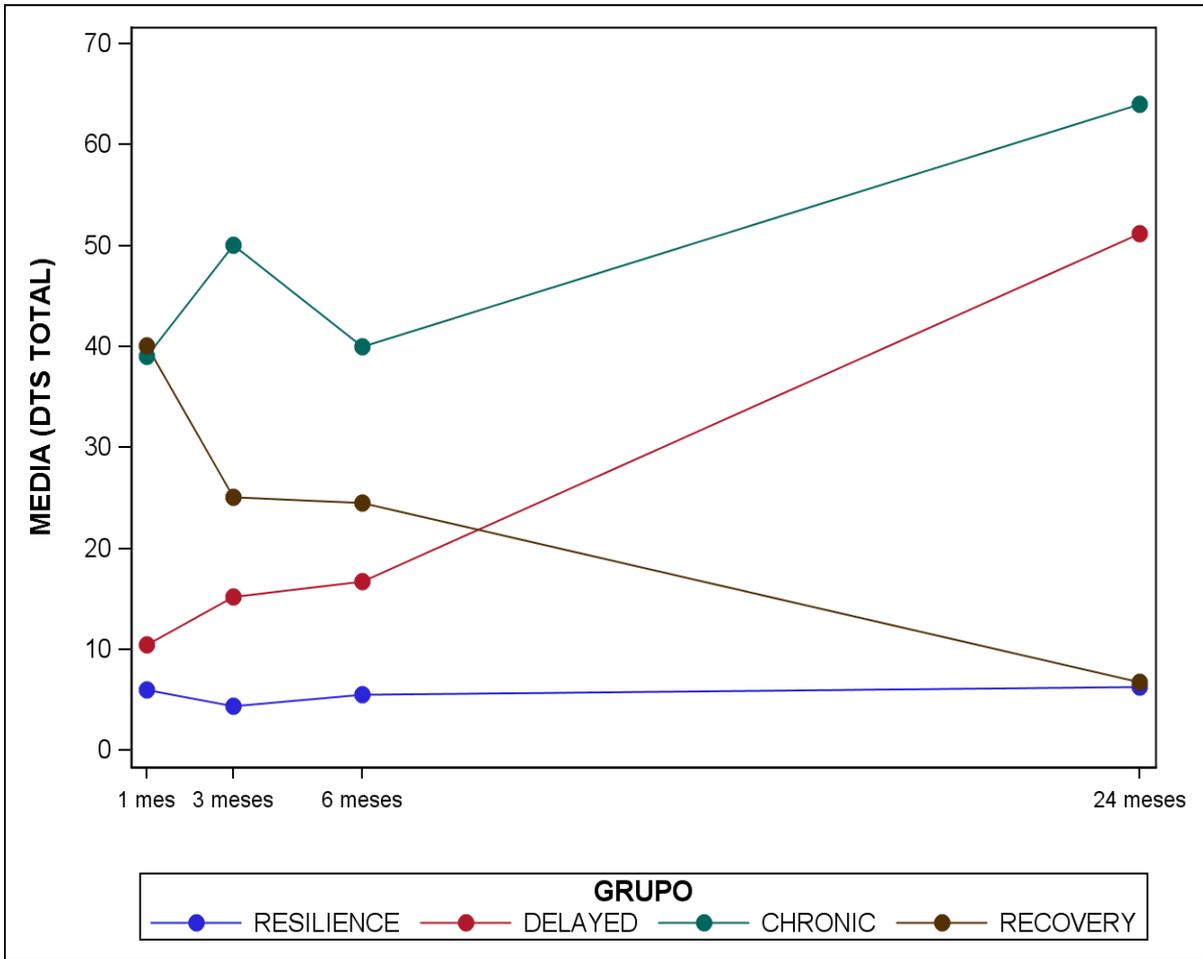


Figura 11: Valores del DTS en función de los seguimientos agrupados en las cuatro trayectorias

Se presenta en la Tabla 6, un resumen de los valores obtenidos en la población de la Escala DTS total, para cada trayectoria.

Tabla 6: Valores descriptivos del DTS total en cada seguimiento por tipo de trayectoria

DTS TOTAL								
trayectoria	Fecha seguimiento	N	Media	Mediana	Desv. standar	Mínimo	Máximo	Nº Miss
RESILIENCE	30 días	70	6.000	2.000	7.487	0.000	25.000	0
	90 días	70	4.371	0.500	6.559	0.000	24.000	0
	6 meses	69	5.551	0.000	10.585	0.000	55.000	1
	2 años	70	6.286	4.000	6.751	0.000	27.000	0
DELAYED	30 días	16	10.500	10.000	7.183	0.000	23.000	0
	90 días	16	15.250	12.000	17.483	0.000	72.000	0
	6 meses	15	16.733	16.000	16.529	0.000	66.000	1
	2 años	16	51.188	40.500	21.907	33.000	109.000	0
CHRONIC	30 días	10	39.000	35.000	11.719	28.000	59.000	0
	90 días	10	50.100	53.000	10.115	29.000	66.000	0
	6 meses	9	40.000	40.000	26.134	0.000	72.000	1
	2 años	10	64.000	61.000	17.166	45.000	92.000	0
RECOVERY	30 días	24	40.125	36.500	14.994	28.000	94.000	0
	90 días	24	25.083	24.000	17.589	0.000	56.000	0
	6 meses	23	24.522	24.000	19.306	0.000	62.000	1
	2 años	24	6.750	6.000	6.095	0.000	20.000	0

En las figuras 12, 13, 14 y 15 se representan las trayectorias individuales de cada paciente dentro de las del conjunto de su grupo.

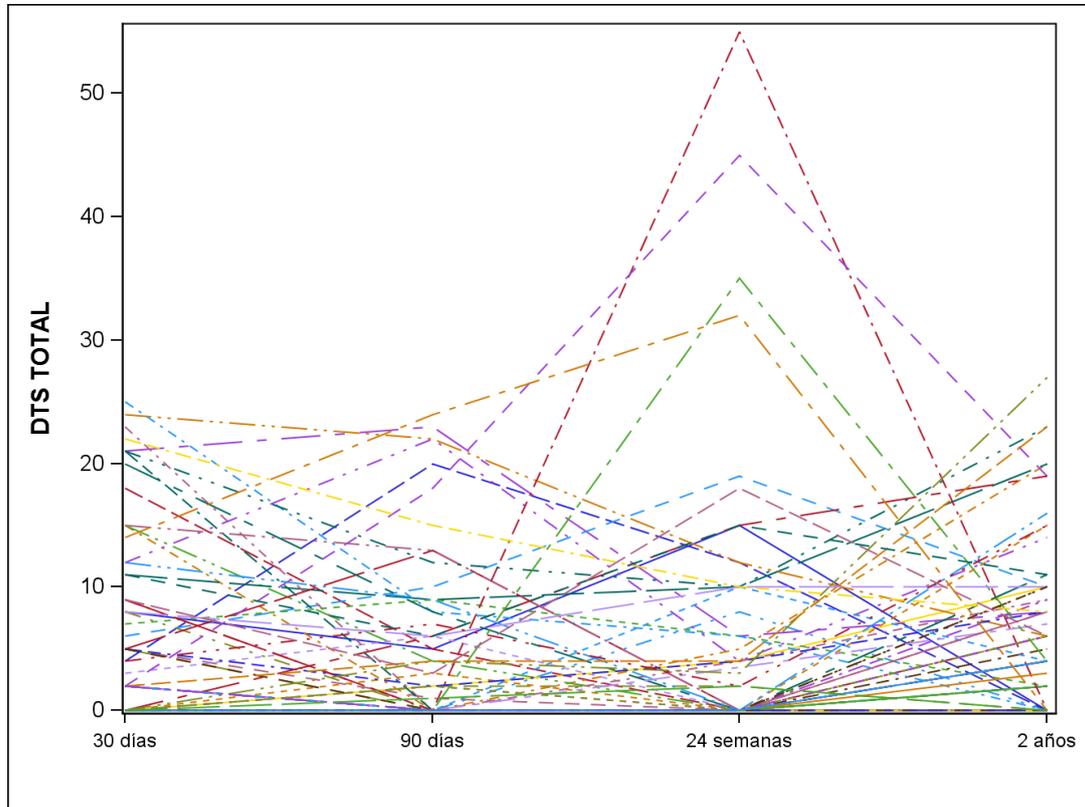


Figura 12: Evolución de las puntuaciones del DTS a lo largo del seguimiento en cada uno de los pacientes clasificados en el grupo de trayectoria RESILIENCE

Como se puede observar en la figura 12, en las trayectorias individuales de los pacientes incluidos en la trayectoria RESILIENCE, mayoritariamente los pacientes presentan valores del DTS total <20, a excepción de las medidas del seguimiento a las 6 semanas, donde estos se elevan en algunos pacientes.

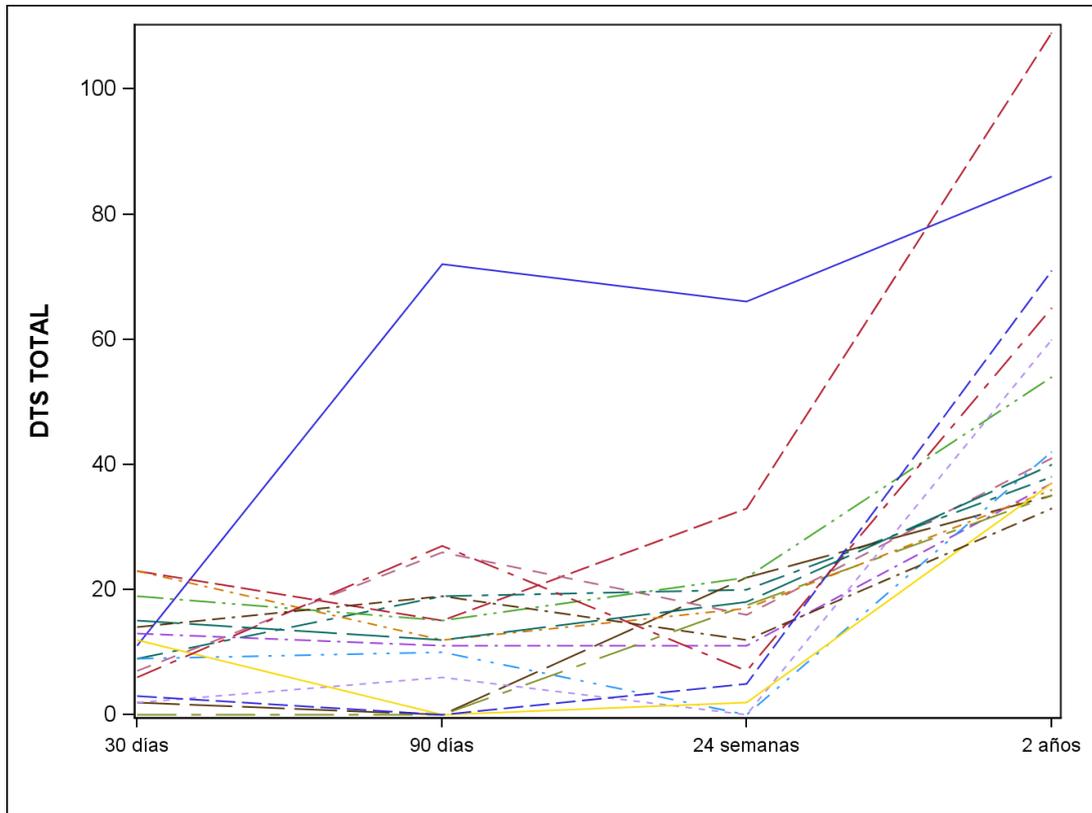


Figura 13: Evolución de las puntuaciones del DTS a lo largo del seguimiento en cada uno de los pacientes clasificados en el grupo de trayectoria DELAYED

Como se puede observar en la figura 13, en las trayectorias individuales de los pacientes incluidos en la trayectoria DELAYED, mayoritariamente los pacientes presentan valores del DTS total <20, a los 30 días y 90 días, para que en el seguimiento de los 6 meses, estos se elevan hasta los valores superiores valorados a los 2 años.

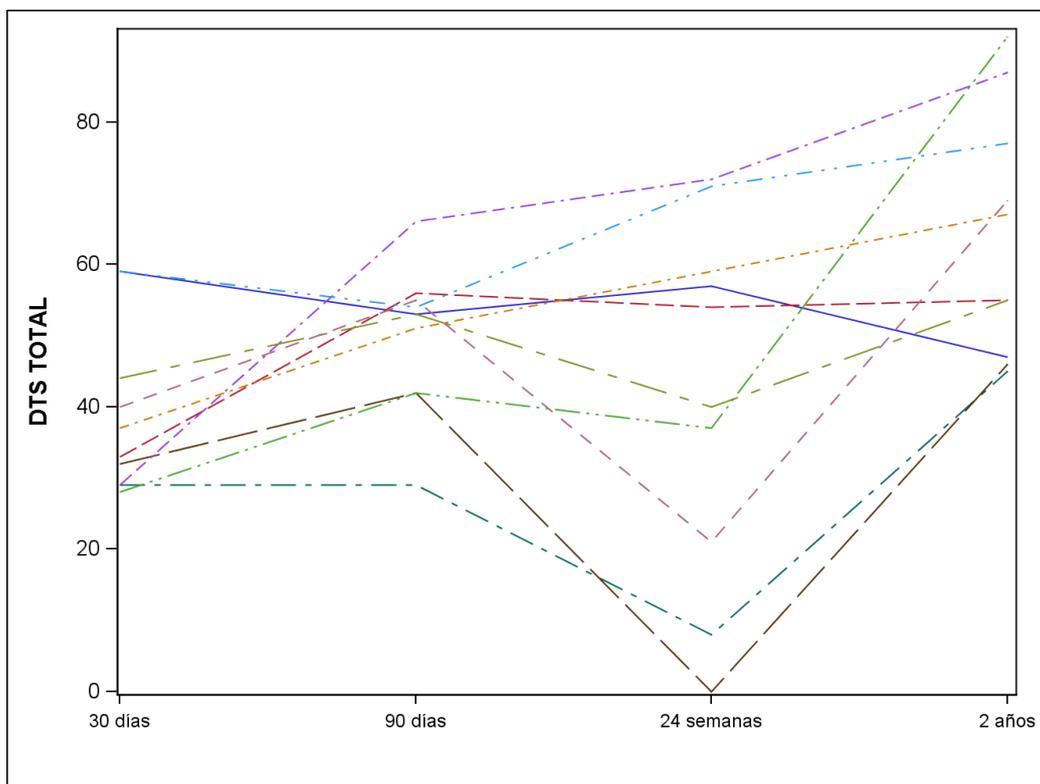


Figura14: Evolución de las puntuaciones del DTS a lo largo del seguimiento en cada uno de los pacientes clasificados en el grupo de trayectoria CHRONIC.

Como se puede observar en la figura 14, en las trayectorias individuales de los pacientes incluidos en la trayectoria CHRONIC, mayoritariamente los pacientes presentan valores del DTS total >27, a excepción de las medidas del seguimiento a los 6 meses, donde estos se reducen en algunos pacientes, para posteriormente a los 2 años, presentar valores elevados.

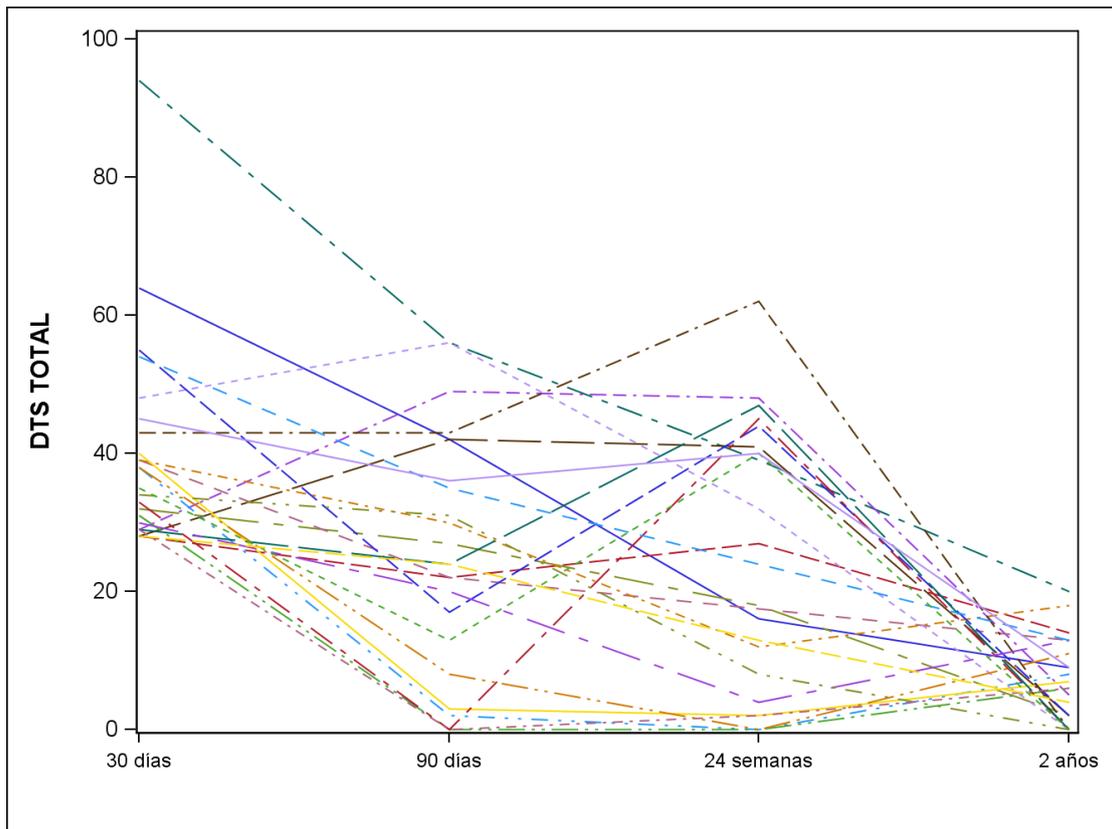


Figura 15: Evolución de las puntuaciones del DTS a lo largo del seguimiento en cada uno de los pacientes clasificados en el grupo de trayectoria RECOVERY

Como se puede observar en la figura 15, en las trayectorias individuales de los pacientes incluidos en la trayectoria RECOVERY, mayoritariamente los pacientes presentan valores del DTS total a los 30 días ≥ 27 , que en algunos pacientes disminuye a los 90 días, aunque esto es ya más generalizado a los 6 meses, pero que a los 2 años, los pacientes de la trayectoria presentan todos valores de < 27 puntos.

5.2.2.- Comparación entre las trayectorias en cada seguimiento

A los 30 días, se observó que había diferencias en la medición de los pacientes de los cuatro grupos de trayectorias ($F_{(3, 116)}=93,58$; $p < 0,001$). Se realizaron las comparaciones intergrupos 2 a 2, para determinar entre qué trayectorias había diferencias, como se puede ver en la Tabla 7.

Tabla 7: comparación entre medias estimadas intergrupos a los 30 días del ingreso hospitalario

trayectoria	trayectoria	Estimado	Error estándar	t	p	Límite inferior	Límite superior
CHRONIC	DELAYED	28.5000	3.9342	7.24	<.0001	18.2450	38.7550
CHRONIC	RECOVERY	-1.1250	3.6733	-0.31	0.9900	-10.7001	8.4501
CHRONIC	RESILIENCE	33.0000	3.2993	10.00	<.0001	24.3998	41.6002
DELAYED	RECOVERY	-29.6250	3.1498	-9.41	<.0001	-37.8356	-21.4144
DELAYED	RESILIENCE	4.5000	2.7044	1.66	0.3474	-2.5494	11.5494
RECOVERY	RESILIENCE	34.1250	2.3085	14.78	<.0001	28.1075	40.1425

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Los pacientes de las trayectorias RESILIENCE y DELAYED, no presentaron diferencias entre ellos, al igual que los pacientes de las trayectorias CHRONIC y RECOVERY.

En resumen, las cuatro trayectorias se reagruparon en dos sub-grupos a los 30 días: valores altos y valores bajos.

En el seguimiento realizado a los 90 días se observaron diferencias estadísticamente significativas ($F_{(3,116)}=55,78$; $p < 0,001$), en las puntuaciones del DTS total entre los grupos de pacientes de cada trayectoria. Los resultados de estas comparaciones se pueden ver en la Tabla 8.

Tabla 8: comparación entre medias estimadas a los 90 días del ingreso hospitalario

trayectoria	trayectoria	Estimado	Error estándar	t	p	Límite inferior	Límite superior
CHRONIC	DELAYED	34.8500	4.6733	7.46	<.0001	22.6683	47.0317
CHRONIC	RECOVERY	25.0167	4.3634	5.73	<.0001	13.6426	36.3907
CHRONIC	RESILIENCE	45.7286	3.9191	11.67	<.0001	35.5127	55.9445
DELAYED	RECOVERY	-9.8333	3.7416	-2.63	0.0473	-19.5865	-0.08019
DELAYED	RESILIENCE	10.8786	3.2124	3.39	0.0053	2.5048	19.2523
RECOVERY	RESILIENCE	20.7119	2.7422	7.55	<.0001	13.5638	27.8600

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Por lo tanto, la conclusión de este análisis es que a los 90 días se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro trayectorias.

A los 6 meses también se observaron diferencias entre las cuatro trayectorias ($F_{(3, 112)} = 20,27$; $p < 0,001$) en conjunto. A continuación se realizaron las comparaciones 2 a 2, como muestra la Tabla 9, hallándose que todos los grupos se diferenciaron entre ellos, menos los pacientes de las trayectorias DELAYED y RECOVERY.

Tabla 9: comparación entre medias estimadas a los 6 meses del ingreso hospitalario

trayectoria	trayectoria	Estimado	Error standar	t	P	Límite inferior	Límite superior
CHRONIC	DELAYED	23.2667	6.3130	3.69	0.0020	6.8023	39.7310
CHRONIC	RECOVERY	15.4783	5.8869	2.63	0.0474	0.1252	30.8314
CHRONIC	RESILIENCE	34.4493	5.3064	6.49	<.0001	20.6102	48.2884
DELAYED	RECOVERY	-7.7884	4.9691	-1.57	0.4014	-20.7479	5.1711
DELAYED	RESILIENCE	11.1826	4.2654	2.62	0.0483	0.05823	22.3070
RECOVERY	RESILIENCE	18.9710	3.6050	5.26	<.0001	9.5692	28.3728

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

A los 2 años se identificaron diferencias entre las cuatro trayectorias ($F_{(3, 116)}=143,35$; $p < 0,001$) y se realizaron las comparaciones 2 a 2, para determinar entre que grupos había diferencias, como queda expuesto en la Tabla 10, a excepción de los grupos RECOVERY y RESILIENCE.

Tabla 10: comparación entre medias estimadas a los 2 años del ingreso hospitalario

trayectoria	trayectoria	Estimado	Error standar	t	p	Límite inferior	Límite superior
CHRONIC	DELAYED	12.8125	4.4046	2.91	0.0223	1.3311	24.2939
CHRONIC	RECOVERY	57.2500	4.1126	13.92	<.0001	46.5298	67.9702
CHRONIC	RESILIENCE	57.7143	3.6939	15.62	<.0001	48.0856	67.3429
DELAYED	RECOVERY	44.4375	3.5265	12.60	<.0001	35.2450	53.6300
DELAYED	RESILIENCE	44.9018	3.0278	14.83	<.0001	37.0094	52.7942
RECOVERY	RESILIENCE	0.4643	2.5846	0.18	0.9979	-6.2729	7.2015

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

En resumen, a los 2 años igual que a los 30 días, los pacientes de las cuatro trayectorias vuelven a ser reagrupados en dos sub-grupos, que corresponden a dos tipos de valores del DTS total: valores altos y valores bajos. En este momento del seguimiento, los valores DTS altos, corresponden a los pacientes del grupo CHRONIC y DELAYED.

5.2.3.-Análisis bivariado en función de la trayectoria

Se realizaron análisis bivariados para identificar si había diferencias en las características de los pacientes en función de la trayectoria. Las características consideradas fueron el sexo, la edad, el nivel socio-económico, el estado civil, el nivel de estudios, etiología de las heridas, visibilidad de las heridas, superficie corporal quemada, STAI rasgo, los antecedentes psiquiátricos, el apoyo social percibido.

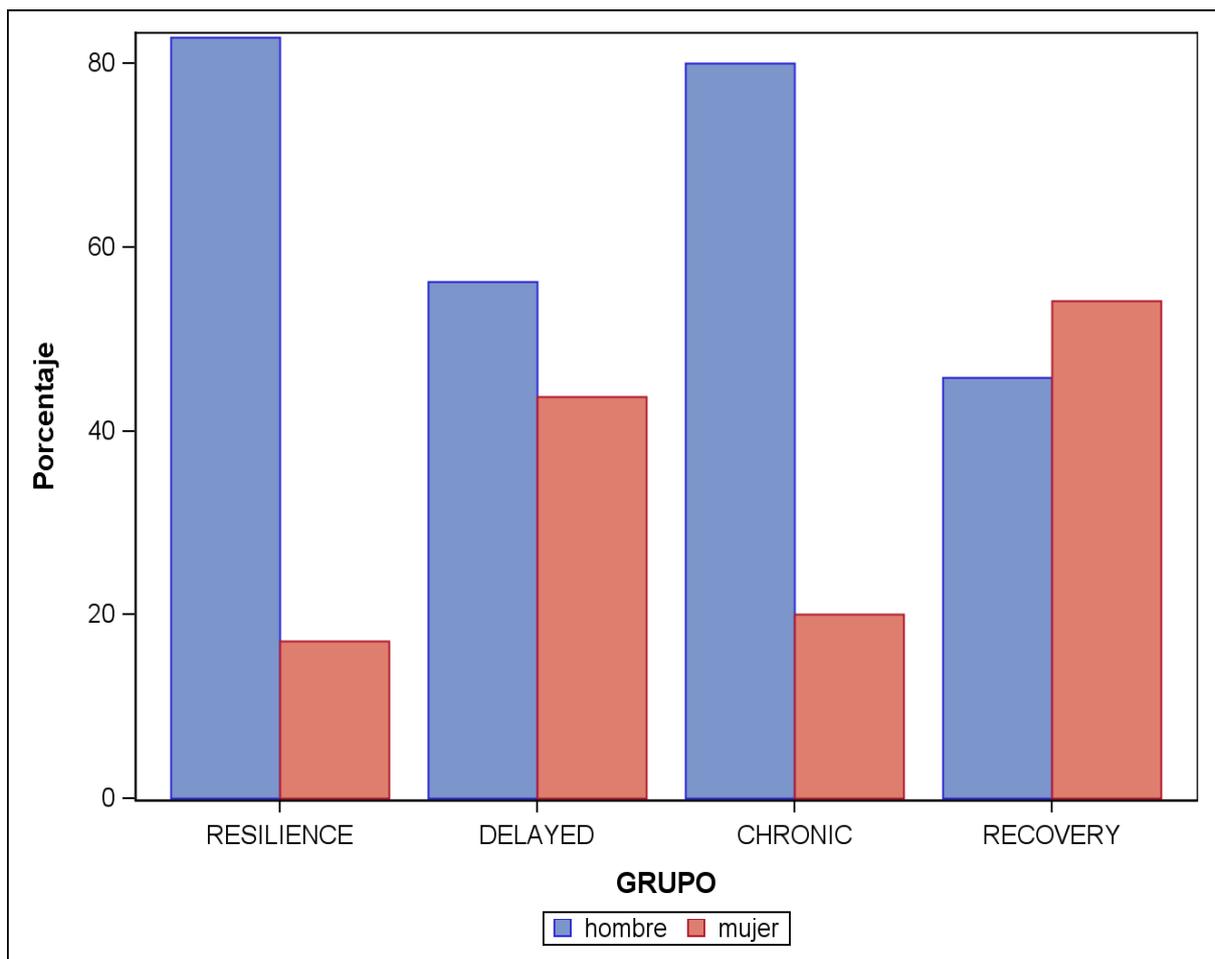


Figura 16: frecuencias de las trayectorias según el sexo

Respecto al **sexo**, se halló que en el grupo RESILIENCE hay un 82.86% de hombres y en el de CHRONIC un 80%, mientras que hay 56,25% y un 45,83% en los grupos DELAYED y RECOVERY, respectivamente. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($F = 13,8753$; $p = 0.0031$).

Edad en cada trayectoria

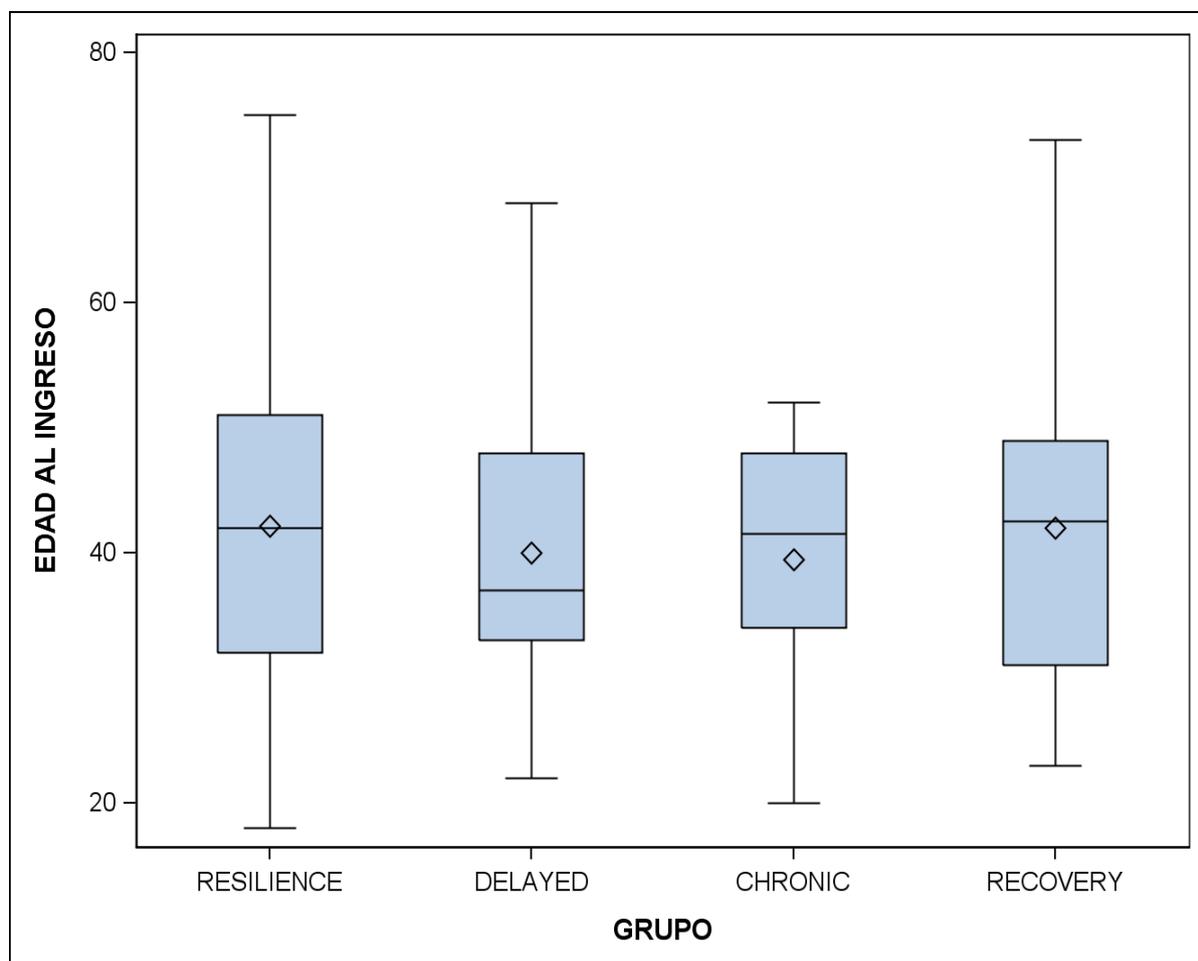


Figura 17: relación entre la edad al ingreso y las trayectorias

Dentro de la trayectoria RESILIENCE, la media de edad de los pacientes al ingreso fue de 42.11 años y la mediana de 42. El mínimo y máximo corresponden a 18 y 75 años, respectivamente.

En la trayectoria DELAYED, la media de edad de los pacientes al ingreso fue de 40 años y la mediana 37. El mínimo y máximo correspondieron a 22 y 68 años, respectivamente.

Dentro de la trayectoria CHRONIC, la media de edad de los pacientes al ingreso fue de 39.5 años y la mediana 41.5. El mínimo y máximo correspondieron a 20 y 52 años, respectivamente.

En la trayectoria RECOVERY, la media de edad de los pacientes al ingreso fue de 41.96 años y la mediana 42.5. El mínimo y máximo correspondieron a 23 y 73 años, respectivamente.

Nivel socio-económico en cada trayectoria.

Respecto al **nivel socioeconómico**, por la amplia heterogeneidad en los datos de esta variable, se reagruparon a los pacientes en tres categorías para evitar la dispersión. Estas tres categorías fueron: Alto (incluye los valores registrados en la entrevista como alto y medio-alto); Medio (incluye el valor medio-medio) y bajo (incluye los valores medio-bajo y bajo).

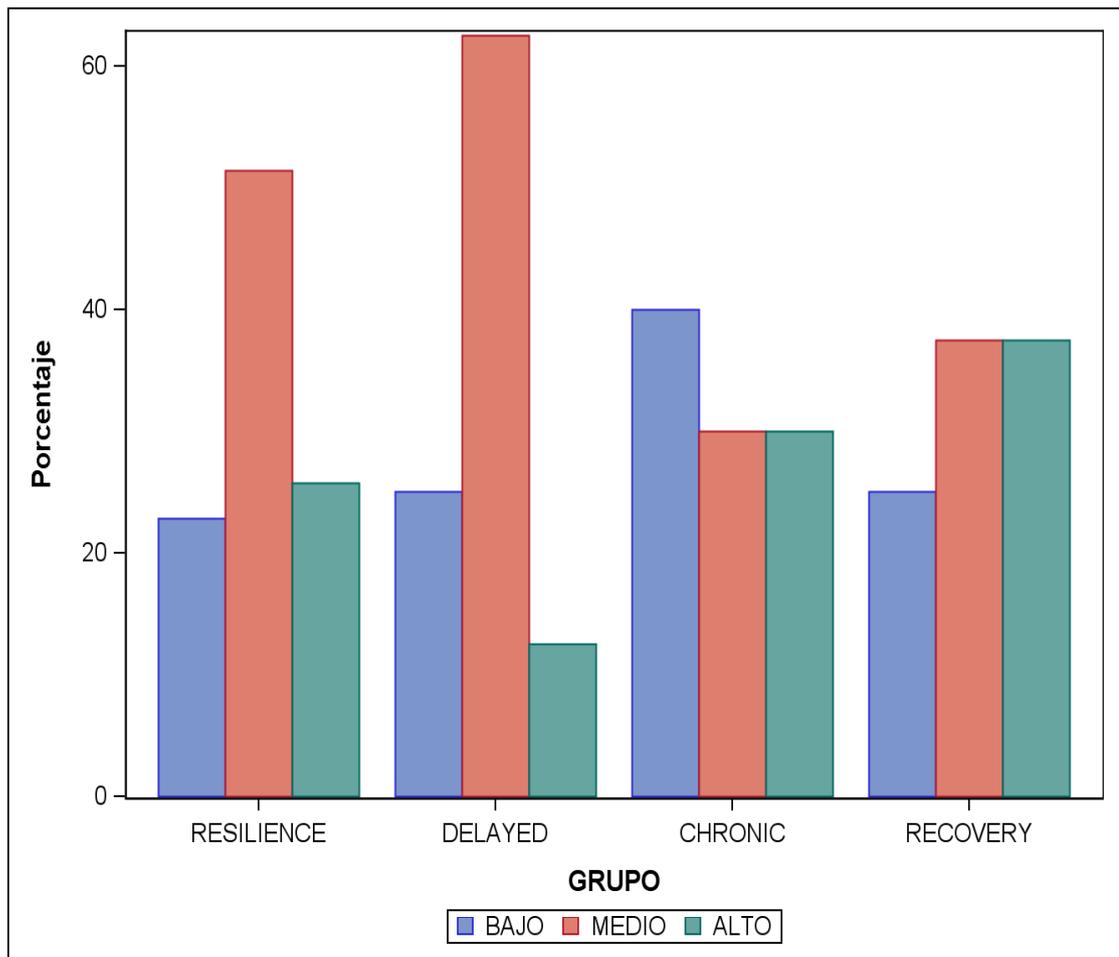


Figura 18: frecuencias de nivel socioeconómico en cada trayectoria

Como se puede ver en la figura 17, los pacientes de la trayectoria RESILIENCE, en un 51.43%, tienen un nivel socio económico medio-medio y éste nivel también se encuentra en un 62,5% de los pacientes con trayectoria DELAYED. Dentro de la trayectoria CHRONIC, un 30% de los pacientes tiene un nivel socio económico medio y alto; mientras que los pacientes con trayectoria RECOVERY tienen un 37.5% de la misma categoría. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($F=5,576$; $p=0,4723$).

Estado civil en cada trayectoria

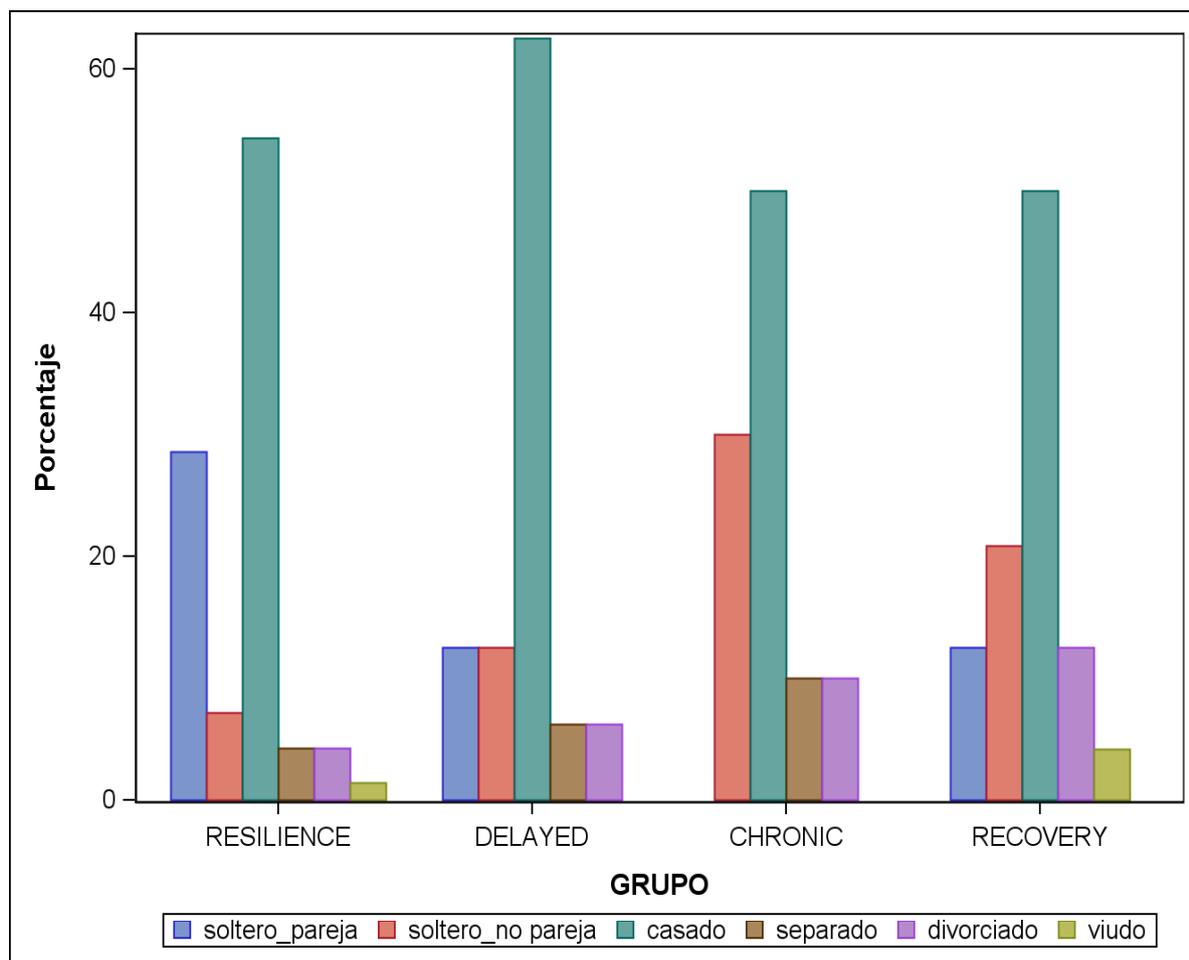


Figura 19: porcentajes de estado civil según las cuatro trayectorias

El **estado civil** “casados”, incluye también a los pacientes con pareja estable en convivencia. Al momento del ingreso hospitalario, esta categoría varió entre las cuatro trayectorias: los pacientes de la trayectoria RESILIENCE, lo presentaron en un 54.29%; en la trayectoria DELAYED un 62.5%; en los pacientes de la trayectoria CHRONIC y los de la trayectoria RECOVERY, en ambas, el porcentaje es de 50%.

Como se puede apreciar en la figura 18, el grupo más numeroso en todas las trayectorias fue el de los casados, sin embargo las diferencias observadas de la distribución del estado civil entre los grupos de trayectoria no fueron estadísticamente significativas ($F=18,6559$; $p=0,2298$).

Nivel de estudios en cada trayectoria

Por la dispersión de los datos en esta variable, se reagruparon en dos: SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES y MEDIO+ALTO, que incluye formación secundaria, profesional y estudios universitarios.

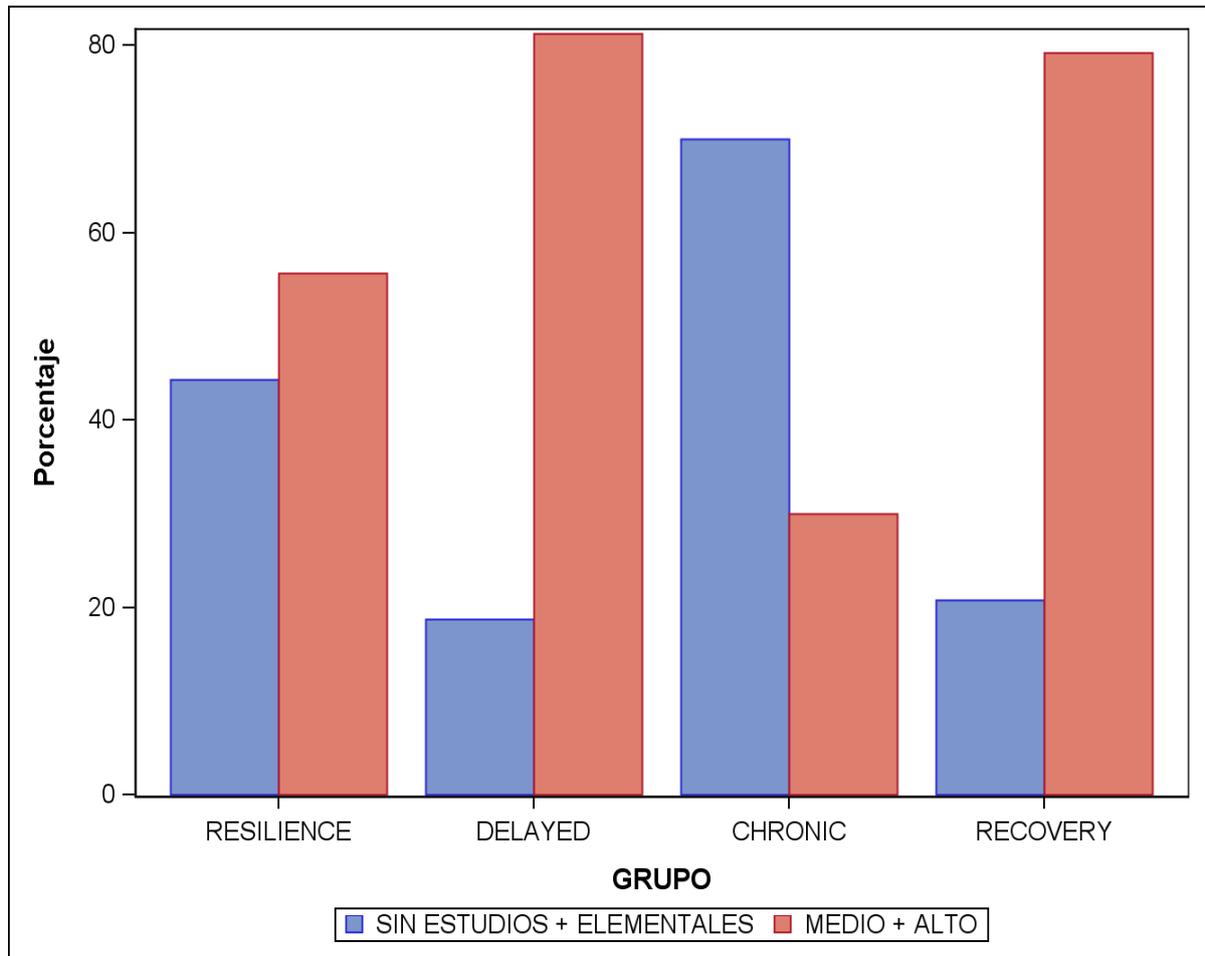


figura 20: relación entre trayectorias y nivel de estudios (categorías re-agrupadas)

Respecto del **nivel de estudios**, los pacientes del grupo RESILIENCE, o no tienen estudios o estos son elementales en un 44.29% y en esta misma categoría los pacientes de la trayectoria CHRONIC la presentaron en un 70%.

Los pacientes de la trayectoria DELAYED, en un 81.25% tienen estudios medios o altos, así como los RECOVERY lo presentaron en un 79,17%.

Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas. ($\chi^2= 10,9963$; $p. =0,0117$).

Etiología de la herida en cada trayectoria

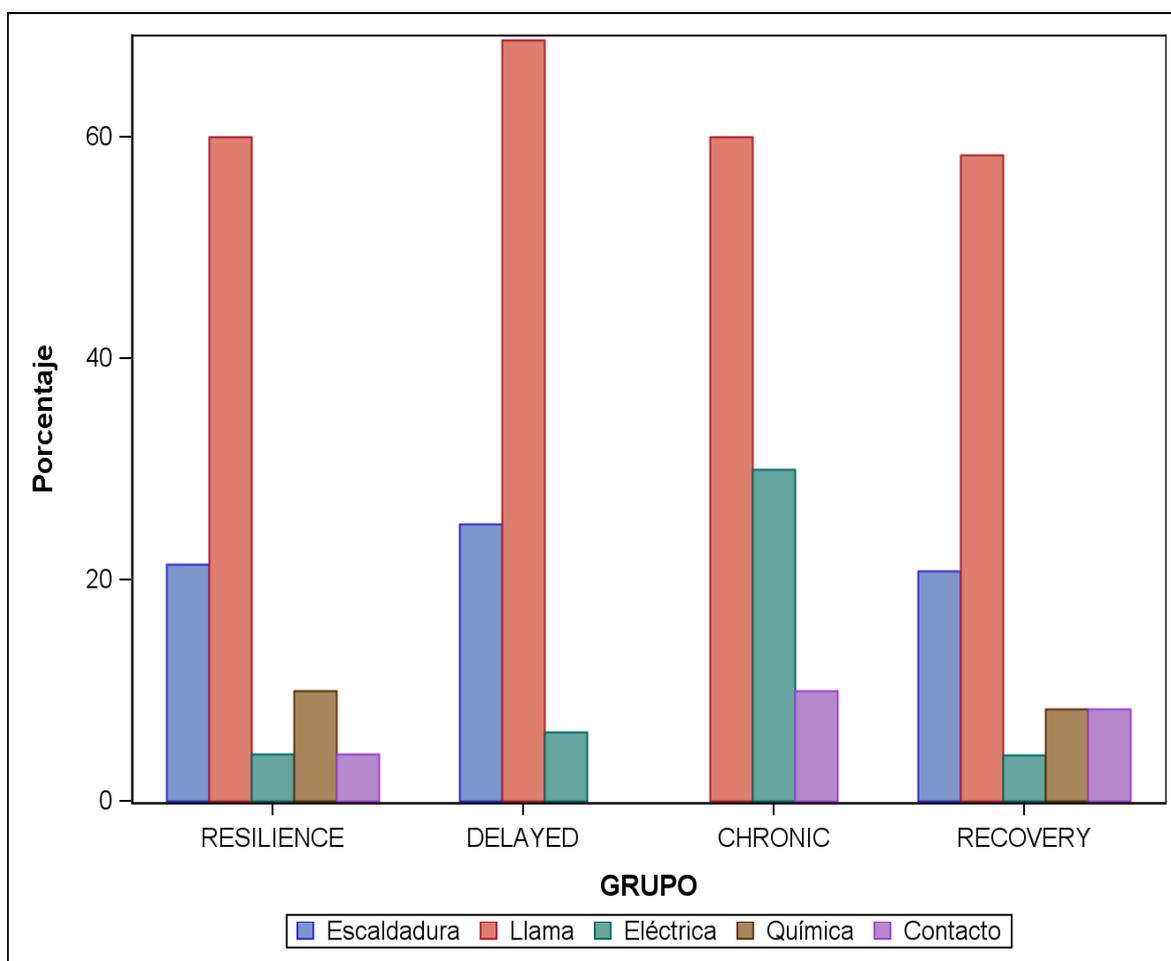


Figura 21: etiología de las heridas según las trayectorias

La **fente o etiología** principal de la herida, fue la llama en todas las trayectorias. En los pacientes de la trayectoria RESILIENCE, lo fue en un 60%; en los pacientes con trayectoria DELAYED en un 68.75%. Para los pacientes de la trayectoria CHRONIC, estuvo presente en un 60% como también en los pacientes de la trayectoria RECOVERY, en un 58.33%.

Se realizó una prueba de contraste para determinar si la distribución de la etiología de la herida es diferente según el grupo. Con el resultado obtenido ($F=16,7135$; $p=0,1607$), se afirma que no hay diferencias estadísticamente significativas.

Antecedentes psiquiátricos en cada trayectoria

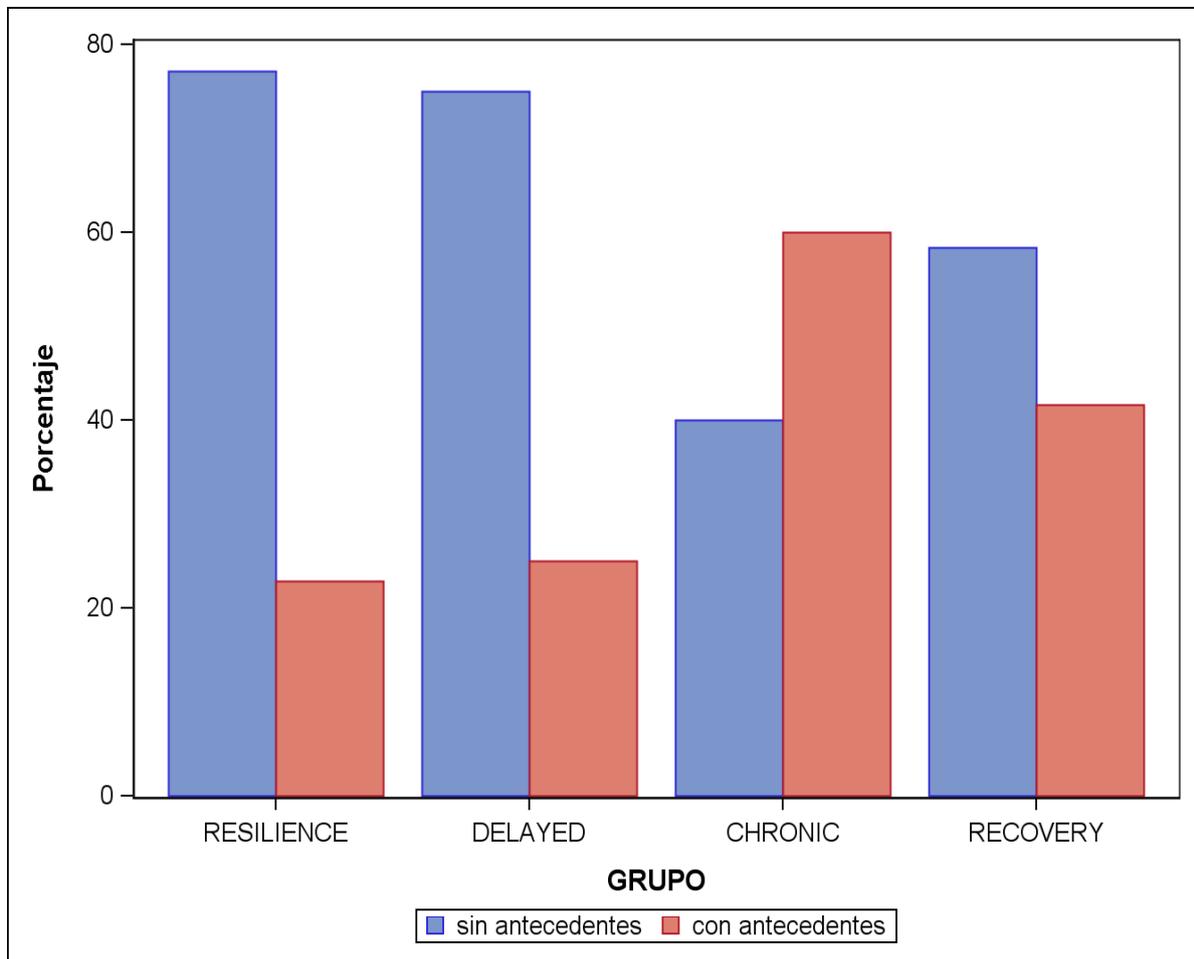


Figura 22: antecedentes psiquiátricos de los pacientes según las trayectorias

En cuanto a la frecuencia de los antecedentes psiquiátricos, en los pacientes del grupo RESILIENCE, un 77.14% no lo presentaron, al igual que en un 75%, los de la trayectoria DELAYED y en un 58.33% en la trayectoria RECOVERY.

En los pacientes de la trayectoria CHRONIC, un 60% de ellos tenían antecedentes psiquiátricos.

Los resultados fueron estadísticamente significativos a un nivel del 10% ($F= 7.2950$; $p= 0,0631$).

Herida visible en cada trayectoria

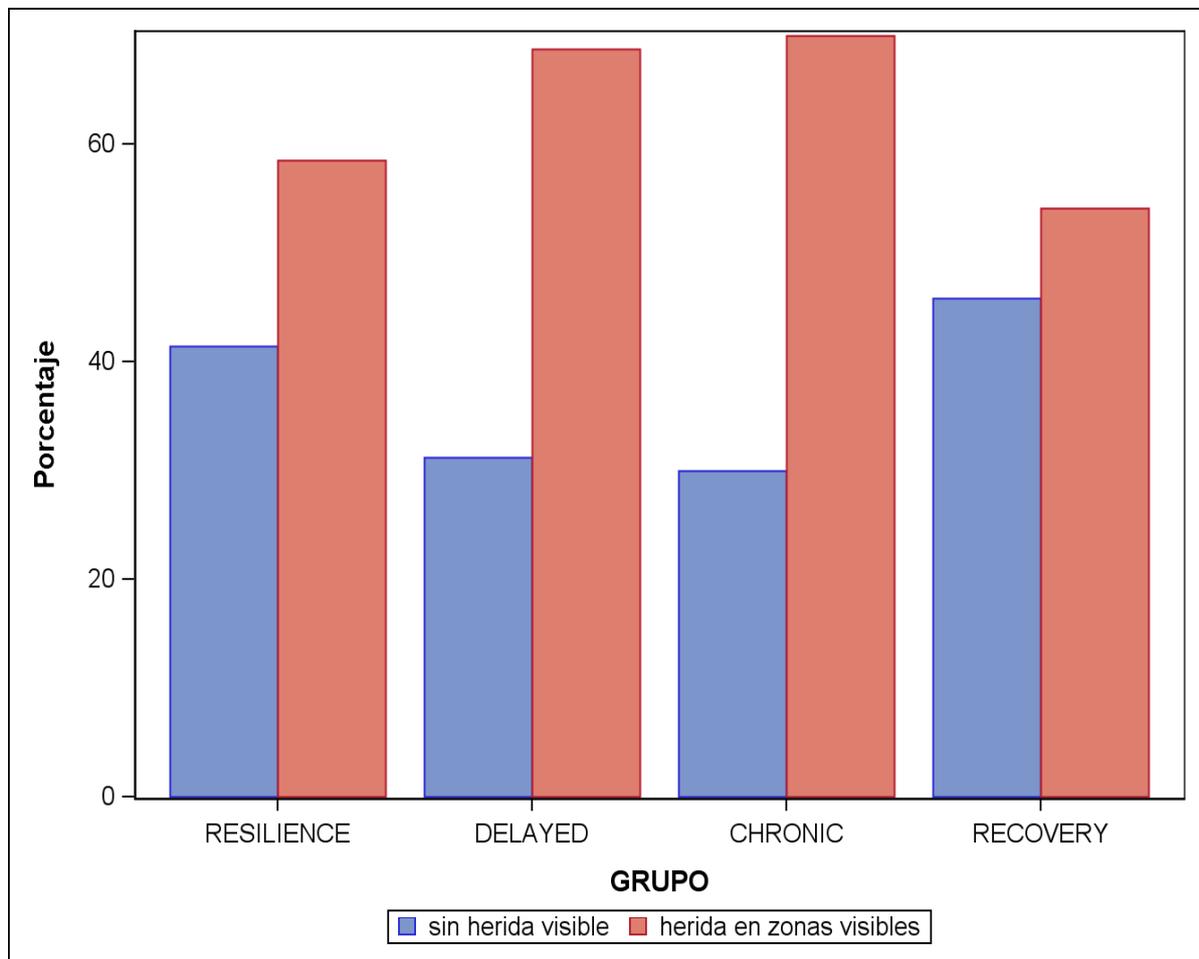


Figura 23: frecuencia del tipo de herida según las cuatro trayectorias

En la trayectoria RESILIENCE, un 58.57% de los pacientes presentaron las heridas en zonas visibles, como los pacientes de la trayectoria DELAYED, en un 68.75% y los pacientes de la trayectoria CHRONIC, con un 70% de las heridas en zonas visibles.

Dentro de la trayectoria RECOVERY, un 54.17% de los pacientes tuvieron la herida en zonas visibles.

Los resultados obtenidos ($F=1,3269$; $p= 0,7228$), indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las trayectorias.

Superficie Corporal Quemada (SCQ) en cada trayectoria

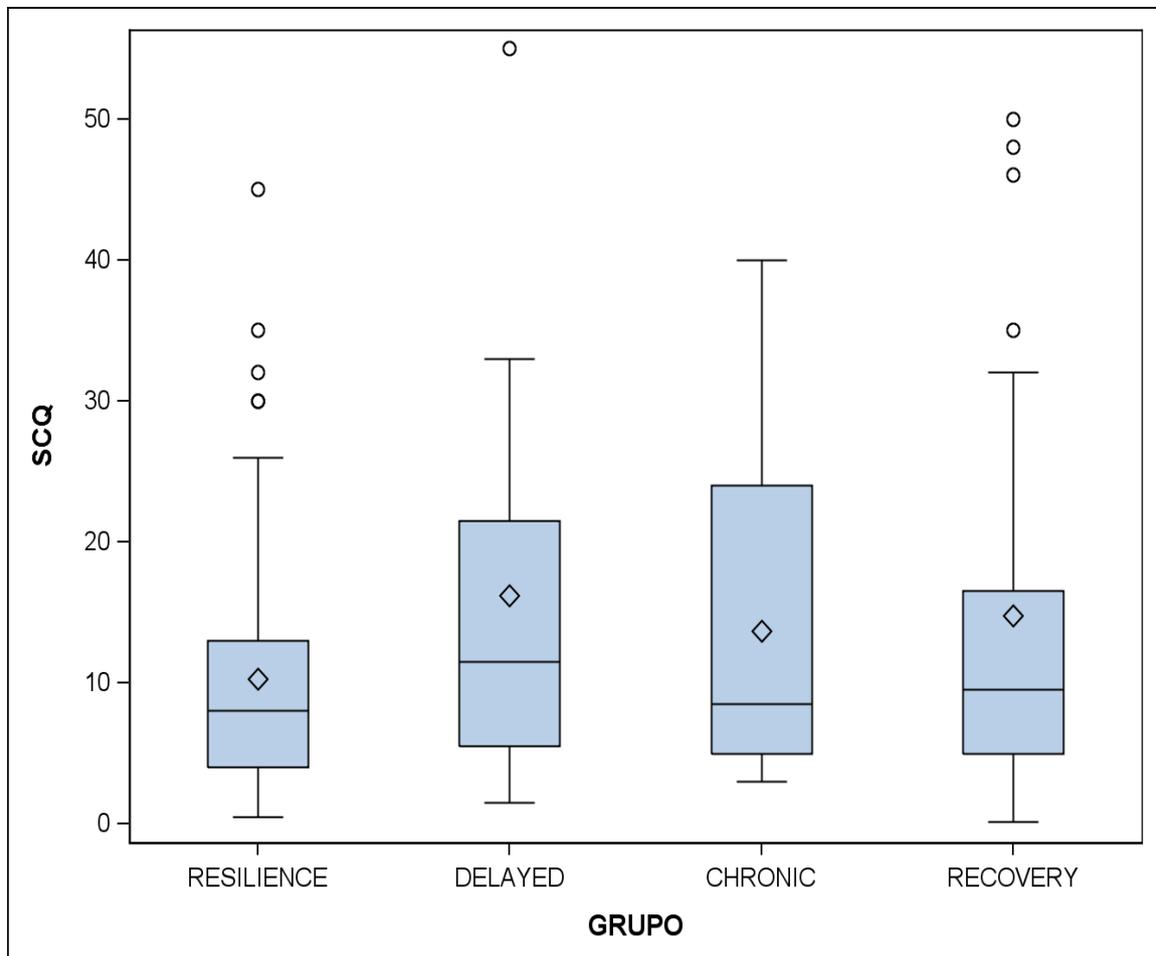


Figura 24: relación entre el porcentaje de superficie quemada y las trayectorias

Los pacientes de la trayectoria RESILIENCE, tuvieron una media de la superficie corporal quemada (SCQ) de 10.29 y una mediana 8. El mínimo y máximo correspondieron a 0.8 y 45, respectivamente.

En la trayectoria DELAYED, los pacientes tuvieron una media de la SCQ de 16.2 y la mediana 11.5. El mínimo y máximo correspondieron a 1.5 y 55, respectivamente.

Los pacientes de la trayectoria CHRONIC, tuvieron una media de la SCQ de 13.7 y la mediana 8.5. El mínimo y máximo correspondieron a 3 y 40, respectivamente.

Para los pacientes de la trayectoria RECOVERY, correspondió una media de la SCQ de 14.77 y una mediana de 9.5. El mínimo y máximo correspondieron a 0.15 y 50, respectivamente.

Como la variable SCQ no siguió una distribución normal en cada uno de los grupos, se compararon si hay diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de esta variable según la trayectoria. Se aplicó una prueba de Kruskal-Wallis, (χ^2 3,7319, $gl= 3$; $p=0,2919$), con lo que se puede afirmar que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de la SCQ, según la trayectoria.

STAI rasgo en cada trayectoria

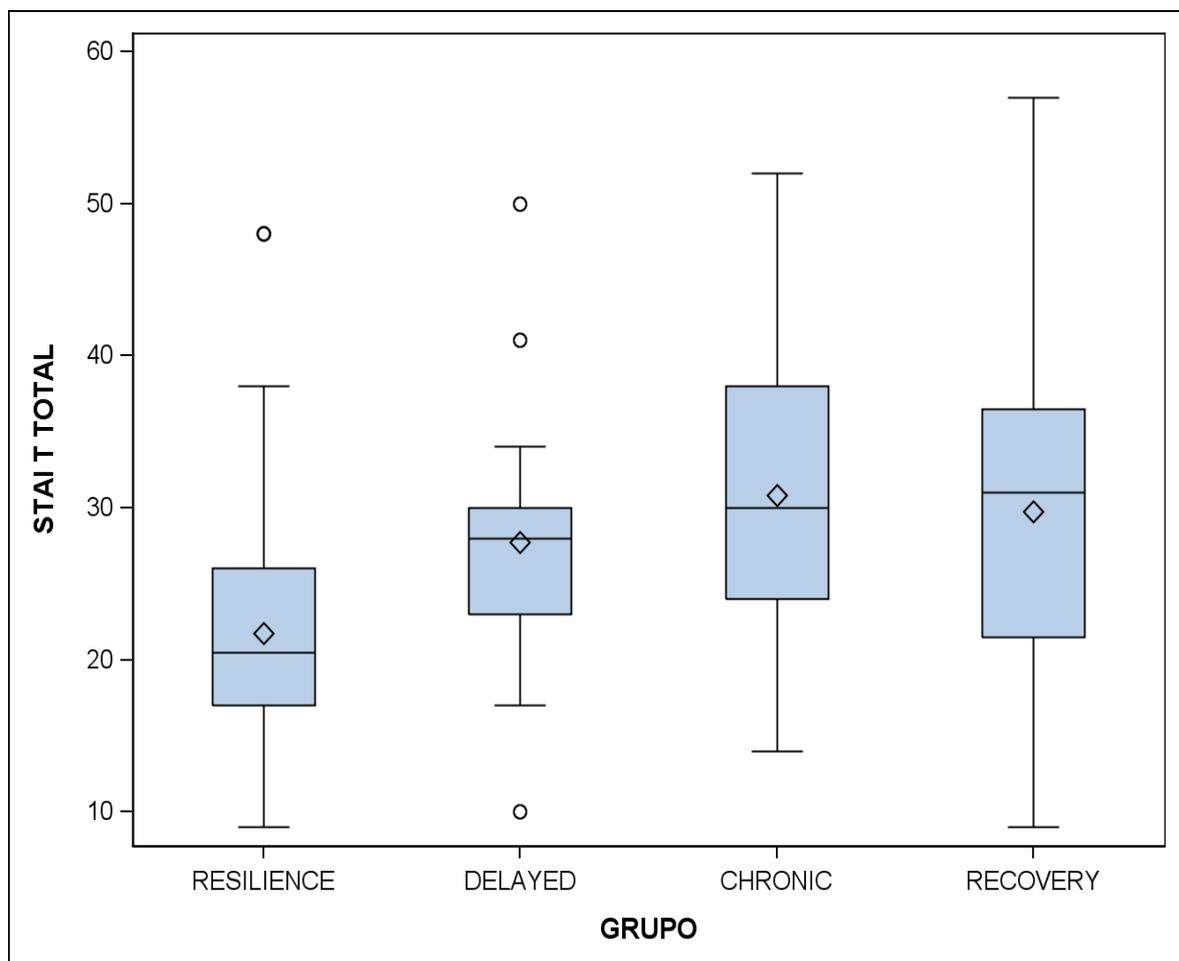


figura 25: valores del STAI rasgo en cada trayectoria

Para los pacientes de la trayectoria RESILIENCE, la media de STAI-rasgo Total fue de 21.74 y la mediana 20.5. El mínimo y máximo correspondieron a 9 y 48, respectivamente.

Dentro de la trayectoria DELAYED, los pacientes presentaron una media de STAI-rasgo Total de 27.71 y una mediana 28. El mínimo y máximo correspondieron a 10 y 50, respectivamente.

Para los pacientes de la trayectoria CHRONIC, la media de STAI-rasgo Total fue de 30.8 y la mediana 30. El mínimo y máximo correspondieron a 14 y 52, respectivamente.

Los pacientes de la trayectoria RECOVERY, presentaron una media del STAI-rasgo Total de 29.75 y la mediana 31. El mínimo y máximo correspondieron a 9 y 57, respectivamente.

En las pruebas estadísticas, el resultado obtenido ($F_{(3,1106,33)}=6,33$; $p= 0,0005$), es estadísticamente significativo.

En la Tabla 11 aparecen las comparaciones 2 a 2 entre los grupos y se aprecia que hubo diferencias entre CHRONIC y RESILIENCE, y entre RECOVERY y RESILIENCE.

Tabla 11: diferencias entre las medias del STAI-R entre trayectorias

trayectoria	trayectoria	estimado	Error standar	t	p	Límite inferior	Límite superior
CHRONIC	DELAYED	3.0857	3.8952	0.79	0.8579	-7.0758	13.2472
CHRONIC	RECOVERY	1.0500	3.5409	0.30	0.9909	-8.1874	10.2874
CHRONIC	RESILIENCE	9.0576	3.1924	2.84	0.0274	0.7294	17.3858
DELAYED	RECOVERY	-2.0357	3.1638	-0.64	0.9176	-10.2892	6.2178
DELAYED	RESILIENCE	5.9719	2.7682	2.16	0.1418	-1.2496	13.1933
RECOVERY	RESILIENCE	8.0076	2.2425	3.57	0.0029	2.1575	13.8576

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p<0,05$) están marcado en negrita.

Apoyo Familiar al ingreso para cada trayectoria

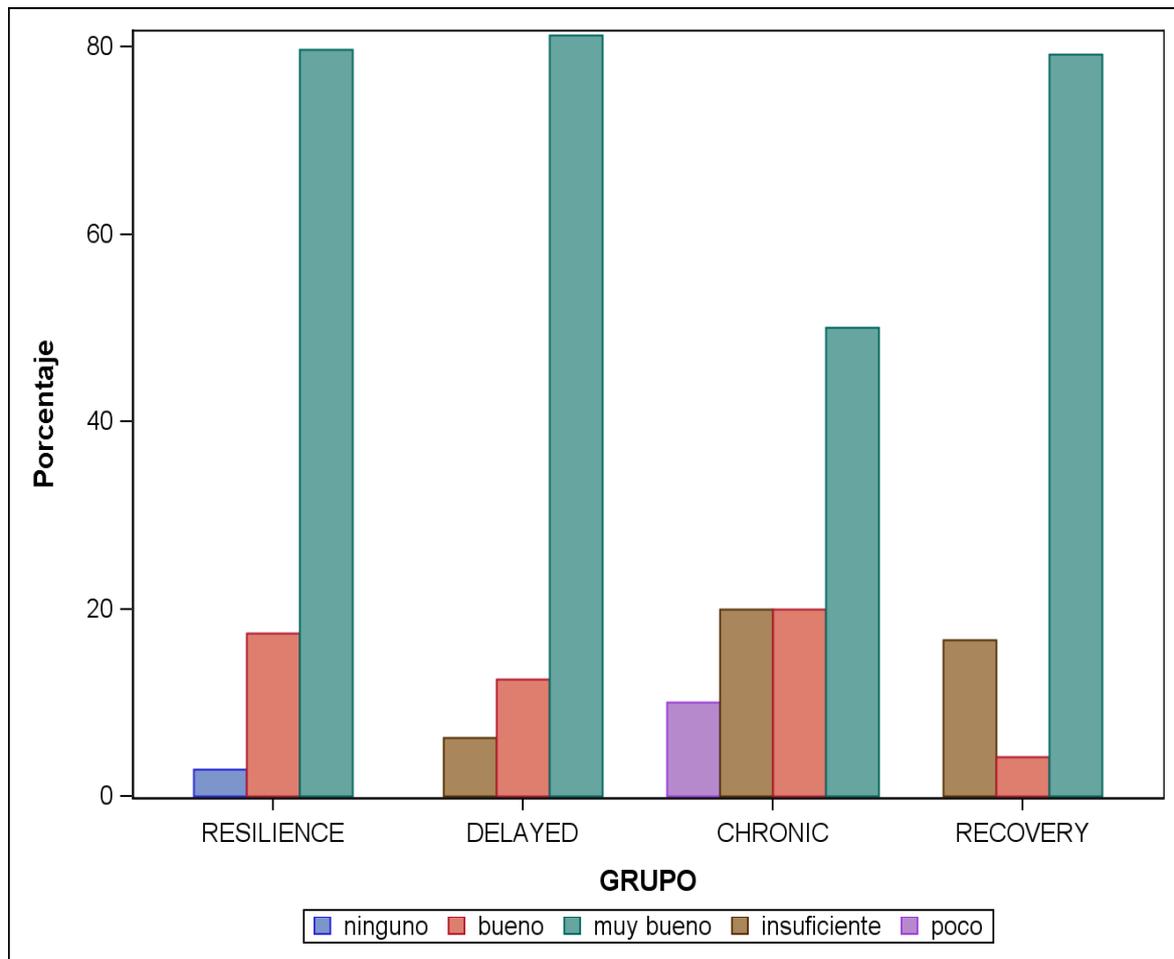


figura 26: percepción del apoyo familiar en cada trayectoria al ingreso hospitalario

En la trayectoria RESILIENCE, un 79.71% de los pacientes refirieron que han recibido un apoyo familiar muy bueno, al igual que el 81,25% de los pacientes de la trayectoria DELAYED, el 50% de los pacientes de la trayectoria CHRONIC y el 79,17% de los pacientes de la trayectoria RECOVERY.

Se realizó una prueba de contraste, para determinar si la distribución del apoyo familiar al ingreso era diferente según las cuatro trayectorias. El resultado obtenido ($F = 24,7467$; $p = 0,0161$), indica que la distribución del apoyo familiar al ingreso es diferente según el grupo.

Apoyo en el ámbito laboral al ingreso para cada trayectoria

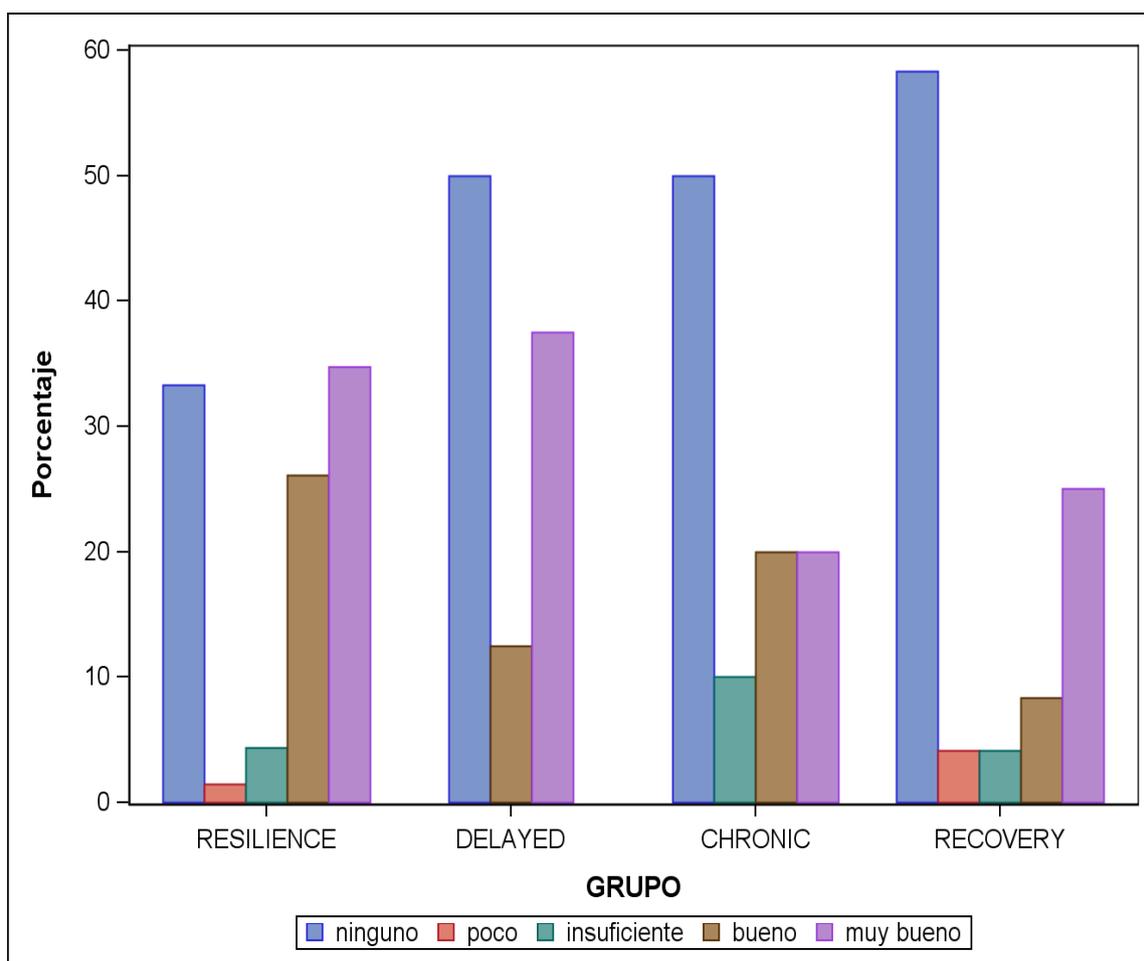


Figura 27: percepción del apoyo laboral en cada trayectoria, al ingreso hospitalario

En la trayectoria RESILIENCE, un 34.78% de los pacientes refirió que ha recibido un apoyo laboral muy bueno.

Para las trayectorias DELAYED y CHRONIC, el 50% de los pacientes refirieron no haber recibido apoyo laboral y los pacientes de la trayectoria RECOVERY, también lo refirieron pero en un 58,33%.

Se realizó una prueba de contraste para determinar si la distribución de la variable Apoyo Laboral al ingreso, era diferente según el grupo. El Valor obtenido ($F = 11,5072$; $p = 0,4860$), indicaría que no hay diferencias estadísticamente significativas.

Apoyo sociedad global al ingreso en cada trayectoria

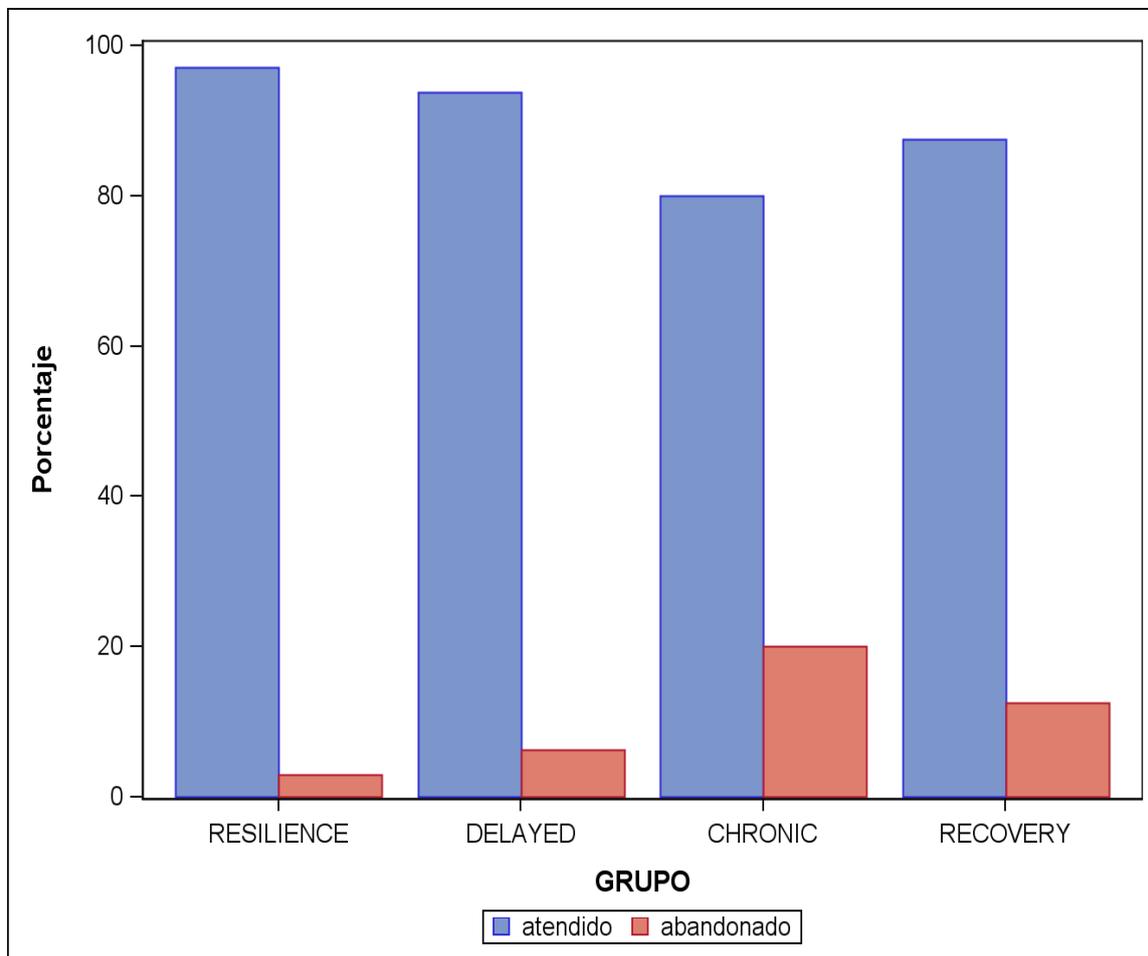


Figura 28: percepción del apoyo social en cada trayectoria al ingreso hospitalario

Dentro de la trayectoria RESILIENCE, un 97.1% de los pacientes refirió que se ha sentido atendido, al igual que un 93,75% de los DELAYED, un 80% de los CHRONIC y un 87,5% de los pacientes de la trayectoria RECOVERY.

Se realizó una prueba de contraste para determinar si la distribución de la variable apoyo de la sociedad global, al ingreso es diferente según la trayectoria. El resultado ($F = 4,9650$; $p = 0,1744$), por tanto no hay diferencias estadísticamente significativas.

Apoyo Familiar a los 6 meses en cada trayectoria

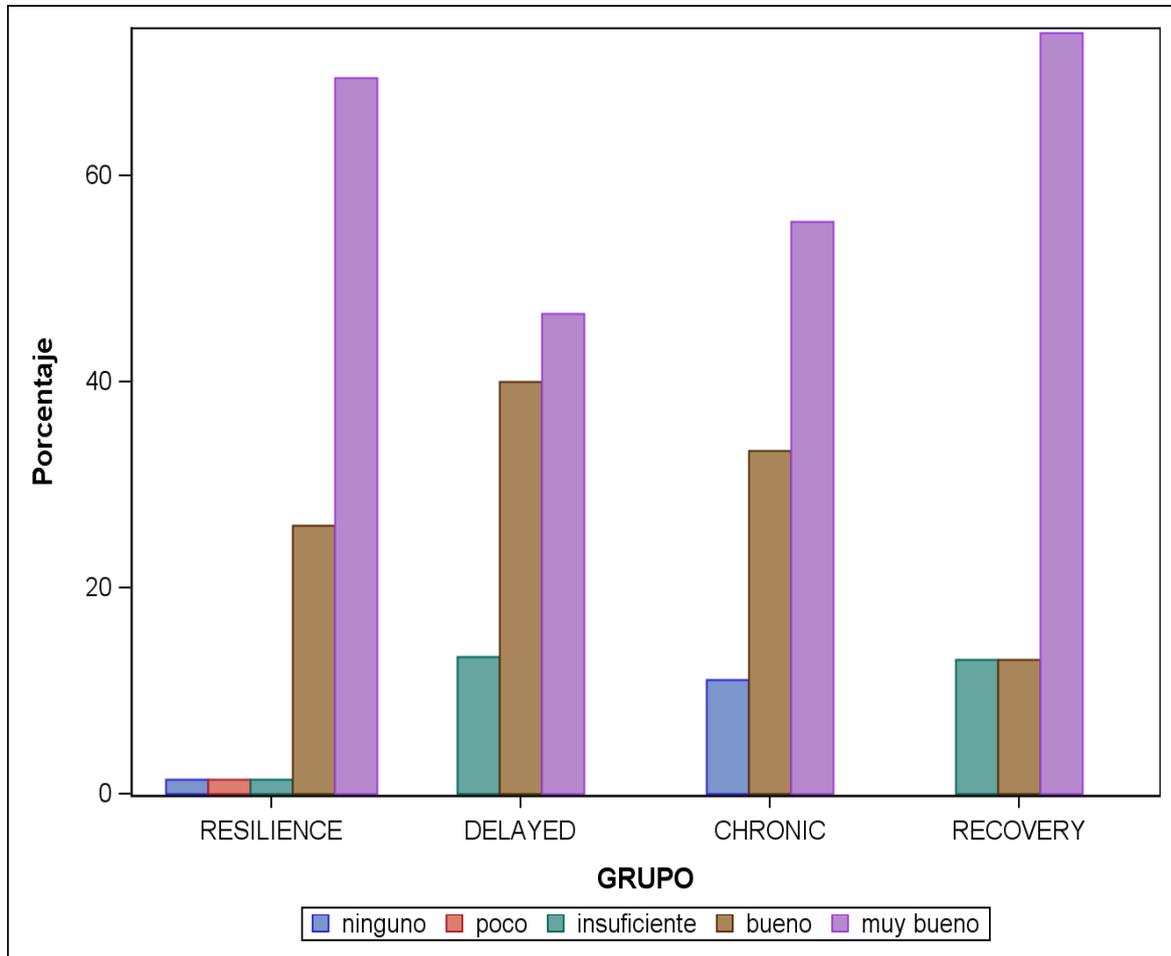


Figura 29: percepción del apoyo familiar en cada trayectoria a los 6 meses

Dentro de la trayectoria RESILIENCE, un 69.57% de los pacientes refirieron que habían recibido un apoyo familiar muy bueno, como el 46,67% de los pacientes de la trayectoria DELAYED, el 55,56% de los pacientes CHRONIC y el 73.91% de los pacientes de la trayectoria RECOVERY.

Se realizó una prueba de contraste para determinar si la distribución de la variable apoyo familiar a los 6 meses, es diferente según cada trayectoria. El valor obtenido ($F=15,6141$; $p=0,2096$), indicaría que no hay diferencias estadísticamente significativas.

Apoyo ámbito laboral a los 6 meses en cada trayectoria

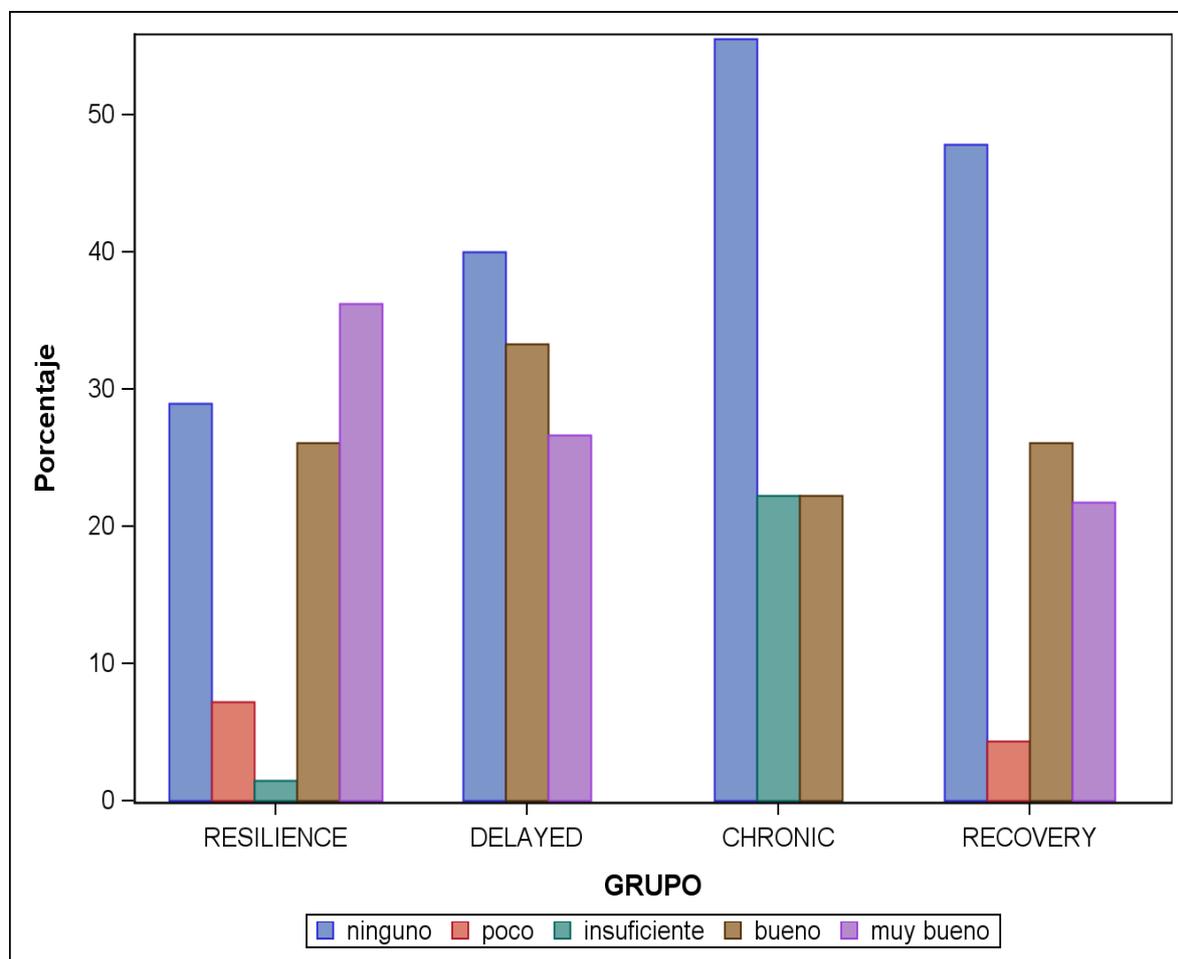


Figura 30: percepción del apoyo laboral en cada trayectoria a los 6 meses

Dentro de la trayectoria RESILIENCE, un 36.23% de los pacientes refirieron que habían recibido un apoyo muy bueno en el ámbito laboral.

Dentro de la trayectoria DELAYED, un 40% de los pacientes refirieron que no habían recibido apoyo laboral, como el 55,56% de los pacientes de la trayectoria CHRONIC y el 47,83% de los pacientes del RECOVERY.

Se realizó una prueba de contraste para determinar si la distribución del apoyo laboral a los 6 meses era diferente según la trayectoria. El valor obtenido ($F= 20,3406$; $p= 0,0609$), al ser un p muy cercano a los 0.05 y que se obtienen diferencias a un nivel de significación del 10%, permite afirmar que la distribución del apoyo en el ámbito laboral a los 6 meses, es diferente según el grupo.

Apoyo sociedad global a los 6 meses en cada trayectoria

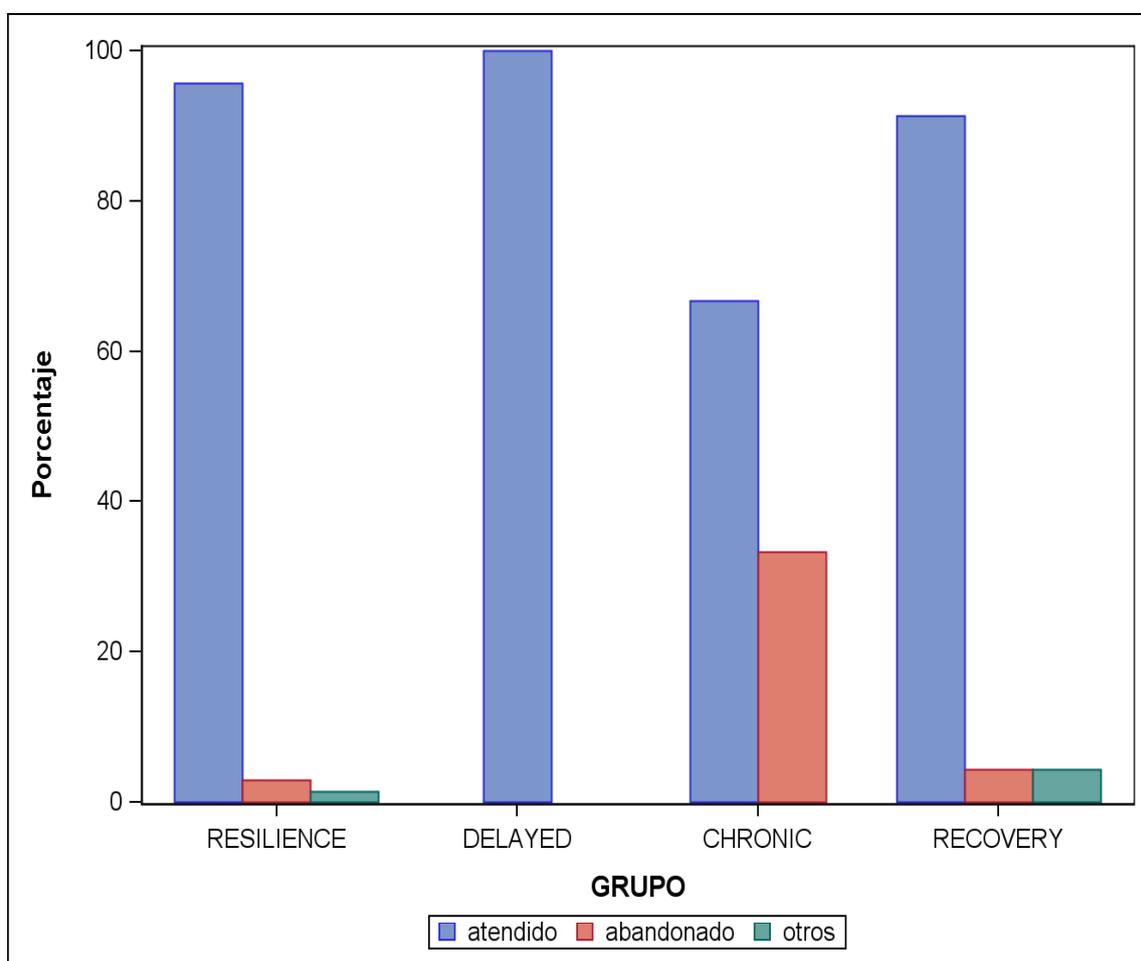


figura 31: percepción del apoyo social en cada trayectoria a los 6 meses

Dentro de la trayectoria RESILIENCE, un 95.65% de los pacientes refirió haberse sentido atendido, así como todos los pacientes de la trayectoria DELAYED.

Por otra parte, dentro de la trayectoria CHRONIC, un 66.67% de los pacientes se han sentido atendidos y un 91.3% de los pacientes de la trayectoria RECOVERY..

Se realizó una prueba de contraste para determinar si la distribución del apoyo global a los 6 meses es diferente entre las trayectorias: ($F=10,8991$; $p= 0,0915$). Se obtuvo un valor de p . cercano al 0.05 y se obtuvieron diferencias a un nivel de significación del 10%, por tanto, la distribución del apoyo global es diferente según el grupo de trayectorias.

Apoyo familiar a los 2 años en cada trayectoria

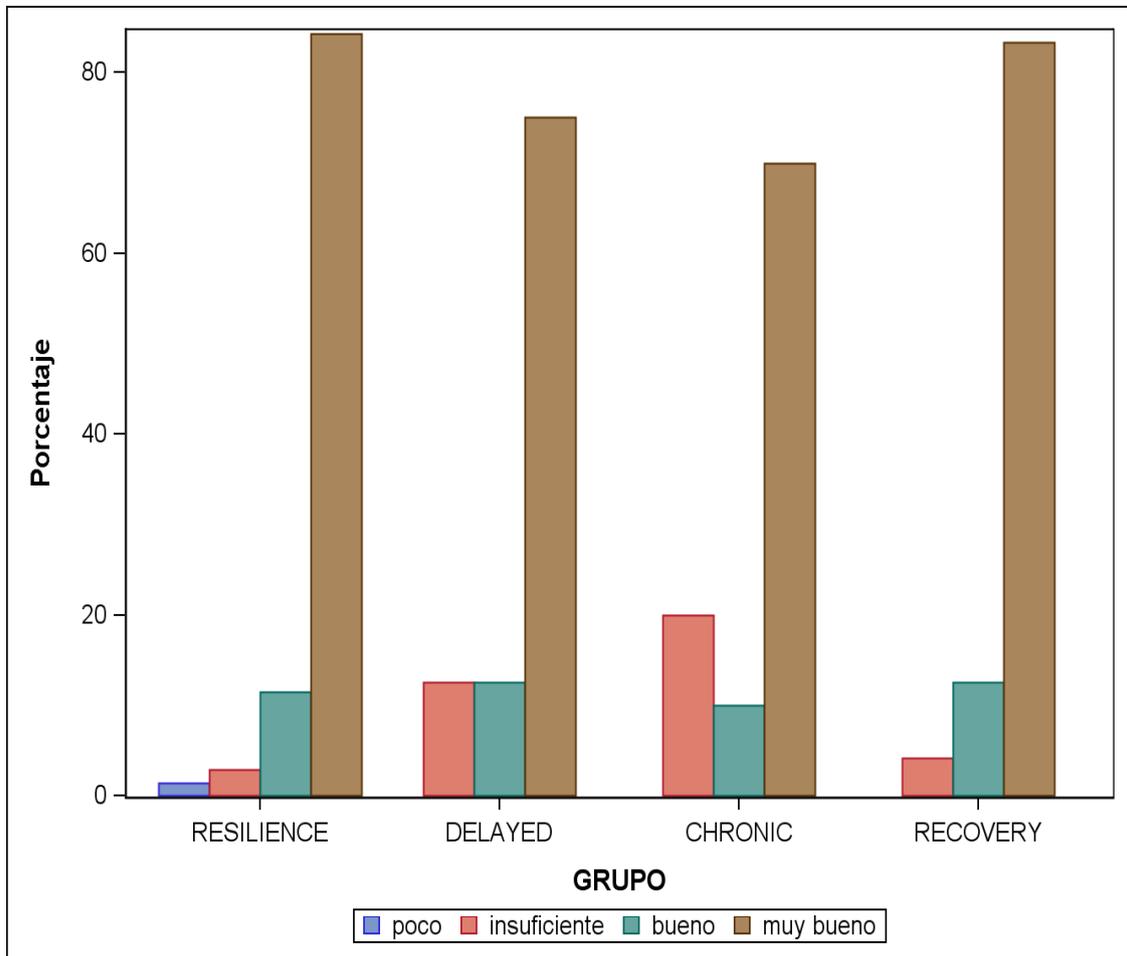


Figura 32: percepción del apoyo familiar en cada trayectoria los dos años

En la trayectoria RESILIENCE, un 84.29% de los pacientes han percibido haber recibido un apoyo familiar muy bueno, como también el 75% de los pacientes del grupo DELAYED.

Dentro de la trayectoria CHRONIC, el 70% de los pacientes han percibido haber recibido un apoyo familiar muy bueno, como también en la trayectoria RECOVERY, donde un 83,3% también han percibido recibirlo con este valor.

Se realizó una prueba de contraste, para determinar si la distribución del apoyo familiar percibido a los 2 años, es diferente según cada trayectoria. El valor obtenido ($F=5,909$; $p=0,7489$), indicaría que no hay diferencias estadísticamente significativas.

Apoyo ámbito laboral a los 2 años en cada trayectoria

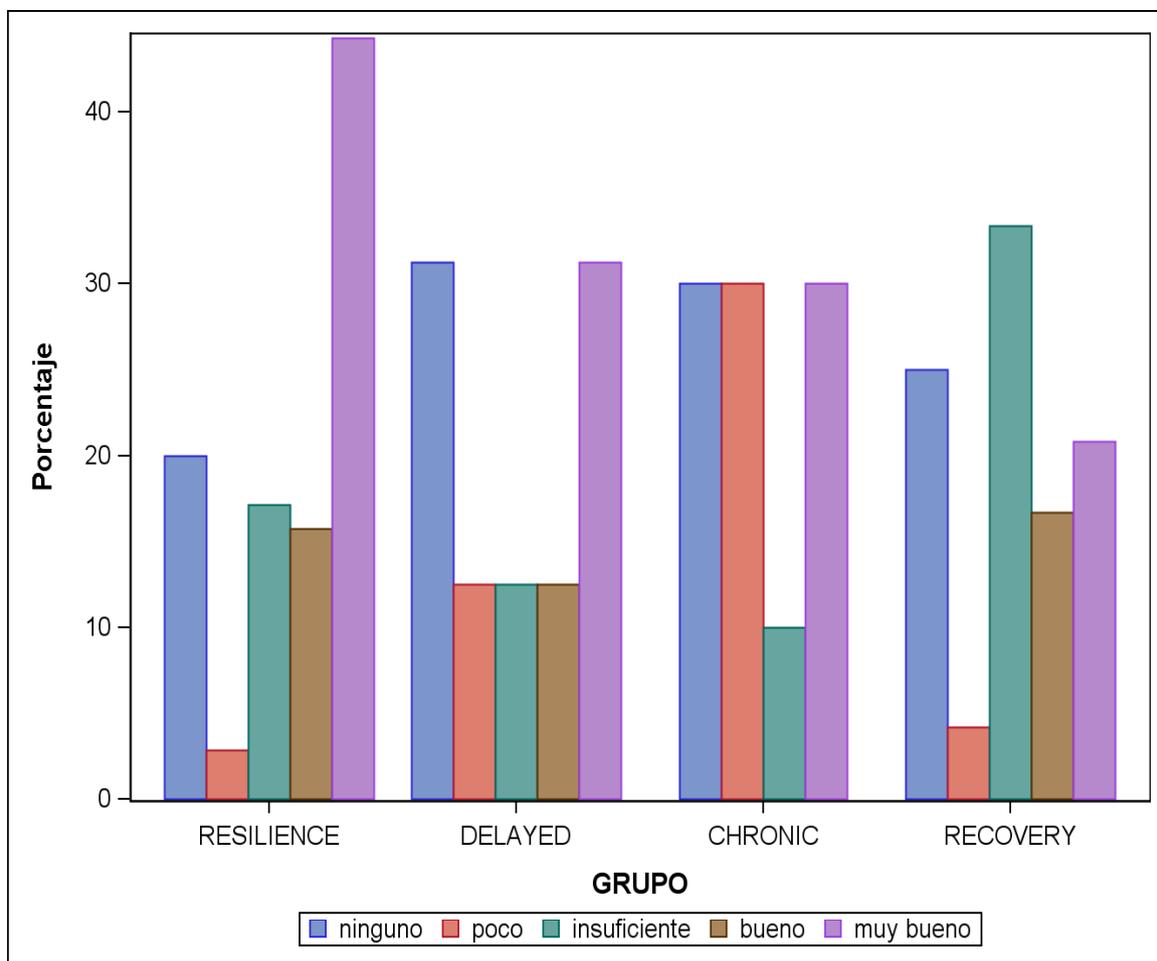


Figura 33: percepción del apoyo laboral en cada trayectoria a los dos años

Dentro de la trayectoria de los pacientes RESILIENCE, un 44.29% ha percibido haber recibido un apoyo laboral muy bueno. En el grupo de los pacientes con trayectoria DELAYED, un 31.25% han percibido haber recibido un apoyo laboral muy bueno o ninguno. En la trayectoria de los pacientes CHRONIC, un 30% han percibido recibir un apoyo laboral muy bueno, ninguno o poco; en los pacientes RECOVERY, un 33.33% han percibido haber recibido un apoyo laboral insuficiente.

Se realizó una prueba de contraste para determinar si la distribución del apoyo laboral a los 2 años era diferente según las trayectorias. El valor obtenido ($F=17,645$; $p= 01269$), indica que no hay diferencias estadísticamente significativas.

Apoyo sociedad global a los 2 años en cada trayectoria

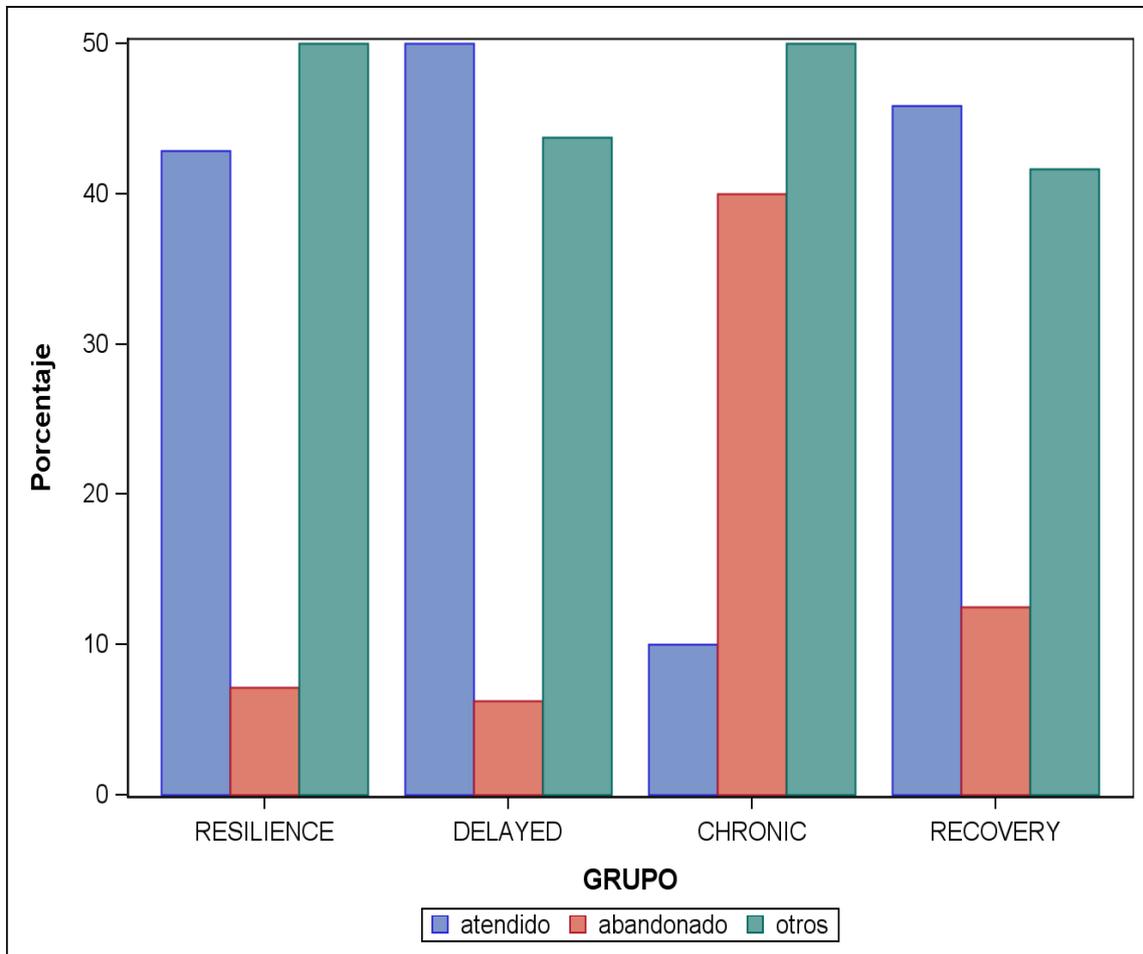


Figura 34: percepción del apoyo social global en cada trayectoria a los dos años

Dentro de la trayectoria RESILIENCE, un 50% de los pacientes refirieron haber tenido “otros” tipos de apoyo, al igual que en la trayectoria CHRONIC. Los pacientes de la trayectoria DELAYED presentaron que en un 50% se han sentido atendidos; en la trayectoria de los pacientes RECOVERY, un 45.83% de los mismos se han sentido atendidos.

Se realizó una prueba de contraste para determinar si la distribución del apoyo laboral a los 2 años, era diferente según el grupo. El valor obtenido ($F = 10,2249$; $p = 0,1155$), que indicaría que no hay diferencias estadísticamente significativas.

A modo de resumen de los análisis obtenidos en el análisis bivariado del apoyo social y las trayectorias, destaca:

- en el momento del ingreso, el apoyo familiar percibido es el más relevante en todas las trayectorias, a excepción de los pacientes de la trayectoria CHRONIC
- a los 6 meses, destacaba el apoyo laboral percibido por parte de los pacientes con reincorporación laboral en las trayectorias
- a los 2 años, no se encontraron diferencias entre el tipo de apoyo percibido en los cuatro grupos de trayectoria

5.3.-Valores del IES-R en cada trayectoria

Con el objetivo de conocer con más detalle los cambios producidos en los síntomas del TEPT a lo largo del tiempo en los pacientes de cada grupo de trayectoria, se analizaron los resultados del IES-R. Dado que el IES-R proporciona puntuaciones sobre los clústeres de síntomas (activación, intrusión y evitación), se buscó saber si los cambios longitudinales se dan en todos los clústeres en el mismo tiempo o no. Para ello se compararon las puntuaciones de los síntomas de activación, intrusión y evitación para cada uno de los cuatro grupos de trayectoria a los 30 días, los 90 días, los 6 meses y los dos años.

5.3.1.-Valores del IES-R medido a los 30 días

Valores del IES-R Activación medido a los 30 días

Tabla 12: valores del IES-R activación a los 30 días

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estand	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	70	0,029	0,000	0,069	0.000	0.333	0
DELAYED	16	0,292	0,000	0,703	0.000	2.833	0
CHRONIC	10	0,367	0,333	0,358	0.000	1.000	0
RECOVERY	24	0,486	0,333	0,569	0.000	2.333	0

En la Tabla 12 se pueden ver los valores de activación del IES-R, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\text{Chi}^2=39,231$; $\text{gl}=3$; $p<0,0001$). Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 13) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y RECOVERY; RESILIENCE y CHRONIC; DELAYED y RECOVERY.

Tabla 13: relación entre los valores del IES-R activación a los 30 días en cada trayectoria

trayectoria	trayectoria	Wilcoxon Two-Sample Test	p
RESILIENCE	DELAYED	872,5000	0.0072
RESILIENCE	CHRONIC	626,0000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1675,5000	<.0001
DELAYED	CHRONIC	162,5000	0.1443
DELAYED	RECOVERY	259,0000	0.0563
CHRONIC	RECOVERY	167,5000	0.7879

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Valores del IES-R intrusión medido a los 30 días

Tabla 14: valores del IES-R intrusión a los 30 días

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	70	0,105	0,000	0.224	0.000	1.000	0
DELAYED	16	0,292	0,167	0.496	0.000	2.000	0
CHRONIC	10	0,583	0,500	0.557	0.000	1.667	0
RECOVERY	24	0,542	0,333	0.674	0.000	3.333	0

En la Tabla 14 se pueden ver los valores de intrusión del IES-R, a los 30 días.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=31,6717$; $gl=3$; $p < 0,0001$).

Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 15) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y CHRONIC; RESILIENCE y RECOVERY; DELAYED y RECOVERY.

Tabla 15: relación entre los valores del IES-R activación a los 30 días según las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Wilcoxon Two-Sample Test	p.
RESILIENCE	DELAYED	872,5000	0.0210
RESILIENCE	CHRONIC	621,5000	0.0003
RESILIENCE	RECOVERY	1648,5000	<.0001
DELAYED	CHRONIC	163,5000	0.1410
DELAYED	RECOVERY	255,5000	0.0482
CHRONIC	RECOVERY	184,0000	0.7470

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Valores del IES-R evitación medido a los 30 días

Tabla 16: valores del IES-R evitación a los 30 días

Trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	70	0,082	0,000	0.238	0.000	1.250	0
DELAYED	16	0,297	0,000	0.619	0.000	2.125	0
CHRONIC	10	0,475	0,438	0.496	0.000	1.500	0
RECOVERY	24	0,333	0,125	0.425	0.000	1.375	0

En la tabla 16 se pueden ver los valores de evitación del IES-R, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=20,7948$; $gl=3$; $p=0,0001$). Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 17) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED (con un nivel de significación del 10%); entre RESILIENCE y RECOVERY; RESILIENCE y CHRONIC.

Tabla 17: relación entre los valores del IES-R evitación a los 30 días según las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	817,0000	0.0634
RESILIENCE	CHRONIC	602,0000	0.0003
RESILIENCE	RECOVERY	1468,5000	0.0004
DELAYED	CHRONIC	163,0000	0.1335
DELAYED	RECOVERY	295,0000	0.3376
CHRONIC	RECOVERY	198,0000	0.3836

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

5.3.2.-Valores del IES-R medido a los 90 días

Valores del IES-R activación medido a los 90 días

Tabla 18: valores del IES-R activación a los 90 días

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	70	0.031	0.000	0.099	0.000	0.667	0
DELAYED	16	0.115	0.000	0.296	0.000	1.167	0
CHRONIC	10	0.500	0.250	0.619	0.000	2.000	0
RECOVERY	24	0.250	0.167	0.291	0.000	0.833	0

En la Tabla 18 se pueden ver los valores de activación del IES-R a los 90 días, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=40,444$; $gl=3$; $p < 0,0001$). Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 19) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y CHRONIC; DELAYED y RECOVERY; DELAYED y CHRONIC; DELAYED y RECOVERY

Tabla 19: relación entre los valores del IES-R activación a los 90 días según las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	769,5000	0.1965
RESILIENCE	CHRONIC	689,5000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1577,0000	<.0001
DELAYED	CHRONIC	188,5000	0.0059
DELAYED	RECOVERY	257.0000	0.0400
CHRONIC	RECOVERY	211,5000	0.1675

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Valores del IES-R intrusión medido a los 90 días

Tabla 20: valores del IES-R intrusión a los 90 días:

trayectoria	N	Media	Mediana	Des. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	70	0,060	0,000	0.173	0.000	0.667	0
DELAYED	16	0,208	0,000	0.378	0.000	1.500	0
CHRONIC	10	0,517	0,583	0.396	0.000	1.167	0
RECOVERY	24	0,236	0,083	0.318	0.000	1.167	0

En la Tabla 20 se pueden ver los valores de intrusión del IES-R a los 90 días, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=28,833$; $gl=3$; $p < 0,0001$). Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 21) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y CHRONIC; RESILIENCE y RECOVERY; DELAYED y CHRONIC; CHRONIC y RECOVERY

Tabla 21: relación entre los valores del IES-R evitación a los 90 días según las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	862.5000	0.0080
RESILIENCE	CHRONIC	651.5000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1450.0000	0.0004
DELAYED	CHRONIC	176.0000	0.0236
DELAYED	RECOVERY	312.0000	0.6421
CHRONIC	RECOVERY	226.5000	0.0525

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Valores IES-R evitación medidos a los 90 días

Tabla 22: valores del IES-R evitación a los 90 días

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	70	0,075	0,000	0.292	0.000	2.000	0
DELAYED	16	0,156	0,000	0.471	0.000	1.875	0
CHRONIC	10	0,450	0,438	0.483	0.000	1.625	0
RECOVERY	24	0,167	0,000	0.260	0.000	1.000	0

En la Tabla 22 se pueden ver los valores de evitación del IES-R a los 90 días, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=22,779$; $gl=3$; $p < 0,0001$). Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 23) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre Se obtuvieron las siguientes diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y CHRONIC; RESILIENCE y RECOVERY; DELAYED y CHRONIC; y CHRONIC y RECOVERY (con un nivel de significación del 10%).

Tabla 23: relación entre los valores del IES-R evitación a los 90 días

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	732.0000	0.5149
RESILIENCE	CHRONIC	613.0000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1412.0000	0.0014
DELAYED	CHRONIC	177.5000	0.0181
DELAYED	RECOVERY	282.0000	0.1479
CHRONIC	RECOVERY	223.0000	0.0660

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

5.3.3.-Valores del IES-R medido a los 6 meses

Valores del IES-R activación a las 6 meses

Tabla 24: valores del IES-R activación a los 6 meses

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	69	0,046	0,000	0.148	0.000	0.667	1
DELAYED	15	0,167	0,000	0.321	0.000	1.167	1
CHRONIC	9	0,611	0,333	0.682	0.000	1.833	1
RECOVERY	23	0,268	0,167	0.372	0.000	1.500	1

En la Tabla 24 se pueden ver los valores de activación del IES-R a los 6 meses, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=30,413$; $gl=3$; $p < 0,0001$). Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 25) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y CHRONIC; RESILIENCE y RECOVERY; DELAYED y CHRONIC.

Tabla 25: relación entre los valores del IES-R activación a los 6 meses

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	752.5000	0.0365
RESILIENCE	CHRONIC	570.0000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1430.0000	<.0001
DELAYED	CHRONIC	147.0000	0.0403
DELAYED	RECOVERY	255.0000	0.2367
CHRONIC	RECOVERY	184.5000	0.1330

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Valores del IES-R intrusión a los 6 meses

Tabla 26: valores del IES-R intrusión a los 6 meses

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	69	0,041	0,000	0.150	0.000	0.833	1
DELAYED	15	0,256	0,000	0.377	0.000	1.333	1
CHRONIC	9	0,556	0,333	0.667	0.000	2.167	1
RECOVERY	23	0,159	0,000	0.254	0.000	0.667	1

En la Tabla 26 se pueden ver los valores de intrusión del IES-R a los 6 meses, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=33,278$; $gl=3$; $p < 0,0001$).

Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 27) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y CHRONIC; RESILIENCE y RECOVERY; CHRONIC y RECOVERY.

Tabla 27: relación entre los valores del IES-R intrusión a los 6 meses entre las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	835.0000	0.0004
RESILIENCE	CHRONIC	603.0000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1306.0000	0.0013
DELAYED	CHRONIC	137.0000	0.1526
DELAYED	RECOVERY	311.0000	0.5518
CHRONIC	RECOVERY	204.5000	0.0192

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Valores del IES-R evitación medido a los seis meses

Tabla 28: valores del IES-R evitación a los 6 meses

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	69	0,029	0,000	0.103	0.000	0.500	1
DELAYED	15	0,200	0,000	0.374	0.000	1.000	1
CHRONIC	9	0,625	0,375	0.817	0.000	2.250	1
RECOVERY	23	0,245	0,000	0.383	0.000	1.250	1

En la Tabla 28 se pueden ver los valores de evitación del IES-R a los 6 meses, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=26,823$; $gl=3$; $p < 0,0001$).

Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 29) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y CHRONIC; RESILIENCE y RECOVERY.

Tabla 29: relación entre los valores del IES-R evitación a los 6 meses entre las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	769.0000	0.0107
RESILIENCE	CHRONIC	544.5000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1383.5000	<.0001
DELAYED	CHRONIC	138.0000	0.1176
DELAYED	RECOVERY	269.0000	0.4483
CHRONIC	RECOVERY	180.0000	0.1793

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

5.3.4.-Valores del IES-R medido a los 2 años

Valores IES-R activación medidos a los 2 años

Tabla 30: valores del IES-R activación a los 2 años

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	69	0,164	0,000	0.215	0.000	0.833	1
DELAYED	16	1,500	1,250	0.728	0.833	3.333	0
CHRONIC	10	1,683	1,500	0.611	1.000	3.000	0
RECOVERY	24	0,181	0,083	0.214	0.000	0.667	0

En la Tabla 30, se pueden ver los valores de activación del IES-R a los 2 años, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\text{Chi}^2=64,571$; $gl=3$; $p < 0,0001$).

Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 31) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y CHRONIC; DELAYED y RECOVERY; CHRONIC y RECOVERY

Tabla 31: relación entre los valores del IES-R activación a los dos años por las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	1236.0000	<.0001
RESILIENCE	CHRONIC	745.0000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1166.0000	0.7231
DELAYED	CHRONIC	156.5000	0.2745
DELAYED	RECOVERY	520.0000	<.0001
CHRONIC	RECOVERY	295.0000	<.0001

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Valores del IES-R intrusión medida a los 2 años

Tabla 32: valores del IES-R intrusión a los dos años

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estandar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	70	0,300	0,167	0.327	0.000	1.333	0
DELAYED	16	1,490	1,333	0.703	0.500	3.167	0
CHRONIC	10	1,950	2,083	0.634	0.833	2.833	0
RECOVERY	24	0,278	0,250	0.268	0.000	0.667	0

En la Tabla 32, se pueden ver los valores de intrusión del IES-R a los 2 años, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=57,265$; $gl=3$; $p < 0,0001$).

Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 33) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y CHRONIC; DELAYED y CHRONIC; DELAYED y RECOVERY; CHRONIC y RECOVERY.

Tabla 33: relación entre los valores del IES-R intrusión entre las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon-Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	1218.0000	<.0001
RESILIENCE	CHRONIC	748.0000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1139.0000	0.9964
DELAYED	CHRONIC	168.5000	0.0934
DELAYED	RECOVERY	511.0000	<.0001
CHRONIC	RECOVERY	295.0000	<.0001

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Valores IES-R evitación a los dos años

Tabla 34: valores del IES-R evitación a los 2 años

trayectoria	N	Media	Mediana	Desv. estándar	Mínimo	Máximo	N Miss
RESILIENCE	70	0,084	0,000	0.218	0.000	1.250	0
DELAYED	16	0,695	0,375	0.854	0.000	3.250	0
CHRONIC	10	0,688	0,875	0.308	0.250	1.000	0
RECOVERY	24	0,115	0,000	0.215	0.000	0.750	0

En la Tabla 34, se pueden ver los valores de evitación del IES-R a los 2 años, donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=50,970$; $gl=3$; $p < 0,0001$).

Una comparación 2 a 2 entre los cuatro grupos (ver Tabla 35) mostró que habían diferencias estadísticamente significativas entre RESILIENCE y DELAYED; RESILIENCE y CHRONIC; DELAYED y RECOVERY; CHRONIC y RECOVERY.

Tabla 35: relación entre los valores del IES-R evitación a los dos años

trayectoria	trayectoria	Test de Wilcoxon-Two Sample	p
RESILIENCE	DELAYED	1131.5000	<.0001
RESILIENCE	CHRONIC	724.5000	<.0001
RESILIENCE	RECOVERY	1216.0000	0.4072
DELAYED	CHRONIC	156.5000	0.2750
DELAYED	RECOVERY	461.5000	0.0005
CHRONIC	RECOVERY	281.5000	0.0002

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcados en negrita.

5.3.5.- Síntesis de los seguimientos y los clústeres del IES-R

Sintomatología de Activación

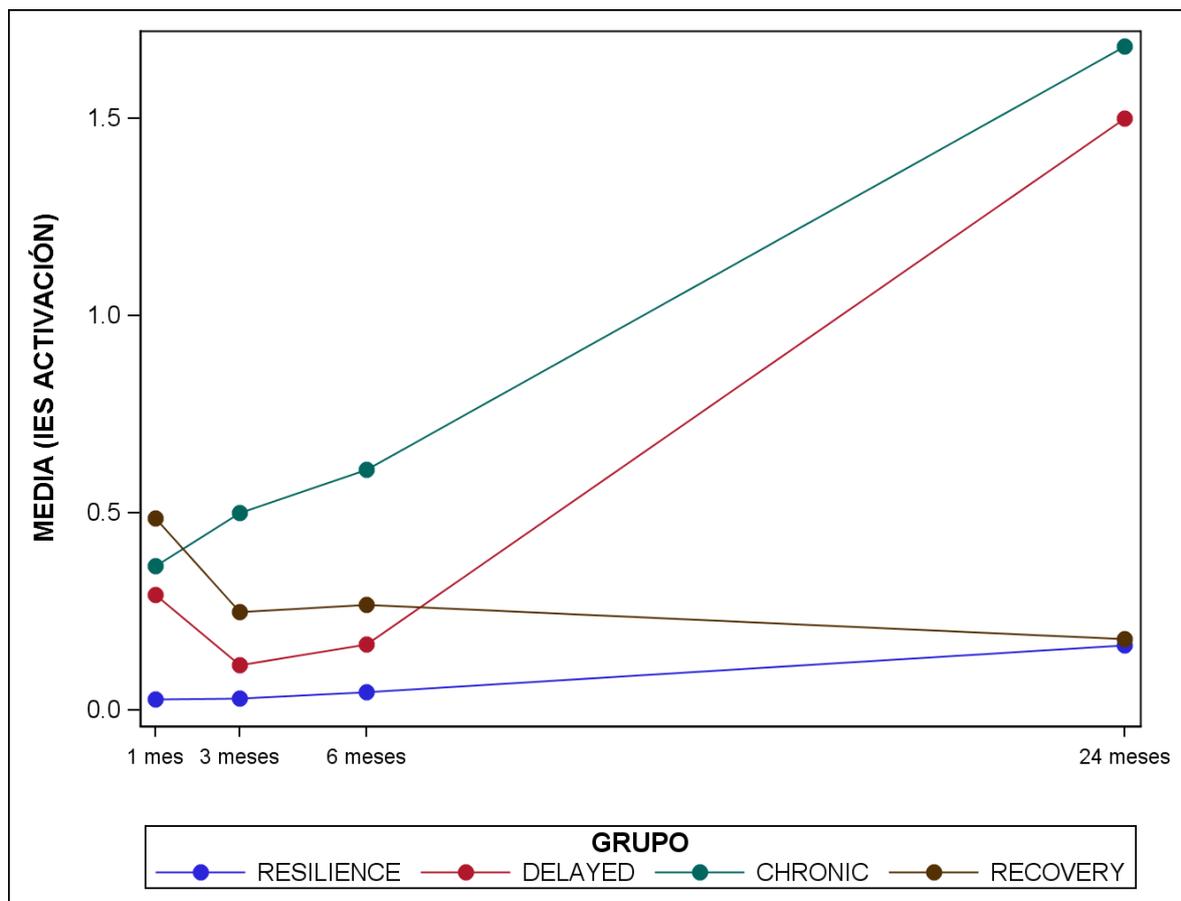


Figura 35: Sintomatología de Activación en las cuatro Trayectorias según el IES-R

En la Figura 35, se puede examinar la representación gráfica de los valores de activación que se ha hallado al mes, a los tres meses, a los 6 meses y a los dos años para cada una de las trayectorias y que se han analizado estadísticamente en la sección anterior. Como puede apreciarse, la sintomatología de activación es especialmente elevada en los pacientes de las trayectorias CHRONIC y DELAYED, a partir de los 6 meses del acontecimiento y antes de los 6 meses destacan sólo los pacientes de la trayectoria CHRONIC. El grupo de RECOVERY sólo es el que presenta más frecuencia en el seguimiento del primer mes.

Sintomatología de Intrusión

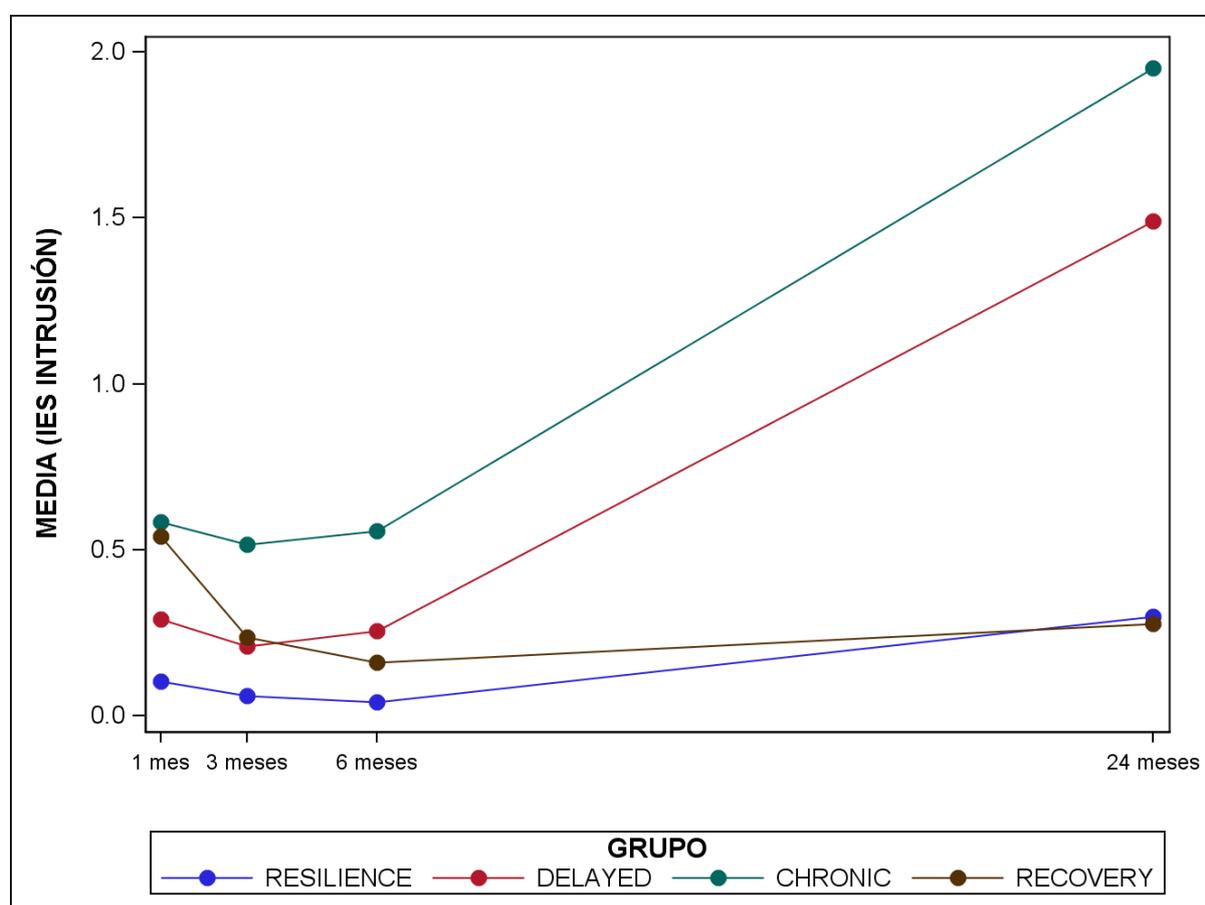


Figura 36: Sintomatología de Intrusión en el IES-R, en las cuatro Trayectorias según el IES-R

En la figura 36, se muestran los valores de la sintomatología de intrusión al mes, a los 3 y 6 meses, y a los dos años, para los pacientes de las cuatro trayectorias. Al igual que en el caso de la sintomatología de activación, los valores superiores corresponden a los

pacientes de la trayectorias CHRONIC y DELAYED, a partir de los 6 meses del acontecimiento, y los pacientes de CHRONIC, son los que muestran más síntomas entre los 3 meses y los 6 meses. En el primer mes los dos grupos con valores altos, son los de CHRONIC y RECOVERY.

Sintomatología de Evitación

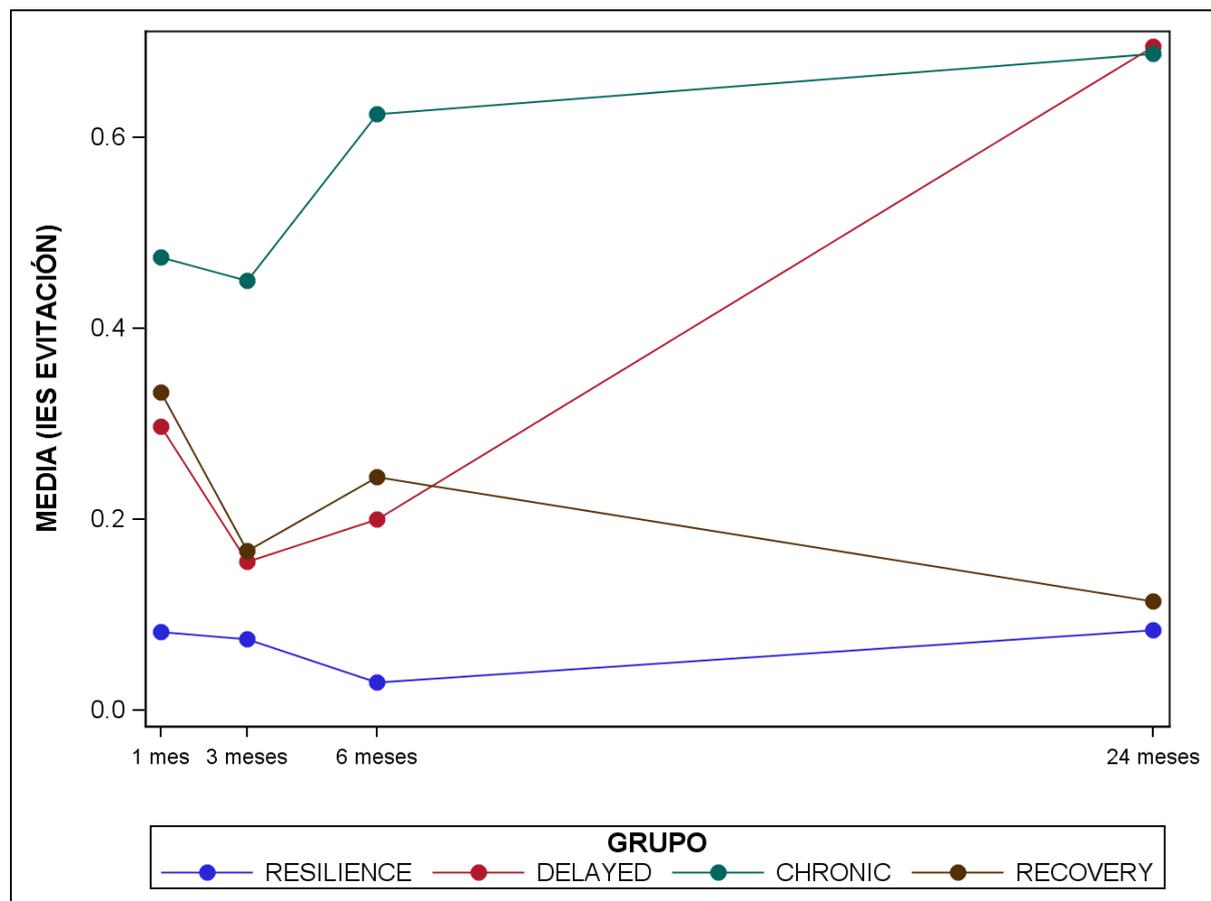


Figura 37: Sintomatología de Evitación en el IES-R, en las cuatro trayectorias según el IES-R

Como se observa en la figura 37, la sintomatología de evitación, también se eleva significativamente a los dos años en las trayectorias de los pacientes CHRONIC y DELAYED. Por otra parte, los valores absolutos en este clúster son más bajos, en relación a los obtenidos en los dos clúster anteriores: activación e intrusión. Es decir que la evitación, en su modalidad cognitiva y/o conductual, no es la sintomatología más prevalente de los pacientes de la muestra.

Por otra parte los grupos DELAYED y RECOVERY, muestran una evolución casi idéntica entre el primer y los meses meses, y solo se distinguen pasados ese período.

5.4.- Modelos explicativos de cada trayectoria

5.4.1.- Modelo de la trayectoria RESILIENCE

Para identificar las variables que influyen sobre la trayectoria RESILIENCE, se realizó una modelización longitudinal de la variable DTS total dentro de ese grupo, en función de las siguientes variables independientes: sexo, nivel socio-económico, edad, estado civil, nivel de estudios, días de hospitalización (DEH), etiología de la herida, superficie corporal quemada (SCQ), herida visible, STAI-Rasgo total, momento del seguimiento, apoyo familiar al ingreso.

La única variable estadísticamente significativa fue el número de días de ingreso (DEH), aumentando una media de 0.15 puntos el DTS para cada día adicional de ingreso ($F_{(1, 193)} = 3,80$; $p = 0,0526$).

5.4.2.- Modelo de la trayectoria DELAYED

Para identificar que variables influían sobre la trayectoria DELAYED, se realizó una modelización longitudinal de la variable DTS total dentro de ese grupo considerando las siguientes variables independientes: sexo, nivel socioeconómico, edad, estado civil, nivel de estudios, días de hospitalización (DEH), etiología de la herida, superficie corporal quemada (SCQ), herida visible, STAI-Rasgo total, momento del seguimiento/visita

No se han podido tener en cuenta todas las variables al ingreso, debido al reducido número de pacientes en esta trayectoria.

Las variables estadísticamente significativas fueron: edad al ingreso ($F_{(1, 38)}=5,04$; $p = 0,0307$), STAI-Rasgo Total ($F_{(1, 38)}=3,07$; $p = 0,0878$), que presenta un nivel de significación del 10% y el momento de seguimiento ($F_{(3, 38)}=30,61$; $p < 0,0001$).

En la Tabla 36, se puede ver el análisis de los efectos fijos de la edad al ingreso y del STAI-R.

Tabla 36: Análisis de efectos fijos de la edad al ingreso y del STAI-R en el DTS en la trayectoria DELAYED

Efecto	Estimado	Error estándar	t	p
Edad al ingreso	-0.7493	0.3338	-2.24	0.0307
STAI-rasgo	0.7650	0.4367	1.75	0.0878

Como se puede apreciar en dicha Tabla, al aumentar en una unidad la edad al ingreso, el DTS TOTAL disminuye en 0.75 unidades, mientras que al aumentar en una unidad STAI-rasgo TOTAL, el DTS TOTAL aumenta en 0.765 unidades.

En lo que se refiere al momento del seguimiento, se hallaron diferencias significativas entre los dos años y todas los demás seguimientos, pero no entre los otros momentos de seguimiento entre ellos (Ver Tabla 37).

Tabla 37: Diferencias de media por mínimos cuadrados del DTS en cada momento de seguimiento para la trayectoria DELAYED

seguimiento	seguimiento	Estimado	Error estándar	t	p	Límite inferior	Límite superior
6 meses	30 días	7.7769	5.1544	1.51	0.4424	-6.0702	21.6239
6 meses	90 días	0.7054	5.1544	0.14	0.9991	-13.1416	14.5525
6 meses	2 años	-36.0089	5.1544	-6.99	<.0001	-49.8559	-22.1618
30 días	90 días	-7.0714	5.0345	-1.40	0.5043	-20.5966	6.4537
30 días	2 años	-43.7857	5.0345	-8.70	<.0001	-57.3109	-30.2606
90 días	2 años	-36.7143	5.0345	-7.29	<.0001	-50.2394	-23.1891

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

5.4.3.- Modelo de la trayectoria CHRONIC

Se realizó una modelización longitudinal de la variable DTS total dentro del grupo CHRONIC, para identificar que variables influían en esa trayectoria. Las variables independientes consideradas fueron: sexo, nivel socioeconómico, edad, estado civil, nivel de estudios, días de hospitalización (DEH), etiología de la herida, superficie corporal quemada (SCQ), herida visible, STAI-Rasgo total, momento del seguimiento/visita.

No se han podido tener en cuenta todas las variables al ingreso, debido al reducido número de pacientes en esta trayectoria.

Las variables estadísticamente significativas fueron: SCQ ($F_{(2, 26)}=7,93$; $p=0,0092$), STAI-rasgo TOTAL ($F_{(1, 26)}=4,97$; $p=0,0347$) y la etiología de la herida, con un nivel de significación del 10% ($F_{(2, 26)}=2,92$; $p=0,0720$), además también fue significativo el momento del seguimiento ($F_{(3, 26)}=6,83$; $p=0,0015$).

En la Tabla 38, se puede ver el análisis de los efectos fijos de la fuente de la herida y del STAI-R. La diferencia significativa fue entre la fuente contacto vs Eléctrica, con una estimación de la diferencia de -63.64, lo que indica que el valor del DTS es más elevado en pacientes con quemaduras eléctricas que los que la quemadura fue ocasionada por contacto. El nivel de significación fue del 10%.

Tabla 38: Análisis de efectos fijos de la fuente de la herida y del STAI-R en el DTS en la trayectoria DELAYED

fuelle de la herida	fuelle de la herida	Estimado	Error estándar	t	p	Límite inferior	Límite superior
Contacto	Eléctrica	-63.6400	26.3609	-2.41	0.0581	-129.14	1.8616
Contacto	Llama	-17.0083	22.0058	-0.77	0.7227	-71.6885	37.6718
Eléctrica	Llama	46.6317	29.0066	1.61	0.2604	-25.4440	118.71

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p<0,05$) están marcado en negrita.

Tabla 39: Diferencias de media por mínimos cuadrados del DTS en cada momento de seguimiento para la trayectoria CHRONIC

seguimiento	seguimiento	Estimado	Error estándar	t	p	Límite inferior	Límite superior
6 meses	30 días	1.0704	6.4327	0.17	0.9983	-16.5765	18.7173
6 meses	90 días	-10.0296	6.4327	-1.56	0.4185	-27.6765	7.6173
6 meses	2 años	-23.9296	6.4327	-3.72	0.0050	-41.5765	-6.2827
30 días	90 días	-11.1000	6.2069	-1.79	0.3014	-28.1275	5.9275
30 días	2 años	-25.0000	6.2069	-4.03	0.0023	-42.0275	-7.9725
90 días	2 años	-13.9000	6.2069	-2.24	0.1392	-30.9275	3.1275

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

En la Tabla 39, se exponen las diferencias identificadas en lo que se refiere al momento del seguimiento, que son significativas entre los 6 meses y dos años, y entre los 30 días y dos años.

Tabla 40: Análisis de efectos fijos de la SCQ y del STAI-R en el DTS en la trayectoria CHRONIC

Efecto	Estimado	Error estándar	t	p
SCQ	-2.6915	0.9558	-2.82	0.0092
STAI_Rasgo	-1.8841	0.8453	-2.23	0.0347

En cuanto a la variable SCQ, los valores obtenidos (estimate = -2,6915; $p = 0,0092$), al aumentar en una unidad la SCQ, la variable DTS TOTAL disminuye en -2.69 unidades.

En cuanto a la variable STAI-Rasgo (estimate = -1,8841; $p = 0,0347$), al aumentar en una unidad, disminuyen 1,88 unidades la variable DTS TOTAL.

5.4.4.- Modelo de la trayectoria RECOVERY

Se realizó una modelización longitudinal de la variable DTS total dentro del grupo RECOVERY, para identificar que variables influían en esa trayectoria. Las variables independientes consideradas fueron: sexo, nivel socioeconómico, edad, estado civil, nivel de estudios, días de hospitalización (DEH), etiología de la herida, superficie corporal quemada (SCQ), herida visible, STAI-Rasgo total, momento del seguimiento/visita.

No se han podido tener en cuenta todas las variables al ingreso, debido al reducido número de pacientes en esta trayectoria.

En la Tablas 41 y 42, se puede ver el análisis de los efectos fijos del momento del seguimiento y de la fuente de la herida, pues estas dos variables fueron estadísticamente significativas: fuente de la herida ($F_{(4, 68)}=2,55$; $p=0, 0469$) y seguimiento ($F_{(3, 68)}=25,63$; $p <0, 0001$).

Tabla 41: Análisis de efectos fijos de la etiología/fuente de la herida en la trayectoria RECOVERY

fuente de la herida	fuente de la herida	Estimado	Error estándar	t	p	Límite inferior	Límite superior
Contacto	Eléctrica	2.3504	22.3926	0.10	1.0000	-60.4008	65.1015
Contacto	Escaldadura	-1.4062	17.7700	-0.08	1.0000	-51.2035	48.3910
Contacto	Llama	-8.7667	14.2683	-0.61	0.9723	-48.7510	31.2176
Contacto	Química	-39.8428	18.2119	-2.19	0.1968	-90.8784	11.1927
Eléctrica	Escaldadura	-3.7566	27.2849	-0.14	0.9999	-80.2176	72.7044
Eléctrica	Llama	-11.1171	23.2808	-0.48	0.9892	-76.3574	54.1233
Eléctrica	Química	-42.1932	28.1322	-1.50	0.5662	-121.03	36.6421
Escaldadura	Llama	-7.3604	14.0062	-0.53	0.9845	-46.6103	31.8894
Escaldadura	Química	-38.4366	16.0742	-2.39	0.1302	-83.4815	6.6084
Llama	Química	-31.0761	10.4621	-2.97	0.0324	-60.3943	-1.7579

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

La diferencia estadísticamente significativa, con una estimación de la diferencia de -31,08, se encontró en la relación de la etiología llama vs. química.

Tabla 42: Análisis de efectos fijos del momento de seguimiento en la trayectoria RECOVERY

seguimiento	seguimiento	Estimado	Error estándar	t	p	Límite inferior	Límite superior
6 meses	30 días	-15.6209	3.8666	-4.04	0.0008	-25.8044	-5.4375
6 meses	90 días	-0.5793	3.8666	-0.15	0.9988	-10.7628	9.6042
6 meses	2 años	17.7541	3.8666	4.59	0.0001	7.5706	27.9375
30 días	90 días	15.0417	3.8128	3.95	0.0011	4.9998	25.0835
30 días	2 años	33.3750	3.8128	8.75	<.0001	23.3332	43.4168
90 días	2 años	18.3333	3.8128	4.81	<.0001	8.2915	28.3752

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Las diferencias estadísticamente significativas en esta variable se hallaron entre los 6 meses vs 30 días; 6 meses vs 2 años; 30 días vs 90 días; 30 días vs 2 años; 90 días vs 2 años.

5.5.- Análisis de las Odd Ratio para las cuatro trayectorias

Para analizar las Odd Ratio de pertenecer a uno o a otro grupo de trayectoria, se procedió a analizar un análisis en dos pasos.

En el primero se agruparon las cuatro trayectorias en dos grupos: DTS alto (incluyendo CHRONIC y RECOVERY) y DTS bajo (incluyendo a RESILIENCE y DELAYED). Bajo esta agrupación se buscó determinar cuáles de las co-variables al ingreso, influyeron en tener valores del DTS ALTO o DTS BAJO a los 30 días.

En el segundo paso, se calcularon las Odd Ratio de pertenecer a CHRONIC o RECOVERY para los pacientes que estaban en el grupo DTS alto a los 30 días. Y por otra parte se calcularon las Odd Ratio de pertenecer a DELAYED o RESILIENCE para los pacientes que estaban en el grupo DTS bajo a los 30 días.

En el primer paso se determinó que las co-variables que influyen significativamente en tener un DTS alto o bajo son: el sexo (Chi^2 6,0515, F 1; $p=$ 0,0139) y STAI-Rasgo (Chi^2 6,4240, F 1; $p=$ 0,0113) (Ver Tabla 43).

Tabla 43: Odds Ratio estimadas de pertenecer a RESILIENCE vs DELAYED dentro de los que presentan DTS Total a los 30 días < 27

Efecto		punto Estimado	Límite de confianza 95%	
sexo	hombre vs mujer	4.059	1.329	12.393
STAI-Rasgo		0.936	0.890	0.985

Como se puede ver en la tabla anterior (Tabla 43), para la variable sexo se obtuvo un $\text{OR}=4.059$. Es decir que se puede concluir que el odds de ser DTS bajo en los hombres es aproximadamente 4 veces el odds de ser DTS bajo en las mujeres.

En cuanto al STAI-Rasgo, se obtuvo un $\text{OR}=0.936$. Se puede concluir que el odds de ser DTS total bajo, disminuye al aumentar en una unidad la STAI-Rasgo.

Analizando sólo los pacientes de DTS bajo, en el segundo paso del análisis, se determinó que las variables estadísticamente significativas respecto ser DELAYED o ser RESILIENCE

fueron: nivel de estudios (Chi^2 5,4354, $F= 1$; $p= 0,0197$), STAI-T total (Chi^2 7,7743, $F= 1$; $p=0,00539$) y SCQ, con un nivel de significación del 10%) (Chi^2 2,5314, $F= 1$; $p = 0,1116$), como se puede ver en la Tabla 44.

Tabla 44: Odds Ratio estimadas de pertenecer a DELAYED o RESILIENCE de los pacientes con un DTS Total a los 30 días < 27

Efecto	Punto estimado	Límite de confianza 95%	
SCQ<=15 vs SCQ>15	3.424	0.752	15.599
SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES vs MEDIO + ALTO	13.441	1.513	119.427
STAI-Rasgo	0.887	0.815	0.965

SCQ >15% vs SCQ<=15%: se obtuvo un OR=3.424. Podemos concluir que el odds de ser RESILIENCE en los pacientes con SCQ <=15 es aproximadamente 3.4 veces el odds de ser RESILIENCE en los que la SCQ >15. Se puede decir que el riesgo de ser RESILIENCE es más elevado en los pacientes con SCQ <=15% respecto los SCQ >15%.

NIVEL DE ESTUDIOS, SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES vs MEDIO + ALTO: Se obtuvo un OR=13.441. Se puede concluir que el odds de ser RESILIENCE en los que tienen la categoría SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES es aproximadamente 13 veces el odds de ser RESILIENCE en los que los estudios son MEDIO + ALTO. En síntesis, se puede decir que el riesgo de ser RESILIENCE es más elevado en los pacientes SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES respecto de los MEDIO + ALTO.

STAI-Rasgo TOTAL: se obtuvo un OR=0.887. Podemos concluir que el odds de ser RESILIENCE disminuye al aumentar en una unidad la SCQ TOTAL. Por tanto, podemos decir que el riesgo de ser RESILIENCE, disminuye al aumentar en una unidad el STAI-Rasgo TOTAL.

A continuación se realizaron cálculos similares con las otras dos trayectorias, CHRONIC vs RECOVERY, las cuales presentaron un valor de DTS TOTAL a los 30 días > 27.

Se analizaron que características influyeron en pertenecer a la trayectoria RECOVERY o CHRONIC.

De las co-variables estudiadas, sólo el Nivel de Estudios, fue la variable estadísticamente significativas: (Chi^2 5,6545, $F= 1$; $p = 0,0174$).

En la siguiente tabla, Tabla 45, se presentan los valores odd ratio obtenidos para esta variable.

Tabla 45: DTS Total a los 30 días > 27 y la variable Nivel de Estudios

Efecto	Punto estimado	Límite de confianza 95%	
Nivel estudios: MEDIO + ALTO vs SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES	20.388	1.699	244.677

NIVEL DE ESTUDIOS, MEDIO + ALTO vs SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES: se obtuvo un $\text{OR}=20.388$. Se puede concluir que el odds ratio de ser RECOVERY en los que tienen la categoría de nivel de estudios MEDIO + ALTO es aproximadamente 20 veces el odds de ser RECOVERY en los pacientes con la categoría SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES. En síntesis, se puede decir que el riesgo de ser RECOVERY es más elevado en los MEDIO + ALTO respecto los SIN ESTUDIOS + ELEMENTALES.

A modo de resumen, en la Tabla 46, se puede ver que el sexo y el STAI-RasgoTotal influyen en tener un DTS alto o bajo al principio. Las variables importantes para determinar si un paciente con DTS bajo continúa así o muestra síntomas demorados (DELAYED), son el STAI-Rasgo Total, el nivel de estudios y la SCQ.

Por otra parte las variables determinantes de que los pacientes con DTS alto se mantengan así o se recuperen, es el nivel de estudios.

Tabla 46: resumen de las co-variables que indican probabilidad para cada trayectoria

Covariables línea basal	DTS trayectoria		
	ALTO vs BAJO	RESILIENCE vs DELAYED	CHRONIC vs RECOVERY
	Ingreso		
Sexo	SI	NO	NO
STAI-Rasgo	SI	SI	NO
Nivel de estudios	NO	SI	SI
SCQ	NO	SI	NO

5.6.- Calidad de vida, imagen corporal y apoyo social en cada trayectoria

En la Tabla 47 se exponen los factores del SF-36, en las dos medidas: 6 meses y dos años del AT. Como queda expresado, los valores de la CV aumentan en los pacientes, es decir mejoran a los dos años.

Tabla 47: SF-36 a los 6 meses y 2 años, por variable sexo

factores	6 meses				2 años			
	hombre	ds	mujer	ds	hombre	ds	mujer	ds
Funcionamiento físico	84,439	21,210	73,369	27,468	91,739	19,335	75,714	32,133
Rol físico	60,344	43,994	50,00	43,461	86,684	33,243	70,714	42,220
Dolor corporal	19,655	19,997	35,00	22,779	9,239	18,351	18,857	24,943
Salud general	54,347	11,893	55,978	11,480	51,087	10,293	55,7143	13,51
Vitalidad	50,344	10,145	53,478	11,248	62,010	9,049	59,285	13,565
Funcionamiento social	50,107	7,642	50,815	11,607	47,527	9,541	50,00	11,343
Rol emocional	86,781	31,965	71,014	42,518	88,405	29,416	80,00	40,583
Salud mental	57,543	6,544	56,304	7,18	57,543	6,544	56,304	7,18
SALUD FISICA	1053,922	238,5	1039,239	265,58	1228,396	178,81	1102,857	291,57
SALUD MENTAL	1188,985	145,1	1136,431	187,35	1224,139	156,37	1205,000	186,68

Se analizó si la CV, en sus dos dimensiones principales, era diferente en las cuatro trayectorias identificadas.

En lo que respecta a la CV Salud Física, no hubieron diferencias entre las cuatro trayectorias a los 6 meses (gl,3; F =1, 415; p=0,242).

En lo que respecta a la CV Salud Mental, si hubieron diferencias entre las cuatro trayectorias (gl,3; F = 4,978; p=0,003). Se analizaron de dos a dos y en la Tabla 48 se exponen los resultados obtenidos.

Tabla 48: Cálculo de la CV (SF-36) en Salud Mental a los 6 meses, según las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Error típico	Diferencia media	p
RESILIENCE	DELAYED	40,43774	60,08170	0,841
RESILIENCE	CHRONIC	50,28258	169,52614	0,006
RESILIENCE	RECOVERY	34,19402	79,18798	0,134
DELAYED	CHRONIC	59,77046	109,44444	0,419
DELAYED	RECOVERY	47,04680	19,10628	1,000
CHRONIC	RECOVERY	55,73624	90,33816	0,647

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos (p<0,05) están marcado en negrita.

Se repitieron los cálculos anteriores para los valores obtenidos de la CV, a los dos años.

Los resultados en la dimensión CV Salud Mental y la CV Salud Física, fueron diferentes entre las trayectorias para salud física y para salud mental, como se observa en las Tablas 49 y 50 respectivamente.

Tabla 49: Cálculo de la CV (SF-36) en Salud Mental, a los dos años según las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Error típico	Diferencia media	p
RESILIENCE	DELAYED	41,37680	39,57956	1,000
RESILIENCE	CHRONIC	50,45695	264,21498	0,000
RESILIENCE	RECOVERY	35,33811	41,57609	1,000
DELAYED	CHRONIC	60,11165	224,63542	0,002
DELAYED	RECOVERY	48,12784	1,99653	1,000
CHRONIC	RECOVERY	56,12622	222,63889	0,001

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos (p<0,05) están marcado en negrita.

Tabla 50: Cálculo de la CV Salud Física, a los dos años según las trayectorias

trayectoria	trayectoria	Error típico	Diferencia media	p
RESILIENCE	DELAYED	60,80998	75,75893	1,000
RESILIENCE	CHRONIC	74,18748	228,57143	0,015
RESILIENCE	RECOVERY	51,90915	75,23810	0,900
DELAYED	CHRONIC	88,46293	152,81250	0,521
DELAYED	RECOVERY	70,82703	0,52083	1,000
CHRONIC	RECOVERY	82,59780	153,3333	0,369

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos ($p < 0,05$) están marcado en negrita.

Los pacientes de la trayectoria CHRONIC, son los que presentan diferencias respecto de los otros tres grupos de pacientes, especialmente en lo que respecta a la CV en Salud mental. A los 6 meses, en relación a los pacientes con trayectoria RESILIENCE y a los dos años, con respecto a todos los otros pacientes de las tres trayectorias restantes.

Respecto de la CV en Salud Física, los pacientes de la trayectoria CHRONIC son los que presentan diferencias significativas respecto de los pacientes RESILIENCE y no con las otras dos trayectorias.

En síntesis, de los cálculos realizados puede deducirse que la CV, física y mental de los pacientes, depende de otros factores, como el apoyo social y la autopercepción de la imagen corporal (secuelas estéticas), más que de los factores vinculados a la sintomatología del Estrés postraumático.

Los pacientes de la trayectoria CHRONIC, presentan una afectación global que se objetiva también en su autopercepción de la CV, especialmente respecto de la Salud Mental.

En cuanto a los resultados a los dos años, realizando un cálculo de Regresión (ver Tablas 50 y 51), considerando los dos factores: Salud Física y Salud Mental, se observa, que:

- Factor SF-36 Salud Mental, existe una relación entre los valores del DTS (estrés postraumático), el apoyo familiar percibido y la autovaloración de la afectación estética.
- Factor SF-36 Salud Física, la relación que presenta depende también de la sintomatología de estrés traumático, la percepción de apoyo social laboral y el sexo del paciente.

En cuanto a la diferencia por sexos, los hombres presentan una mejor CV física que las mujeres. Mientras que para los hombres la correlación de la CV depende del apoyo social laboral, en las mujeres, éste depende del apoyo familiar percibido y de la valoración sobre las secuelas estéticas de las heridas.

Tabla 52: Análisis de Regresión Múltiple de los predictores de CV Salud Física a los 2 años.

CV Salud Física a los 2 años			
Variable	Model 1	Model 2	Model 3
	B	B	B
Constant	1059,550**	1224,418**	1278,142**
Apoyo ámbito laboral	41,157**	38,349**	31,576*
Sexo		-121,043**	-119,722**
DTS total 2 años			-1,803*
R ²	0,085	0,145	0,185
F	11,189**	10,211**	9,013**

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos *(p<0,05 y ** p<0,010) están marcados en negrita.

Tabla 51: Análisis de Regresión Múltiple de los predictores de CV Salud Mental a los 2 años.

CV Salud Mental a los 2 años			
Variable	Model1	Model 2	Model 3
	B	B	B
Constant	1270,866**	1034,573**	1074,878**
DTS total 2 años	-2,650**	-2,487**	-1,898**
Apoyo Familiar		49,013*	48,507*
Afectación estética			-10,696*
R ²	0,166	0,196	0,223
F	23,694**	14,411**	11,209**

Nota: Los contrastes estadísticamente significativos *(p<0,05 y ** p<0,010) están marcados en negrita.

6.- Discusión General

Este estudio, pionero en España sobre las características clínicas de los pacientes ingresados en una UEQ bajo un diseño longitudinal, nos permite conocer la evolución de las personas con quemaduras.

La aplicación del modelo de G. Bonanno (2004), sobre las cuatro trayectorias post-acontecimiento traumático, ha permitido la modelización de este grupo clínico identificando las cuatro trayectorias también en la población con quemaduras: RESILIENCE, CHRONIC, DELAYED y RECOVERY.

En términos generales, en la muestra estudiada y respecto de la información socio-demográfica, dos tercios de la muestra final son hombres, la edad media ronda los 40 años, mayoritariamente son personas casadas o con pareja estables, de estudios medios y nivel de ingresos medios. Lo accidentes más frecuente han sido de tipo casual, en el hogar y que causaron heridas por llamas.

Estas particularidades, son similares a las de otras muestras estudiadas en otros estudios europeos (Brusselaers, 2010).

En relación a las características de las heridas, el hecho de que este estudio se realizó sobre población ingresada en una UEQ, ya indica que los criterios de admisión son de gravedad: heridas valoradas al ingreso como probablemente quirúrgicas (heridas profundas), en diversidad de porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ), en asociación a otras variables médicas, como también la edad y las comorbilidades pre-existentes.

En cuanto a la duración de la estancia hospitalaria (DEH), existe una amplia diversidad vinculada a la gravedad, no sólo de la herida y sus consecuencias, sino a la situación médica del paciente. La edad y el estado de salud, influyen también en los criterios de ingreso y de permanencia, como lo señalan los criterios de la Asociación Americana de Quemaduras.

Sobre los resultados obtenidos, respecto de los objetivos planteados para el estudio, se han podido identificar las cuatro trayectorias descritas en el modelo de Bonanno.

Al igual que en otros estudios, el grupo más numeroso es de la trayectoria RESILIENCE, que incluye a un poco más de la mitad de los pacientes, que son los que no muestran en ninguna medición, síntomas relevantes de TEPT.

Del resto de pacientes, casi la mitad muestran la trayectoria RECOVERY, en la cual presentan síntomas de estrés traumático al principio, pero que posteriormente han remitido. El resto de pacientes, en proporciones menores, se divide entre los de trayectoria CHRONIC y DELAYED.

Un aspecto posiblemente controvertido, es que en la población estudiada, el valor de corte del DTS es menor que en la población general. Una interpretación a estos resultados, es el predominio de diagnósticos sub-sindrómicos en población médica (Bryant, 2013).

Para poder realizar la modelización de las cuatro trayectorias, se escogieron los valores obtenidos del DTS, en cuatro medidas, que coinciden con los criterios del DSM: TEA (a los 30 días), TEPT (90 días), TEPT crónico (6 meses) y la cuarta medida, a partir de los dos años del incidente, puede detectar las respuestas diferidas.

A los 30 días del ingreso se observó que la población se polarizaba hacia dos tipos de valores: valores altos vs. valores bajos, de sintomatología de estrés traumático; a los 6 meses los valores comenzaron a diferenciarse en las cuatro trayectorias, para finalmente en la medición de los dos años, los pacientes vuelven a agruparse en dos polos: evolución tórpida (CHRONIC y DELAYED), vs. buena evolución (RESILIENCE y RECOVERY).

Observando los resultados y las curvas de las figuras como representación gráfica, se puede objetivar que la medición hacia los 12 meses del ingreso, podría ser predictiva de esta evolución diferenciada. Posiblemente es el momento del punto de inflexión, para las trayectorias, es decir para el pronóstico de la evolución de los pacientes.

Este aspecto es relevante desde la perspectiva clínica, por cuanto un gran número de pacientes de la UEQ, ya recibe el alta médica, pero desde la perspectiva psiquiátrica y psicológica, ese momento debería ser de re-evaluación y de intervención, especialmente en los pacientes ya identificados con probabilidad de desarrollar las trayectorias DELAYED y RECOVERY.

El sexo de los pacientes varió en cada trayectoria, siendo mayoritaria entre los hombres la trayectoria RESILIENCE y CHRONIC, y entre las mujeres las trayectorias restantes: DELAYED y RECOVERY. Este hallazgo, no descrito en los mismos términos en otros

estudios, si podría relacionarse a las evidencias sobre la vulnerabilidad de la psicopatología en mujeres. La perspectiva longitudinal permite valorar también que las mujeres también desarrollan a medio y largo plazo, la recuperación.

El nivel de estudios resultó diferente en las cuatro trayectorias. Los niveles de estudios más elevados, fueron más frecuentes entre las mujeres. Esta variable psicosocial, “nivel de estudios”, ya fue identificada en otros trabajos previos (Bonanno, 2013; Öster, 2013), como predictora de mejor ajuste pues puede ser interpretada en relación a los recursos de la persona para hacer frente a las circunstancias vitales intensamente estresantes y/o traumáticas. Al igual que en las sociedades más desarrolladas, donde se producen menos incidentes por quemaduras, las personas con un nivel de estudios superiores desarrollan más estrategias de prevención como también de afrontamiento y elaboración, que les permiten una mejor recuperación. En la muestra estudiada, no se podrían relacionar los niveles de estudio y la propensión a accidentes, pero si destaca que los pacientes de la trayectoria CHRONIC presentan niveles bajos/elementales de formación.

Los antecedentes psiquiátricos se identificaron en varias investigaciones previas, (Andreasen, 1972; Fauerbach, 2007; McKibben, 2009), como un predictor de peor ajuste al alta.

En los resultados obtenidos para esta muestra, aunque el porcentaje de las personas que presentaban antecedentes psiquiátricos (psicopatología, trastornos clínico y/o abuso de sustancias), era elevado (35% de la muestra), no se ha encontrado una relación con la evolución posterior. Una posible interpretación de estos resultados sería que se realizó de forma global, no discriminante, al incluirse los trastornos por consumo de sustancias junto a otras psicopatologías. Sería necesario realizar un análisis con más especificidad sobre los pacientes con diagnósticos psiquiátricos previos al ingreso y valorar su evolución.

Por otra parte, si resultó un predictor la identificación de la Ansiedad rasgo, que en la evolución clínica, indica una mayor probabilidad de que los pacientes con valores elevados inicialmente se incluyan en las trayectorias tipo CHRONIC y tipo RECOVERY, mientras que los pacientes con Ansiedad rasgo bajo, se incluyen en las trayectorias RESILIENCE y DELAYED. Este último grupo es el que despierta un interés relevante en los aspectos asistenciales, pues inicialmente pueden ser incluidos en la trayectoria RESILIENCE, pero

por lo que se ha comentado previamente, deberían garantizarse la continuidad asistencial de los mismos, para prevenir el empeoramiento que sobre el año parece emerger.

Respecto del apoyo social, los expertos en recuperación postraumática, otorgan a esta variable una de los valores fundamentales sobre la evolución de las personas afectadas. En este estudio, fue relevante realizar los análisis sobre la información diferenciada en la autopercepción de las fuentes del AS: familiar, laboral y otras.

También contar con tres medidas longitudinales, ha permitido valorar que el apoyo familiar es percibido de forma elevada entre los pacientes de tres de las trayectorias, a excepción de los pacientes de la trayectoria CHRONIC. A los seis meses, se encuentran diferencias significativas entre los grupos, sobre la percepción del apoyo laboral y de otras fuentes de apoyo. Los pacientes de las trayectorias DELAYED y RESILIENCE, lo perciben como bueno y muy bueno, mayoritariamente y como “atendidos”. Una posible interpretación de estos resultados, es que a los seis meses los pacientes ya están reintegrados a nivel social y la percepción de otras fuentes de apoyo, además de la familiar, están presentes.

A los dos años, en cambio, ya no se objetivan diferencias entre los cuatro grupos y el tipo de apoyo social, es decir que los pacientes ya se encontrarían en una fase de normalización de las actividades, como fueran las de índole doméstico-familiar, como las laborales.

Respecto a la sintomatología específica del Estrés traumático, en sus formas Aguda, Postraumática y TEPT crónico, los cálculos realizados sobre la relación entre las cuatro trayectorias y los tres grupos o cohortes de síntomas, permiten conocer cuáles son los predominantes, en cada trayectoria y en cada medición.

Los síntomas de activación, son especialmente menos elevados al mes en todos los grupos, pero se incrementan sustancialmente a partir de los seis meses manteniendo el aumento hasta los dos años. Lo mismo se ha identificado con los síntomas de intrusión o también llamados de reexperimentación. En cambio, la sintomatología de evitación es la que se mantiene más constante a lo largo del tiempo y los valores son inferiores respecto de los otros dos clúster.

Una posible interpretación de estos resultados, se orientan a que los pacientes a partir de los 6 meses y ya recuperados físicamente y con más integración social, son más coincidentes de los riesgos de los accidentes, por lo que presentan más atención sobre las conductas que pueden llevar a riesgo de padecer nuevos incidentes.

En los últimos análisis, se buscó identificar las variables que influían en la probabilidad de los pacientes, para ser incluidos en cada trayectoria (cálculo del Odd-RATIO).

De los valores recogidos en las diferentes medidas para identificar las cuatro trayectorias, sólo las variables sexo, nivel de estudios, SCQ y STAI-Rasgo, permitieron predecir las diferencias entre los cuatro grupos:

-el sexo y los valores de la Ansiedad Rasgo, influyen en la diferencia de los valores del DTS a los 30 días,

-la diferencia entre las Trayectorias RESILIENCE y la DELAYED, ambas con valores bajos del DTS a los 30 días, es el nivel del STAI-R, junto al nivel de estudios y la SCQ, que determinan el cambio entre los pacientes del grupo DELAYED, tal como se verifica a los dos años.

-A los 30 días, los pacientes de las trayectorias CHRONIC y RECOVERY comparten valores elevados en el DTS, pero es la variable nivel de estudios, la que mejor predice la diferencia entre ambas, a los dos años desde el ingreso.

En cuanto a la CV, en sus dos componentes Salud Física y Salud Mental, los resultados hallados en esta muestra, señalan una mejoría global en los pacientes, a lo largo del tiempo. Los valores en los Factores del SF-36 hallados en la muestra de pacientes con quemaduras, es similar a la hallada en otros estudios españoles (Vilagut, 2005; Alonso, 1995). Respecto de otros estudios con pacientes con perfiles clínicos similares, los pacientes locales presentan valores más elevados (Edgar, 2010).

Cuando los aspectos vinculados a la autopercepción del apoyo social y del ajuste a los cambios en la imagen corporal (secuelas estéticas), se relacionan con la CV, se observan diferencias por sexo: para los hombres, la salud física y mental depende de la integración laboral, mientras que para las mujeres, la CV resulta de la percepción del apoyo social familiar y de la autopercepción de las secuelas. Estos resultados son comparables a los hallados en estudios previos (Thombs, 2008, Sideli 2010).

Otro resultado a destacar, es que la psicopatología de estrés traumático en la población estudiada, no está vinculada a la autovaloración de la CV.

El análisis exhaustivo de las variables, tanto clínicas como personales, los resultados obtenidos y su comparación con otros estudios, orientan a lo que para otros estudios ha sido ya expuesto: la dificultad de encontrar un sólo factor predictor en la evolución de los pacientes. El modelo de las trayectorias, contribuye a clarificar algunos factores que influyen en la evolución de los pacientes, pero que en definitiva serian resultado de una combinación de múltiples factores, entre ellas la edad, la ansiedad rasgo y el apoyo social, junto a las facilidades para acceder a los servicios sanitarios, para contribuir a una más favorable evolución.

Por otra parte, este estudio incluye muchas otras variables que no han sido incluidas en este trabajo. El proyecto original es ambicioso y los datos se acotaron para poder concretizar sobre los objetivos planteados en este diseño, pero está prevista la continuidad del mismo, analizando esta información complementaria orientada a partir del modelo obtenido aquí, de las cuatro trayectorias de estos pacientes.

Otros aspectos a considerar en el futuro más mediato, es poder realizar más seguimientos sobre esta muestra clínica, para poder identificar a más largos plazos, los resultados de las evoluciones clínicas y sociales de estos pacientes, valorando una evolución sobre una población donde claramente se integran aspectos médicos y psicosociales.

III.- Conclusiones

La recuperación física y psicológica después de un acontecimiento traumático por quemaduras, resulta un proceso complejo que se extiende a lo largo del tiempo, desde el momento propio del incidente, las primeras fases del ingreso, la rehabilitación física y la normalización de las actividades de la vida cotidiana.

Los estudios previos en población con similares características, señala una amplia heterogeneidad en los resultados. Algunos atribuibles al diseño del estudio, otros a las características propias de la población, otros a las características del incidente. De allí la dificultad para encontrar factores únicos, que puedan predecir el ajuste post AT, en la diversidad de las poblaciones estudiadas.

Principales resultados de este trabajo:

-El Modelo G. Bonanno se cumple en la población con quemaduras de la UEQ. La aplicación de modelos estadísticos validados, como el de Bonanno, podrían ser un instrumento válido para conocer mejor las trayectorias de los pacientes. Se obtendrían medidas que facilitarían la comparación intergrupos, al tiempo de conseguir una identificación eficaz de los pacientes con más vulnerabilidad a desarrollar una mala adaptación post-acontecimiento.

-Como clínicos, es importante que la investigación ofrezca respuestas para mejorar las intervenciones, sean las de prevención primaria como las de secundaria, Los resultados de este estudio, centrado en la diferenciación por grupos de trayectorias, permite conocer de esta población los dos grupos con mayor vulnerabilidad a desarrollar psicopatología: CHRONIC y los DELAYED. Es especialmente este último grupo de pacientes, el que requiere de una identificación precoz y asegurar el seguimiento, como también los pacientes con trayectoria RECOVERY.

-Con la información recogida y su análisis, resulta importante no sólo conocer las características al ingreso de los pacientes, si no y fundamentalmente, al año del mismo. En ese momento, es cuando parecen producirse los cambios que posiblemente sean más permanentes entre los pacientes sobrevivientes de accidentes por quemaduras. Este parece ser el momento de inflexión de las trayectorias RECOVERY y DELAYED.

-Las diferencias por sexo, también resulta una variable a considerar en la aplicación de las intervenciones psicoterapéuticas. Los aspectos vinculados a la adaptación a la imagen corporal, resultan predictores de peor pronóstico en las mujeres que en los hombres. En estos, las variables vinculadas a la reintegración laboral, tales como la normalización de las actividades y el apoyo de los pares, resulta un factor de buen pronóstico en la evolución.

-La inclusión en el estudio de más variables clínicas y sociales, fuera de las analizadas en este trabajo, son parte de un proyecto futuro: ampliar y profundizar sobre las características de los pacientes, para colaborar en su adaptación óptima a la nueva condición personal y social.

IV.- Bibliografía

Alonso, J.L., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*; 104 (20), pp. 771-776

American Burns Association (ABA, Asociación Americana de Quemaduras) (2006). Excerpted from Guidelines for the Operation of Burn Centers, Resources for Optimal Care of the Injured Patient 2006, Committee on Trauma, *American College of Surgeons*, pp. 79-86. <http://www.ameriburn.org/BurnCenterReferralCriteria.pdf>

American Psychiatry Association (APA)., (1984). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III*. Asociación Americana de Psiquiatría, Barcelona, Editorial Masson

American Psychiatry Association (APA)., (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Asociación Americana de Psiquiatría, Barcelona, Editorial Masson

American Psychiatry Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Asociación Americana de Psiquiatría, Barcelona, Editorial Masson.

American Psychiatry Association (APA)., (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC

Andreasen, N.C., Noyes, R. & Hartford, C.E. (1972). Factors influencing adjustment of burn patients during hospitalization. *Psychosomatic Medicine*, 34 (6): pp. 517-526

Andreasen, N.C., (2004). Acute and Delayed post traumatic stress disorders: a history and some issues. *American Journal Psychiatry*, 161 (8), pp. 1321-23. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1321

Andrews, B., Brewin, C., Philipott, R., Stewart, L. (2007). Delayed-Onset Posttraumatic Stress disorder: A Systematic Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), pp. 1319-1326. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06091491

Argüello Alonso, J.M., Fidel Kinori, S.G.: Modulo sobre Atención Psicosocial en el paciente con quemaduras, Curso on-line de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC): Cures d'infermeria en l'adult i nen amb cremades, año 2009

Baca Baldomero, E. (1999): Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD, Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, 23(5), pp. 275-279.

Barret, J.P., Gomez, P., Solano, I., Gonzalez-Dorrego, M., Crisol, F.J. (1999): Epidemiology and mortality of adult burns in Catalonia. *Burns* 25 (4), pp. 325-329
[http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(98\)00190-9/](http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(98)00190-9/)

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, pp. 561-571

Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., Keane, T.M. (1995): The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress* 8 (1) pp. 75-90

Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S., Keane, T.M., (1990). A Clinician Rating Scale for Assessing Current and Lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, pp.187-188

Blakeney, P., Creson, D. (2004): Psychological and physical trauma. Consultado en:
<http://www.jmu.edu/cisr/journal/6.3/focus/blakeneyCreson/blakeneyCreson.htm>

Blakeney, P., Rosemberg, L., Rosemberg, M., Faber, A.W. (2007): Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*, 34(4), pp.433-440. doi:10.1016/j.burns.2007.08.008

Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M. & Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de

la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 28(4), pp. 207-18

Bonanno, G.A. (2004): Loss, Trauma and Human Resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59(1),pp. 20-28, doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20

Bonanno, G.A., Galea, S., Bucciarelli, A., Vlahov, D. (2006): Psychological Resilience After Disaster: New York City in the Aftermath of the September 11th Terrorist Attack. *Psychological Science*, 17 (3), pp.181-186. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x

Bonanno, G.A. & Mancini, A.D. (2008): The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*; 121(2), pp.369-375, doi: 10.1542/ped.2007-1648

Bonanno, G.A. & Mancini, A.D. (2010): Beyond Resilience and PTSD: mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: theory, research, practice and policy*. Online publications.doi:10.1037/a0017829

Bonanno, G.A., Mancini, A.D., Horton, J.L., Powell, T.M., LeardMann, C.A., Boyko, E.J., Wells, T.S., Hooper, T.I., Gacksetter, G.D., Smith, T.C., (2013): Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed US military service members: prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), pp. 317-323. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096552

Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., Schultz, L.R. (2000): A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological psychiatry*, 48(9), pp. 902-909. doi: 10.1016/S0006-3223(00)00933-1

Breslau, N., Peterson, E.L., Poisson, L.M., Schultz, L.R., Lucia, V.C. (2004): Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*, 34(5), pp.889-898. doi: 10.1017/S0033291703001612

Brewin, C.R., Holmes, E.A. (2003): Psychological theories of posttraumatic stress disorders. *Clinical Psychology Review*, 23(3), pp. 339-376 doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3

Brusselaers, N., Monstrey, S., Vogelaers, D., Hoste, E., Blot, S. (2010). Severe burns injury in Europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity and mortality. *Journal of Critical Care*, 14(5); pp.1-12, doi: 10.1186/cc9300

Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (2002). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), pp. 205-209, doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01009.x

Bryant, R.A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., McFarlane, A.C. (2012). The capacity of acute stress disorder to predict posttraumatic psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 46(2), pp.168-173, doi:10.1016/j.psychires.2011.10.007

Bryant, R.A., O'Donnell, M.L., Creamer, M., McFarlane, A.C., Siolve, D. (2013). A Multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder; *JAMA Psychiatry*, 70(8), pp. 839-46, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1137

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., Seisedos Cubero, N. (1988). *Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado*. Dpto de I+D+i de TEA Ediciones

Cadell, S., Regehr, C., Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), pp. 279-287, doi10.1037/0002-9432.73.3.279

Carty, J., O'Donnell, M.L., Creamer, M. (2006). Delayed-onset PTSD: a prospective study of injury survivors. *Journal of affective disorders*, 90(2-3), pp.257-261. doi: 10.1016/j.jad.2005.11.011

Carrouger, G.J., Martínez, M.N., McMullen, K.S., Fauerbach, J.A., Holavanahlli, R.K., Herndon, D.V., Wiechman, S.A., Engrav, L.H., Gibran, N.S. (2013). Pruritus in Adult Survivors: Postburn Prevalence and Risk Factors Associated with Increased intensity. *Journal of Burn Care and Research*, 34(1), pp.94-101. doi: 10.1097/BCR.0b013c3182644c25

Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), pp. 267-283

Cobb, S., (1976). Social Support as a Moderator of Life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), pp. 300-314

Conde, V., Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y America Latina*; 12, pp.217-236.

Corry, N., Pruzinsky, T., Rumsey, N., (2009). Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: Social functioning, body image, and health policy perspectives. *International Review of Psychiatry*; 21(6), pp. 539–548. doi: 10.3109/09540260903343901

Costa, A., de Gracia, M., (2004). Evaluación del PTSD: Adaptación preliminar de las escalas IES-R y CMS. *psiquiatria.com*. 2004; 8(2).

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/307/292>

Crespo, M., Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92): pp.797-830.

Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, D., Hertzberg, D.M., Mellman, M., Beckham, J.C., Smith, R.D., Davison, R., Katz, M., Feldman, R.M. (1997): Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27 (1) pp. 153-160

DeRoon-Cassini, T.A., Mancini, A.D., Rusch, M.D., Bonanno, G.A. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: a latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), pp.1-11. doi: [10.1037/a0018601](https://doi.org/10.1037/a0018601)

Difede, J., Barocas, D. (1999). Acute Intrusive and Avoidant PTSD symptoms as predictors of Chronic PTSD following Burn Injury. *Journal of Traumatic stress*, 12(2), pp. 363-368

Difede, J., Ptacek, J.T., Roberts, J., Barocas, D., Rives, W., Apfeldorf, W., Yurt, R. (2002). Acute Stress Disorder After Burn Injury: A Predictor of Posttraumatic Stress Disorder?. *Psychosomatic medicine*, 64 (5), pp. 826-834

Difede, J., Cukor, J., Lee, F., Yurt, R. (2009). Treatments for common psychiatric condition among adults during acute rehabilitation and reintegration phases. *International Review of Psychiatry*, 21(6), pp. 559-569. doi: 10.310/09540260903344081

DiGangi, J.A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L., Keys, C.B., Koenen, K.C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology Review*, 33(6), pp.728-744. doi:10.1016/j.cpr.2013.5.002

Dyster-Aas, J., Kildal, M. & Willebrand, M. (2007). Return to work and health-related quality of life after Burn injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*; 39(1), pp.49–55. doi: 10.2340/16501977-0005

Dyster-Aas, J., Willebrand, M., Wikelhaut, B., Gerdin, B., Ekselius, L., (2008). Major depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity, *Journal of trauma, injury, infection and critical care*, 64 (5), pp.1349-1356 doi: 10.1097/TA.0b013e318047e005

Edgar, D., Dawson, A., Hankey, G., Phillips, M., Wood, F., (2010). Demonstration of the validity of the SF-36 for measurement of the temporal recovery of quality of life outcomes in burns survivors. *Burns*, 36 (7), pp. 1013-1020. doi: 10.1016/j.burns.2010.03.001

El Sherbiny, O.E., Salem, M.A., El Sabbagh, A.H., Elhadidy, M.R., Eldeen, S.M. (2011). Quality of life of adult patients with severe burns. *Burns*, 37(5), pp. 776-789 doi: 10.1016/j.burns.2010.12.017.

EBA, European Burns Association, (2013): *European Practice Guidelines for Burn Care: Minimum level of Burn Care Provision in Europe*. Coordinadores edición, Beerthuisen Gerard, Magnette André. Vienna/Austria EBA Congress Edition, Second Edition. Consultado en http://euroburn.org/wp-content/uploads/2014/01/EBA_-_Guidelines_-_2013_Vienna_Edition.pdf (15 de abril 2014)

Essekman, P.C., Thombs, B.D., Magyar-Russell, G., Fauerbach, J.A. (2006). Burn Rehabilitation: state of the science. *American Journal of Physical Medical Rehabilitation*, 85(4), pp.383-413

Falder, S., Browne, A., Dale, E., Staples, E., Fong, J., Rea, S., Wood, F. (2009). Core outcomes for adult burn survivors: a clinical overview. *Burns*, 35(5), pp. 618-641. doi: 10.1016/j.burns.2008.09.002

Fauerbach, J.A., Heinber, L.J., Lawrence, J.W., Munster, A.M., Palombo, D.A., Richter, D., Spence, R.J., Stevens, S.S., Ware, L., Muehlberger, T., (2000). Effects of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), pp.576-82.

Fauerbach, J.A.; Heinberg, L.J., Lawrence, J.W., Bryant, A.G., Richter, L., Spence, R.J., (2002). Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. *Health Psychology*, 21(2), pp. 115-121. doi: 10.1037/0278-6133.21.2.115

Fauerbach, J.A., Lezotte, D., Hills, R.A., Cromes, G.F., Kowalske, K., de Lateur, B.J., Goodwin, C.W., Blakeney, P., Herndon, D.N., Wiechman, S.A., Engrav, L.H., Patterson, D.R. (2005). Burden of burn: a norm-based inquiry into the influence of burn size and distress on recovery of physical and psychosocial function. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 26 (1), pp. 21-32. doi:10.1097/01.BCR.0000150216.87940.AC

Fauerbach, J.A., McKibben, J., Bienvenu, J., Magyar-Russell, G., Smith, M.T., Holavanahalli, R., Patterson, D.R., Weichman, S.A., Blakeney, P., Lezotte, D., (2007). Psychological distress after major burn injury. *Psychosomatic Medicine*, 69(5), pp.473-482. doi: 10.1097/psy.0b013e31806bf393.

Fauerbach, J.A., Lawrence, J., Fogel, J., Richner, L., Magyar-Russell, G., McKibben, J.B., McCann, U., (2009). Approach-avoidance coping conflict in a sample of burn patients at risk for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 26(9), pp. 838-850. doi:10.1002/da.20439

Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., Soto, O. (2000). *MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV.* [http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/MINI/EntrevistaNeuropsiquiátrica Internacional.pdf](http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/MINI/EntrevistaNeuropsiquiátricaInternacional.pdf)

Fidel-Kinori SG, Giannoni-Pastor, A, Eiroa-Orosa, FJ, Tasqué-Cebrián, R, Argüello-Alonso, JM, & Casas Brugué, M. (n.d.) :The Fenix II Study: A longitudinal study of psychopathology in burn patients. , 2012

Forbes, D., Lockwood, E., Elhai, J.D., Creamer, M., Donnell, M.O., Bryant, E., Mcfarlane, A., Silove, D. (2011). An examination of the structure of posttraumatic stress disorder in relation to the anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), pp. 165-172. doi:10-1016/j.jad.2011.02.011

Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Yeager, D.E., Magruder, K.M., (2009). Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (6), pp. 515-20. doi:10.1192/bjp.bp.108.054700

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., Vlahov, D., (2002). Psychological Sequeale of the September 11 Terrorist Attacks in New York City, *New England Journal of Medicine*; 346(13), pp.982-987. doi 10.1056/NEJMsa013404

Gallaher, C., (2010). *Coping with disfigurement: Psychosocial Mechanisms*. Consultado en <https://www.changingfaces.org.uk/downloads/Coping%20with%20Disfigurement%20Psycho%20social%20Mechanisms%20by%20Charles%20Gallaher.pdf> (consultado el 15 de abril 2014)

Garcia-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parella, M., Bousoño, M., Bobes, J. (2008): *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*, 5º edición, Editorial Ars Médica, CD-rom

Gilboa, D., Bisk, L., Montag, I., Tsur, H., (1999). Personality traits and Psychosocial Adjustmen of Patients with burns. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 20(4), pp. 340-346

Gilboa-Schechtman, E., Foa, E.B. ,(2001). Patterns of recovery from trauma: The use of intraindividual analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), pp. 392-400. doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.392

Ginzburg, K., Ein-Dor, T., Solomon, Z., (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20 year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective disorders* 123(1-3), pp 249-257. doi:10.1016/j.jad.2009.08.006

Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, S. & Zuckerman, M., (2004). Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(2), pp. 134-146. doi 10.1027/1015-5759.20.2.134

Herndon, D.N. (2009). *Tratamiento Integral de las Quemaduras*. Versión en español de la 3.ª edición de la obra en inglés *Total Burn Care*. Elsevier España, S.L. Editorial MASSON, Barcelona

Hettiaratchy, S., Dziewulski, P., (2004). Clinical Review: ABC of burns. *British Medical Journal*; 328 (7453): pp.1366-1429. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7452.1366>

Hoogewerf, C.J., Van Baar, M.E., Middelkoop, E., Van Loey, N.E., (2014). Impact of facial burns: relationship between depressive symptoms, self-esteem and scar severity. *General Hospital Psychiatry*, 36(3) pp. 271-276 doi: [10.1016/j.genhosppsych.2013.12.001](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.12.001)

Horesh, D., Solomon, Z., Keinan, G., Ein-Dor, T., (2013). The Clinical picture of late-onset PTSD: a 20-year longitudinal study of Israeli war veterans. *Psychiatry Research*. 208(3), pp.:265-273. doi.org/[10.1016/j.psychres.2012.12.2004](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.2004)

Hunter, T.A., Medved, M.I., Hiebert-Murphy, D., Brockmeier, J., Sareen, J., Thakrar, S., Logsetty, S., (2013). Put on your face to face the world: women narratives of burn injury. *Burns*, 39(8), pp. 1588-1598. doi: [10.1016/j.burns.2013.04.024](https://doi.org/10.1016/j.burns.2013.04.024)

Jung, T. & Wickrama, K.A., (2008). An Introduction to Latent Class Growth Analysis and Growth Mixture Modeling. *Social and personality psychology compass*. 2(1), pp. 302-317. doi: [10.1111/j.1751-9004.2007.00054.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00054.x)

Kildal, M., Andersson, G., Gerdin, B., (2002). Health status in Swedish burn patients. Assessment utilizing three variants of the Burn Specific Health Scale, *Burns*, 28(7), pp. 639-645

Klein, M.B., Lezotte, D.C., Heltshe, S., Fauerbach, J.A., Holavanahalli, R.K., Rivara, F.P., Pham, T., Engrav, L., (2011). Functional and psychosocial outcomes of older adults after burn injury: results from a multicenter database of severe burn injury. *Journal of Burn Care and research*, 32 (1), pp.66-78. doi:[10.1097/BCR.0b013e318203336a](https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e318203336a)

Koljoneen, V., Laitila, M., Sintonen, H., Roine, R.P., (2013). Health-related quality of life of hospitalized patients with burns-Comparison with general population and a 2-year follow-up. *Burns*, 29 (3), pp.451-457. doi: [10.1016/j.burns.2012.07.024](https://doi.org/10.1016/j.burns.2012.07.024)

Lawrence, J.W., Fauerbach, J.A., (2003). Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24(1), pp. 63-72

Lawrence, J.W., Fauerbach, J.A., Thombs, B.D., (2006). A test of the moderating role of importance of appearance in the relationship between perceived scar severity and body-esteem among adult burn survivors, *Body Image*, 3(2), pp. 101-11. doi: 10.1016/j.bodyim.2006.01.003

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Grupo de Trabajo ZARADEMP (2002). *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones.

Low, A.J.F., Dyster-Aas, J., Willebrand, M., Ekselius, L., Gerdin, B., (2012). Psychiatric morbidity predicts perceived burns-specific health 1 year after a burn. *General Hospital Psychiatry*, 34(2), pp. 146-152. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.12.001

Mason, S.T., Corry, N., Gould, N.F., Amoyal, N., Gabriel, V., Wiechman-Askay, S., Holavanahalli, R., Banks, S., Arceneaux, L., Fauerbach, J.A., (2010) Growth curve trajectories of distress in burn patients, *Journal of Burns Care and Research*, 31(1); pp. 64-72. doi: 10.1097/BCR.0b013e3181cb8ee6

Mashreky, S.R., Rahman, A.S., Chowdhury. M., Giashuddin, S., Svanström, L., Khan, T.F., Cox, R., Rahman, F., (2008). Burn injury: economic and social impact on a family. *Public Health* 122 (12), pp. 1418-24. doi: 10.1016/j.puhe.2008.06.007

McKibben, J.B.A., Bresnick, M.G., Wiechman Askay, S.A., Fauerbach, J.A., (2008). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *Journal of Burn Care & Research*, 29(1), pp. 22-35. doi:10.1097/BCR.0b013e31815f59c4

McKibben, J.B.A., Ekselius, L., Girasek, D.C., Gould, N.F., Holzer, C., Rosenberg, M., Dissanaik, S., Gielen, A.C., (2009). Epidemiology of burn injuries II: psychiatric and behavioural perspectives. *International review of psychiatry*, 21(6), pp. 512-21. doi: 10.3109/09540260903343794

Miller T, Bhattacharya S, Zamula S, Lezotte D, Kowalske D, Herndon D, Fauerbach JA, Engrav L (2013): Quality of life loss of people admitted to burn centers, United States. *Quality of Life Research*, 22(9): pp. 2293-2305 doi 10.1007/S11136-012-0321-5

Ministerio de Educación y Ciencias, Unidades Especializadas de Quemados, <https://www.msc.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/QuemadosCriticos.pdf> (última consulta 15 abril del 2014)

Mylle, J., Maes, M.,(2004). Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), pp.37-48. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00218-5

NBCRC, National Burn Care Review Committee (2001). Standards and Strategy for burn care. United Kingdom, Dunn K (coordinator).

Consultado en http://www.ibidb.org/downloads/cat_view/14-general-reports (última consulta 15 de abril 2014)

Norman, A.T., Judkins, K.C., (2004). Pain in the patient with burns, *Continuing Education In Anaesthesia Critical Care Pain*, 4(2); pp.57-61. doi: 10.1093/bjaceaccp/mkh016

O'Donnell, M.L., Varker, T., Creamer, M., Fletcher, S., McFarlane, A.C., Silove, D., Bryant, R.A., Forbes, D., (2013). Exploration of Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder After Severe Injury, *Psychosomatic Medicine*, 75(1), pp.68-75 doi:10-1097/PSY.0b013e3182761e8b

Öster, C., Willebrand, M., Ekselius, L., (2011) a. Health – related quality of life 2 years to 7 years after burn injury. *Journal of Trauma*, 71(5): pp.1435-1441. doi: 10-1097/TA-0b013e18208fc74

Öster, C., Ekselius, L., (2011) b. Return to work after burn-a prospective study. *Burns*, 37(7), pp.1117-1124. doi: 10.1016/j.burns.2011.05.019

Öster, C., Willebrand, M., Ekselius, L., (2013): Burn-specific health 2 years to 7 years after burn injury. *Journal of trauma Acute Care Surgery*, 74(4), pp.1119-1124. doi: 10.1097/TA.0b013e318283cca0.

Palao Doménech, R., (2009). *Quemados. Valoración y Criterios de actuación* 1.^a edición, Edita: Marge Medica Books , Barcelona ISBN: 978-84-92442-46-1

Palmu, R., Suominen, K., Vuola, J., Isometsä, E.,(2010). Mental disorders among acute burn patients. *Burns*. 36(7), pp.1072-1079 doi: 10.1016/j.burns.2010.04.004

Pallua, N., Künsebeck, H.W., Noah, E.M., (2003). Psychosocial adjustments 5 years after burn injury, *Burns*, 29(3), pp. 143-152 doi: 10.1016/S0305-4179(02)00238-3

Patterson, D.R., Ptacek, J.T., Cromes, F., Fauerbach, J.A., Engrav, L., (2000). Describing and predicting distress and satisfaction with life for burn survivors. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 21(6), pp.490-498 doi: 10.1067/mbc.2000.107641

Peck, M.D., (2011). Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns*, 37 (7), pp. 1087-1100. doi: 10.1016/j.burns.2011.06.005

Peck, M.D., (2013). Epidemiology of burn injuries globally, en UpToDate (última consulta, el 22 de marzo del 2014)

Peleg, T., Shalev, A.Y., (2006): Longitudinal studies of PTSD: overview of findings and Methods, *CNS Spect* 11(8),pp. 589-602.

Peters, L., Issakidis, C., Slade ,T., Andrews, G., (2006). Gender Differences in the prevalence of DSM-IV and ICD.10 PTSD. *Psychological Medicine*, 36(1), pp. 81-89. doi:10.1017/S003329170500591X

Ptacek, J.T., Patterson, D.R., Heimbach, D.M., (2002). Inpatient depression in persons with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23(1), pp. 1-9.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., Valiente, R.M., (1999). Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo: Validación Factorial y Convergencia Transcultural, *Psicothema*, 11(1), pp. 37-51

Sandweiss, D.A., Slymen, D.J., LeardMann, C.A., Smith, B., White, M.R., Boyko, E.J., Hooper, T.I. et al. (2011): Preinjury Psychiatric Status, Injury Severity and Postdeployment Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(5), pp. 496-504.

Santiago, P.N., Ursano, R.J., Gray, C.L., Pynoos, R.S., Spigiel, D., Lewis-Fernandez, R., Friedman, M.J., Sullerton, C.S., (2013). A systematic review of PTSD prevalence and Trajectories in DSM-5 defined trauma exposed population: intentional and non-intentional traumatic events, *Plos ONE*, 8(4) 59236. doi:10.1371/journal.pone.0059236

Sareen, J., Erickson, J., Medved, M.I., Asmundson, G.J.G., Enns, M.W., Stein, M., Leslie, W., Doupe, M., Logsetty, S., (2013). Risk Factors for post-injury mental health problems, *Depression and Anxiety*, 30(4): pp.321-327 doi: 10.1002/da.22077

Scher, L., (2004). Recognizing post-traumatic stress disorder, Editorial. *American Journal of Quality Medicine* 97:1-2. doi:10.1093/qjmed/hch003

Shalev, A.Y., (2009). Posttraumatic Stress disorders and Stress-Related Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), pp.687-704. doi:10.1016/j.psc.2009.06.001

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* ;59 Suppl 20, pp.22-33

Sideli, L., Prestifilippo, A., Di Benedetto, B., Farrauto, R., Grassia, R., Mulé, A., Rumero, M.V., Di Pasquale, A., Conte, F., La Barbera, D., (2010). Quality of life, body image and psychiatric complications in patients with a burns trauma: preliminary study of the Italian version of the burn specific health scale-brief. *Annals of burns and Fire Disasters*, XXIII(4), pp. 171-76

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., (1970). *Manual for the State-Trait Anxiog Inventory (Self-evaluation questionnaire)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.M., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V., Hahn, S.R., Brody, D., Johnson, J.G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*; 272(22), pp.1749-1756.

Stein, M.V., Walker, J.R., Hazen, A.L., Forde, D.R., (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), pp.1114-1119

Suvak, M.K. & Feldman Barrett, L., (2011). Considering PTSD from the Perspective of Brain Processes: A Psychological Construction Approach, *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), pp. 3–24. doi: 10.1002/jts.20618

Sveen, J., Eksellus, L., Gerdin, B., Willesbrand, A., (2011). A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury. *The journal of Trauma*, 71(6): pp.1808-15

Taal, L.A., Faber, A.W., (1998)a. Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1-2 years postburn. Part I. *Burns*, 24(4), pp.285-292

Taal, L.A., Faber, A.W., (1998)b. Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1 to 2 years postburn. Part II: the interview data. *Burns*, 24(5), pp.399-405

Taal, L.A., Faber, A.W., (1998)c: Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns*, 23(7-8, pp. 545-549, 1998 doi: 10.1093/bjaceaccp/mkh016

Tarrier, N., (1995). Psychological Morbidity in adult Burns Patients: prevalence and treatment, *Journal of Mental Health*, 4(1), pp.51-62 doi:10.1080/09638239550037848

Tarrier, N., Gregg, L., Edwards, J., Dunn, K., (2005). The influence of pre-existing psychiatric illness on recovery in burn injury patients: the impact of psychosis and depression. *Burns*, 31 (1), pp. 45-49. doi: 10.1016/j.burns.2004.06.010

Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G., (1996): The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), pp. 455-471. doi:10.1007/BF02103658

Tedstone, J.E., Tarrier, N., Faragher, E.B., (1998). An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn injured patients. *Burns*, 24(5), pp.407-415

Thombs, B.D., Bresnik, M.G., Magyar-Russell, G., (2006). Depression in survivors of burn injury: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 28(6), pp. 494-502. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2006.08.010

Thombs, B.D., Bresnik, M.G., Magyar-Russell, G., Lawrence, J.W., McCann, U.D., Fauerbach, J.A. (2007). Symptoms of depression predict change in physical health after burn injury. *Burns*, 33(3), 292-298. doi: 10.1016/j.burns.2006.10.399

Thombs, B.D., Notes, L.D., Lawrence, J.W., Magyar-Russell, G., Bresnick, M.G., Faeurbach, J.A., (2008). From survival to socialization: a longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), pp. 205-212 doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.09.003

Ulrich, D., Noah, E.M., Von Heimburg, D., Pallua, N., (2001). Life threatening burn injuries on holidays: problems of primary care, homeland referral and treatment at a domestic burn centre. *Burns*, 27(3), pp. 277-282, doi: 10.1016/S0305-4179(00)00109-1

Ursano R, Norwood AE (2003): *Trauma and Disaster Responses and Management*. American Psychiatry Publication, ISBN 978-1-58562-115-6

Van der Does, A.J.W., Hinderink, E.M.C., Vloemans, A.F.P., Spinhoven, P., (1997). Burns Injuries, Psychiatric disorders and length of hospitalization. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(4): pp. 431-435

Van Loey, N.E., Son, M.J., (2003a): Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(4), pp.245-272. doi 10.2165/00128071-200304040-00004

Van Loey, N.E., Maas, C.J., Faber, A.W., Taal, L.A., (2003)b: Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), pp.361-9.

Van Loey, N.E., Van Son, M.J., Van der Heijden, P.G.M., Ellis, I.M., (2008) PTSD in persons with burns: and explorative study examining relationships with attributed responsibility, negative and positive emotional states. *Burns*, 34(8), pp.1082-89 doi: 10.1016/j.burns.2008.01.012

Van Loey, N.E., Van de Schoot, R., Faber, A.W., (2012). Posttraumatic Stress Symptoms after exposure to two fire disasters: comparative study; *PlosOne*, 7(7): e41532. doi:10.1371/journal.pone0041532

Vázquez, C., Sanz, J., (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos/ Reliability and validity of the Spanish version of Beck 's Depression Inventory (1978) in patients with psychological Depression. *Clínica y Salud*, 10(1), pp. 59-81.

Vera Poseck, B., Carbelo Vaquero, V., Jimenez, M.L., (2006). La Experiencia Traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), pp. 40-49

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos, *Gaceta Sanitaria*, 19(2), pp.135-150, Barcelona

Voges, M.A. & Rommey, D.M., (2003). Risk and Resiliency in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(4), pp. 1-9.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., Gandek, B.,(1993). *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Editorial Boston MA, The Health Institute, New England Medical Center.

Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A., (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), pp.1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063

Weathers, F.W., Keane, T.M., Davidson, J.R.T., (2001). Clinician-Administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*,13(3), pp.132-156

Weiss, T., Berger, R., (2006). Reability and validity of a Spanish version of the posttraumatic growth inventory. *Research on social Work Practice*, 16(2), pp.191-199

Wiechman, S.A., Patterson, D.R., (2004). Psychosocial aspects of burn injuries. *British Medical Journal*, 329(7462), pp: 391-393. doi: 10.1136/bmj.329.7462.391

Wiechman, S.A., Patterson, D.R., (2008). What are the psychiatric sequelae of burn pain? *Current Pain Headache Report*, 12(2), pp: 94-97.

Wiechman-Askay, S., (2011). Psychosocial Recovery, Pain and Itch after Burn Injuries. *Physical Medicine Rehabilitation Clinical North America*, 22(2), pp.327-345. doi:10-1016/j.pmr.2011-01.005

Willebrand, M., Kildal, M., (2011). Burn specific health up to 24 months after the burns – a prospective validation of the simplified model of the Burns specific Health Scale-Brief. *Journal of Trauma*, 71(1), pp. 78-84. doi: 10.1097/TA.0b013e3181e97780

Wisely, J.A., Wilson, E., Duncan, R.T., Tarrier, N., (2009). Pre-existing psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors. *Burns*, 36(2), pp 183-191. doi: 10.1016/j.burns.2009.08.008

Wisely, J.A., Hoyle, E., Tarrier, N., Edwards, J., (2007): Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients. *Burns*, 33(6): pp.736-746 doi:10-1016/j.burns.2006.10.379

Wiseman, T., Foster, K., Curtis, K., (2013). Mental health following physical injury: an integrative literature review. *Injury*, 44(11), pp.1383-1390. doi 10.1016/j.injury.2012.02.015

WHO, Burns: Fact sheet N°365, Updated (2014) , (consultado el 12 de mayo 2014). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>

WHO, Mental Health, (2013): (Consultado el 12 de mayo 2014, en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

WHO, WHOQOL Group. *The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL)* In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Berlin: Springer-Verlag; 1994. pp. 41–57.

Yehuda, R., Flory, J.D., (2007) Differentiating Biological Correlates of Risk, PTSD, and Resilience Following Trauma Exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), pp. 435-447. doi: 10.1002/jts.20260

Zatzick, D.F., Rivara, F.P., Nathens, A.B., Jurkovich, G.J., Wang, J., Fan, M., Russo, J., Salkever, D.S., Mackenzie, E.J., (2007). A nationwide US study of post-traumatic stress after hospitalization for physical injury. *Psychological Medicine*, 37(10), pp. 1469–1480. doi:10.1017/S0033291707000943

Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Joireman, J., Teta, P. & Kraft. M., (1993). A Comparison of Three Structural Models for Personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), pp.757-768. doi:10.1037/0022-3514.65.4.757

V.- Anexo

Protocolo de Evaluación del seguimiento a dos años del AT

Etiqueta paciente

PROGRAMA D'ESTRÉS TRAUMÀTIC

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS SEGUIMIENTO 2 AÑOS

FECHA DE LA ENTREVISTA

___ / ___ / _____

(1)Nº protocolo: _____

(3) Cumplimentación:

- Contactado
- Perdido
- No quiere participar
- No aplicable

CIP _____

Nombre _____

Apellido _____

Apellido _____

Residencia actual: _____

- Edad: _____
- Estado civil:**
- Soltero, pareja
 - Soltero, no pareja
 - Casado
 - Separado
 - Divorciado
 - Viudo

Nº Hijos vivos: _____

- Situación laboral:**
- Estudia
 - Trabaja
 - Ama de casa
 - No trabaja (subsidio)
 - No trabaja (no subsidio)
 - Jubilado
 - Invalidez
 - Estudia y trabaja

- Vivienda**
- Propia/Alquiler
 - Hospedaje/pensión
 - Internado
 - Otros
 - Indigente

Tipo de convivencia:

- Solo
- Familia parental
- Familia propia
- Otros _____

Nivel educacional:

- Sin estudios
- Elemental (16 años)
- Medios (FP)
- Superiores

Área laboral:

Teléfono de contacto 1:

Teléfono de contacto 2: _____

Teléfono de contacto 3: _____

Nivel socioeconómico autopercebido (marque sólo uno):

(1)Alto (2)Medio -alto (3)medio-medio (4)medio-bajo (5)bajo (6)Ns/Nc

Situación al alta:

Tratamiento actual:

Tratamiento médico del dolor

Tipo	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Metamizol magnésico/Paracetamol
Dosis diaria	_____
Puntuación EVA	_____
Otras mol st as	<input type="checkbox"/> Picor <input type="checkbox"/> Queloides <input type="checkbox"/> Otros_____

Tratamiento fisioterapéutico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidades especiales	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Cuadriplejia <input type="checkbox"/> Férulas <input type="checkbox"/> Otros_____
Necesidades previas a Acon ec miento Traumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Intervenciones quirúrgicas pendientes

	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nº intervenciones	_____

Tóxicos:

Tóxicos	Sí	No	Dosis
	Nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Opiáceos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ansiolíticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Xantinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

ANSIOLÍTICOS 1.1Alprazolam 1.2Clonazepam 1.3Cloracepato Dipotásico 1.4Diazepam 1.5Lorazepam 1.6Lormetazepam 1.7Midazolam 1.8Zolpidem

ANTIDEPRESIVOS 2.1Fluoxetina 2.2Paroxetina 2.3Sertralina 2.4Citalopram 2.5Escitalopram (ISRS) 2.6Venlafaxina 2.7Doluxetina 2.8Tricíclicos 2.9Mirtazapina 2.10Trazodona 2.11Mianserina

ATÍPISICÓTICOS 3.1Risperidona 3.2Olanzapina 3.3Quetiapina 3.4Ziprasidona 3.5Aripiprazol 3.6Amisulpiride 3.7Haloperidol 3.8Levomepromazina 3.9Antipsicóticos depot

EUTIMIZANTES 4.1Litio 4.2Ácido Valproico 4.3Lamotrigina 4.4Gabapentina 4.5Pregabalina 4.6 Topiramato 4.7 Oxcarbamazepina

1. ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO

¿Ha vuelto al lugar del acontecimiento traumático? (lugar exacto/ciudad) Sí No

¿Sigue viviendo/trabajando en el lugar del acontecimiento traumático? Sí Sí No

Temores actuales al acontecimiento traumático

- ¿Piensa que puede volver a ser víctima de dicho acontecimiento traumático? ¿Toma medidas para evitarlo?

No

Sí, no tomo medidas

Sí, tomo medidas

2. PERCEPCIÓN DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO

Percepción del apoyo recibido

1. Ninguno; 2. Poco; 3. Insuficiente; 4. Bueno; 5. Muy bueno

	*1-5
¿Recibe apoyo por parte de su familia?	—
¿Recibe apoyo de sus amigos o relaciones próximas?	—
¿Recibió o recibe apoyo por parte del medio laboral al que pertenece?	—
¿Recibió o recibe apoyo por parte de la administración del Estado?	—
¿Recibió o recibe algún otro tipo de apoyo?	—

En general, ¿cómo se ha sentido en relación al apoyo recibido por la sociedad y sus instituciones?

- Atendido
 Abandonado
 Otros

ADAPTACIÓN AL NUEVO ESTATUS

3.1. Déficit funcional (observar si aparece presencia de déficit funcional en el protocolo de recogida de datos, situación al alta)

¿Tiene alguna zona corporal afectada a nivel funcional?

- Sí No

	SÍ (total)	SÍ (parcial)	NO
¿Ha quedado afectada la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha quedado afectado el oído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha quedado afectado el olfato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha quedado afectado el gusto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha quedado afectado el lenguaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO
¿Padece hormigueo en alguna parte del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece dolores persistentes como consecuencia de las heridas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un pitido en el oído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene que estar acostado sin poder moverse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene prevista la necesidad de más hospitalizaciones o IQ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2. Percepción del déficit estético de las secuelas

¿Tiene alguna zona corporal que cree que le ha quedado afectada a nivel estético?

Sí No

Indique el grado de afectación (intensidad de 0-10) ____

¿Tiene alguna secuela visible?

No

Sí, la gente no se fija en ella

Sí, la gente se fija

¿Intenta esconder las secuelas?

Sí No

Indique de 1 a 10 el grado en que cree que éstas le condicionan a nivel:

____ Personal ____ Social ____ Laboral

3.3. Percepción de la imagen corporal

¿Tiene dificultades para mirarse las secuelas? Sí No

¿Qué siente al verlas?

Rabia Angustia Asco Indiferencia Como si no fuera mío

Otros _____

¿Tiene algún recuerdo en especial al verse las heridas? Sí No

¿Cómo vive los cambios que se han producido en su imagen corporal?

Aceptación Resignación Angustia Miedo Rabia/enfado

Otros _____

3.4. Estado actual de salud

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad médica después del acontecimiento traumático?

- No
- Sí, sin fármaco
- Sí, con fármaco
- Sí, con hospitalización
- Sí, con intervención quirúrgica

Observaciones psicopatológicas :

4. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Relación del padecimiento actual con el acontecimiento traumático:

- Existe una relación causa directa comprobada*
- Es probable que exista relación casual*
- El acontecimiento traumático es un factor más en la patología actual*
- No existe relación comprobable*

¿Pensó en algún momento después del acontecimiento que necesitaba tratamiento psicológico y no lo pidió?

- No
- Sí, falta de información*
- Sí, no sabía cómo hacerlo*
- Sí, no me gustan los psicólogos*
- Sí, prefería solucionar los problemas sólo*
- Sí, otros (especificar)*

¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento psicológico/psiquiátrico después del acontecimiento?

- No
- Sí, al alta
- Sí, posteriormente al alta

¿Dónde lo ha realizado?

- No aplicable
- UEQ
- CSMA
- Centro privado/Mútua

¿Está contento con el tratamiento que recibe?

- No
- Sí
- No aplicable

¿Piensa que ha mejorado desde que está en tratamiento?

No Sí No aplicable

Tipo de tratamiento que recibe o ha recibido:

- Ninguno
 - Sí, con Hospitalización psiquiátrica
- Sí, con Farmacoterapia, ansiolíticos
- Sí, con Farmacoterapia, antidepresivos
- Sí, con Farmacoterapia, antipsicóticos
 - Sí, con Farmacoterapia, eutimizantes
 - Sí, con Farmacoterapia, otros _____
 - Sí, con Psicoterapia individual
- Sí, con Psicoterapia de grupo
- Sí, con Terapia familiar
- Sí, con otro tto psicológico

Tratamiento psiquiátrico desde alta:

- Hospitalización psiquiátrica
- Farmacoterapia
- Tratamiento psicológico individual
- Tratamiento psicológico grupal
- Terapia familiar
- Tratamiento psicológico otro
- No

Tratamiento psiquiátrico actual:

- Hospitalización psiquiátrica
- Farmacoterapia
- Tratamiento psicológico individual
- Tratamiento psicológico grupal
- Terapia familiar
- Tratamiento psicológico otro
- No

¿Por qué pensó que sería importante recibir tratamiento psicológico?

5. ADAPTACIÓ SOCIAL

5.1. Situación laboral

¿Actualmente está trabajando?

- No, incapacidad física*
- No, incapacidad psicológica*
 - No, sin incapacidad*
- No, incapacidad en trámite*
 - Sí, mismo trabajo*
 - Sí, pero menor rango*
 - Sí, otra profesión*

¿Se encuentra satisfecho con su situación laboral actual?

- Nada* *Poco* *Medio* *Bastante* *M* *cho* *No aplicable*

¿Ocupa su tiempo libre realizando actividades alternativas que le satisfacen?

- Sí* *No*

¿Pasa la mayor parte del tiempo sin hacer gran cosa?

- Sí* *No*

5.2. Situación económica actual

¿Recibe alguna pensión extraordinaria a consecuencia del acontecimiento traumático?

- No* *Sí* *En trámite*

Su situación económica después del acontecimiento traumático, Ud. la definiría como:

- Peor* *Igual* *Mejor*

¿Tiene más gastos tras el acontecimiento traumático?

- Sí* *No*

¿Ha precisado ayuda económica después del acontecimiento traumático?

- No* *Sí* *En trámite*

¿Ha recibido indemnización por el acontecimiento traumático?

No Sí En trámite

5.3. Situación de la vivienda después del acontecimiento traumático

¿Cambió de vivienda después del acontecimiento traumático?

- No
- Sí, por vivir en vivienda oficial
- Sí, por traslado profesional
 - Sí, por evitar ciudad del acontecimiento traumático
 - Sí, por buscar ayuda de otros familiares
 - Sí, por volver al lugar de origen
 - Sí, por evitar recuerdos del acontecimiento traumático
 - Sí, otros _____

¿Está contento con este cambio? No Sí No aplicable

¿Perdió su vivienda por el acontecimiento traumático?

Sí No

5.4. Medios de comunicación y justicia

¿Apaga la televisión cuando aparecen noticias sobre otros acontecimientos traumáticos? Sí No

¿Le interesan las noticias de los medios de comunicación relacionadas con el acontecimiento del que fue víctima? No Sí No aplicable

¿Busca activamente estar informado a través de los medios de comunicación de temas relacionados con el acontecimiento de que fue objeto?

No Sí No aplicable

¿Está pendiente de alguna reclamación judicial (aseguradora, mutua)?

No Sí No sabe

¿Sabe si están detenidos los autores responsables del acontecimiento traumático del que fue víctima?

No Sí No aplicable

¿Adopta una posición activa en la búsqueda de justicia y soluciones para las víctimas de estos problemas?

Nada Poca Media Bastante Mucho

¿Ha contactado con otras víctimas de traumas como el que sufrió usted?

No Sí, en la actualidad Sí, ahora no

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS DESDE EL ACCIDENTE

¿Ha experimentado desde el ingreso en la UEC alguno de los siguientes acontecimientos?

Acontecimiento	No	Sí	Fecha
Accidente de coche, tren o avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Accidente industrial o de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Pérdida del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Pérdida de un miembro de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Muerte inesperada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Abuso físico o psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Agresión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Sufrir graves quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / ___ / _____

Cuestionarios

BDI: Beck Depression Inventory

A continuación encontrará 21 apartados referentes a su estado de ánimo o situación actual. Redondee con círculo la letra de cada apartado que indique mejor su situación actual.

- marque sólo una letra de cada apartado
- no deje ningún apartado en blanco

1. A) No me siento triste
B) Me siento triste
C) Siempre me siento triste o afligido y no puedo evitarlo
D) Me siento tan triste o afligido que no puedo soportarlo
-
-

2. A) No me siento especialmente desanimado ante el futuro
B) Me siento desanimado ante el futuro
C) No hay nada que me haga ilusión
D) Creo que las cosas no pueden mejorar y no tengo ninguna esperanza de futuro
-
-

3. A) No me siento fracasado
B) Me siento más fracasado que la mayoría de la gente
C) Cuando recuerdo mi pasado no veo más que fracasos
D) Creo que soy un fracaso total como persona
-
-

4. A) Me siento tan satisfecho como antes
B) Ya no me gustan tanto las cosas como antes
C) Ya no me satisface nunca nada
D) Estoy insatisfecho o aburrido de todo
-
-

5. A) No me siento especialmente culpable.
B) A veces me siento culpable
C) La mayor parte del tiempo me siento bastante culpable
D) Continuamente me siento culpable
-
-

6. A) No me siento maltratado
B) Tengo la sensación de que me pueden maltratar
C) Creo que me maltratan
D) Tengo la sensación de que me están maltratando
-
-

7. A) No me siento decepcionado conmigo mismo
B) Estoy decepcionado conmigo mismo
C) Estoy asqueado de mí mismo
D) Me odio
-
-

8. A) No creo que sea peor que los demás
B) Soy crítico conmigo mismo por mis debilidades o errores
C) Me culpo continuamente por mis equivocaciones
D) Me culpo continuamente de todo lo que va mal

9. A) No tengo pensamientos de matarme
B) Tengo pensamientos de matarme
C) Me gustaría matarme
D) Me mataría si tuviera la posibilidad
-

10. A) No lloro más de lo normal
B) Lloro más que antes
C) Ahora lloro siempre
D) Antes acostumbraba a llorar, pero ahora ya no puedo aunque quiera
-

11. A) No estoy más irritado que antes
B) Me preocupo o me irrito más fácilmente que antes
C) Me siento irritado continuamente
D) Ya no me irritan en absoluto cosas que antes me irritaban
-

12. A) No he perdido el interés por la gente
B) Estoy menos interesado por la gente que antes
C) He perdido gran parte del interés por la gente
D) He perdido todo el interés por otras personas
-

13. A) Tomo mis decisiones tan bien como siempre
B) Retraso las decisiones más que antes
C) Me cuesta tomar las decisiones más que antes
D) Ya no puedo tomar ninguna decisión nunca más
-

14. A) No creo que tenga un aspecto peor que antes
B) Me preocupa tener un aspecto envejecido o poco atractivo
C) Creo que hay cambios permanentes en mi apariencia que me dan un aspecto poco atractivo
D) Creo que parezco feo.
-

15. A) Puedo trabajar tan bien como antes
B) Me supone un esfuerzo extra empezar a hacer alguna cosa
C) Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa
D) No puedo hacer ningún tipo de trabajo
-

16. A) Puedo dormir tan bien como antes
B) No duermo tan bien como antes
C) Me despierto una o dos horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir
D) Me despierto varias horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir
-

17. A) No me canso más que antes
B) Me canso con más facilidad que antes
C) Me canso al hacer casi cualquier cosa
D) Estoy demasiado cansado para hacer algo
-
-

18. A) No tengo menos hambre que antes
B) No tengo tanta hambre como antes
C) Actualmente tengo mucha menos hambre
D) Ya no tengo hambre nunca
-
-

19. A) No he perdido peso o casi nada últimamente
B) He perdido más de 2,5kg
C) He perdido más de 5 kg
D) He perdido más de 7 kg
-
-

20. A) Mi salud no me preocupa más que antes
B) Estoy preocupado por molestias físicas como dolores, o bien molestias gástricas, o bien estreñimiento
C) Estoy muy preocupado por molestias físicas y me resulta difícil pensar en otras cosas
D) Estoy tan preocupado por molestias físicas que no puedo pensar en nada más
-
-

21. A) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
B) Estoy menos interesado por el sexo que antes
C) Estoy bastante menos interesado por el sexo últimamente
D) He perdido totalmente mi interés por el sexo

STAI-E/R

Estado

Lea atentamente cada afirmación y señale la puntuación de 0 a 3 que indique cómo se **SIENTE AHORA MISMO**.

	<i>Nada</i>	<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
1. Me siento calmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy tenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estoy contrariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento alterado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento angustiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tengo confianza en mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me siento nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Estoy desasosegado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Estoy relajado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Estoy preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me siento alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. En este momento me siento bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IES-R Impact of Event Scale-Revised

Adaptada por: Manuel de Gracia y Albert Costa (2004)

Departament de Psicologia

Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia

Universitat de Girona

A continuación se presenta un listado de dificultades que algunas personas presentan después de vivir un acontecimiento estresante (accidente laboral, accidente de tráfico o catástrofe natural, agresión física, etc.). Por favor, lea detenidamente cada ítem indicando en qué medida estas dificultades le han angustiado o preocupado DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS.

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Cualquier recuerdo me evocaba sentimientos sobre lo sucedido	<input type="checkbox"/>				
2. He tenido problemas para mantener el sueño	<input type="checkbox"/>				
3. Otras situaciones me han hecho pensar continuamente en lo sucedido	<input type="checkbox"/>				
4. Me he sentido irritable y enfadado/a	<input type="checkbox"/>				
5. He evitado disgustarme cuando pensaba en lo sucedido o algo me lo recordaba	<input type="checkbox"/>				
6. He pensado en lo sucedido cuando no quería	<input type="checkbox"/>				
7. He sentido como si no hubiera ocurrido o no fuera real	<input type="checkbox"/>				
8. He intentado no recordar lo sucedido	<input type="checkbox"/>				
9. Me han venido a la mente imágenes sobre lo sucedido	<input type="checkbox"/>				
10. He estado nervioso/a y me he sobresaltado fácilmente	<input type="checkbox"/>				
11. He intentado no pensar en lo sucedido	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
12. He sido consciente de que todavía tenía muchos sentimientos sobre lo sucedido, pero no he querido afrontarlos	<input type="checkbox"/>				
13. Mis sentimientos sobre lo sucedido me han quedado como bloqueados	<input type="checkbox"/>				
14. Me he encontrado actuando o sintiendo como si volviera a encontrarme en ese momento	<input type="checkbox"/>				
15. He tenido problemas para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>				
16. He tenido momentos en los que me invadían sentimientos intensos sobre lo sucedido	<input type="checkbox"/>				
17. He intentado borrarlo de mi memoria	<input type="checkbox"/>				
18. He tenido problemas para concentrarme	<input type="checkbox"/>				
19. Los recuerdos sobre lo sucedido me han provocado reacciones físicas como sudores, problemas de respiración, náuseas o fuertes latidos del corazón	<input type="checkbox"/>				
20. He tenido sueños sobre lo sucedido	<input type="checkbox"/>				
21. Me he sentido vigilante o en guardia	<input type="checkbox"/>				
22. He intentado no hablar sobre lo sucedido	<input type="checkbox"/>				

Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0. Nunca	0. Nada
1. A veces	1. Leve
2. 2-3 veces	2. Moderada
3. 4-6 veces	3. Marcada
4. A diario	4. Extrema

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o ha permanecido «en guardia»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Más o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

<i>Actividades</i>	<i>Sí, me limita mucho</i>	<i>Sí, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Subir un solo piso por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Agacharse o arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Caminar 1 km o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante las 4 últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo...

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Sólo alguna vez</i>	<i>Nunca</i>
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>					
b. ...estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>					
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	<input type="checkbox"/>					
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
e. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
f. ...se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					
g. ...se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>					
h. ...se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>					
i. ...se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>					

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo algunas veces Nunca

11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

	<i>Totalmente cierta</i>	<i>Bastante cierta</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Bastante falsa</i>	<i>Totalmente falsa</i>
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Versión española 1.3 – July 15, 1994 por Jordi Alonso, MD, PhD; on behalf of the IQOLA Project.)

Escala PANAS - Emociones positivas y negativas

Instrucciones:

Esta escala consiste en un determinado número de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones.

Lea cada una de ellas y seleccione una de las respuestas. Indique en qué grado se siente de esa forma justo ahora, es decir, en el momento presente

Puntuación

1= muy ligeramente o nada en absoluto

2= un poco

3= moderadamente

4= bastante

5= extremadamente

ítem		1	2	3	4	5
1	Interesado/a por las cosas	<input type="checkbox"/>				
2	Angustiado/a	<input type="checkbox"/>				
3	Ilusionado/a-Emocionado/a	<input type="checkbox"/>				
4	Afectado/a	<input type="checkbox"/>				
5	Fuerte	<input type="checkbox"/>				
6	Culpable	<input type="checkbox"/>				
7	Asustado/a	<input type="checkbox"/>				
8	Agresivo/a	<input type="checkbox"/>				
9	Entusiasmado/a	<input type="checkbox"/>				
10	Satisfecho/a consigo mismo/a	<input type="checkbox"/>				
11	Irritable	<input type="checkbox"/>				
12	Despierto/a	<input type="checkbox"/>				
13	Avergonzado/a	<input type="checkbox"/>				
14	Inspirado/a	<input type="checkbox"/>				
15	Nervioso/a	<input type="checkbox"/>				
16	Decidido/a	<input type="checkbox"/>				
17	Concentrado/a	<input type="checkbox"/>				
18	Agitado/a	<input type="checkbox"/>				
19	Activo/a	<input type="checkbox"/>				
20	Miedoso/a	<input type="checkbox"/>				

