

El estrés postraumático en pacientes quemados: "No es para tanto"

*Jorge García Fernández
Facultativo Especialista de Área de Psicología Clínica
Xerencia de Xestión Integrada. A Coruña. España
e-mail: jorge.garcia.fernandez@sergas.es*

Puede resultar una obviedad afirmar que los pacientes afectados por grandes quemaduras tienen por delante una serie de dificultades que resolver tanto desde el punto de vista físico (un largo proceso de cirugías y rehabilitación), en el ámbito social (modificaciones de la capacidad laboral, deterioro en las relaciones personales) y en el plano psicológico (superación de posibles vivencias traumáticas, adaptación de limitaciones funcionales y empeoramiento estético).

En este artículo, nos proponemos exponer las conclusiones extraídas de la revisión de la literatura científica en relación a las secuelas psicológicas del evento potencialmente traumatizante que se encuentra frecuentemente

en el origen de este tipo de lesiones. Nos referimos al efecto a medio y largo plazo de haber pasado cierto tiempo bajo la intensa angustia de sentirse en contacto con materia caliente. Damos por hecho que cada lector podrá diseñar una situación traumatizante en función de su propia angustia experimentada mientras la imagina, e incluso podrá aventurarse a seleccionar los ingredientes necesarios para elaborar una situación difícil de superar. Posiblemente la pócima esté compuesta por la percepción de una gran amenaza a la integridad física (con intenso miedo "a morir"), una duración prolongada de dicho suceso, la aparición de manera sorpresiva, involuntaria o incluso mejor fruto

de una agresión, etc.

En la escuela de Hollywood aprendimos que algunas de estas situaciones pueden darse con gran facilidad durante una misión por la selva con emboscadas intermitentes del vietcong, tratando de abandonar el World Trade Center un 11 de septiembre o de vacaciones con tsunami incluido en una playa de Haití. Aunque estos ejemplos puedan servirnos de orientación, la tarea de hoy consiste en diseñar eventos traumatizantes que concluyan con una pérdida aguda de al menos el 20% de la piel.

Nos vienen a la imaginación escenas relatadas por pacientes que se encontraron inmersos en ellas: un soldador envuelto en llamas tras la explosión de un viejo bidón de gasolina, un joven atrapado en un vehículo incendiado tras un accidente, una anciana con escasa movilidad intentando salir del agua de la ducha excesivamente caliente, un adolescente sobre una hoguera tras un traspies en la noche San Juan, un despistado funcionario corriendo con la camisa inflamada por un mechero estropeado que no se apaga en el bolsillo...

En función de los factores antes comentados, estas escenas podrían considerarse experiencias suficientemente impactantes con capaci-

dad de adherirse al sistema límbico (lugar de las emociones) y al lóbulo temporal (lugar de la memoria).

Si queremos añadir más puntos negativos podemos tener en cuenta el consiguiente proceso duro y prolongado de hospitalización en condiciones de aislamiento y sucesión de eventos aversivos (curas dolorosas, mantenimiento de posturas dificultosas, dolor, picores, cirugías).

Resulta muy atrayente para un psicólogo de hospital la idea de que la intensa experiencia emocional asociada al incidente causal de la lesión junto a las condiciones hospitalarias adversas pudieran determinar un futuro emocional complicado en caso de no verse compensada esta vulnerabilidad sobrevenida con las correspondientes medidas psicoterapéuticas destigmatizantes. Podríamos esperar, en el caso de no recibir dicha intervención, que las circunstancias hospitalarias adversas dificultasen la recuperación de una vivencia inicial traumática provocando el bloqueo de los mecanismos de adaptación a la nueva apariencia física y limitaciones funcionales permanentes. De ser así consideraríamos oficialmente que estos eventos previos a la pérdida de piel

provocan la aparición de cuadros de estrés postraumático que incluiría la evitación de situaciones de características similares, reexperimentación involuntaria del suceso en forma de imágenes intrusivas que generan angustia elevada, y sobreactivación general (ansiedad generalizada, dificultades del sueño...). El trabajo psicológico cotidiano consistiría en tomar medidas para diluir de manera progresiva la angustia adherida en el momento del trauma. Una buena parte de literatura científica con muestras de personas quemadas ha versado sobre el estudio de sintomatología postraumática dando por hecho que el acontecimiento de sentirse y/o verse afectado por las llamas durante algunos segundos y las consiguientes experiencias posteriores tendrían la potencia de determinar un antes y un después en el devenir emocional de las supuestas víctimas. Como de costumbre este elevado interés ha dado como resultado una gran discrepancia entre los estudios en lo que se refiere a la consideración de diferente tipo síntomas postraumáticos, tipos de muestras, condiciones de hospitalización, La conclusión global resulta desalentadora para un psicólogo con afán destraumatizador: "únicamente una minoría

de sujetos presenta problemas significativos para manejar las secuelas psicológicas de la lesión".

Los resultados de los trabajos revisados resultan coherentes con nuestra propia experiencia. Sin duda los primeros días resulta frecuente que aparezcan recuerdos intrusivos, problemas de sueño, concentración, hiperreactividad incrementándose estos síntomas con el dolor y malestar físico en general. Alrededor de la mitad de pacientes con quemaduras importantes (no sabemos exactamente qué extensión) presenta alguno de estos síntomas al ingreso, de ellos la mitad (o sea, el 25% del total) continúa con síntomas al cabo de un mes y un 10-15% al año. Un 25% de pacientes estaría libre de estos síntomas desde el principio de la hospitalización y un 15 % de los grandes quemados presentaría síntomas de estrés postraumático de manera prolongada. No nos queda nada claro si la presencia de síntomas tiene relevancia clínica suficiente para configurar cuadros de estrés postraumático "de libro" aunque nuestra intuición nos indica que posiblemente esto no ocurre con frecuencia (la literatura científica raramente tiende a subestimar la presencia de patologías).

Tras la observación frecuente de éstas y otras catástrofes, no resulta nada aventurado asumir la existencia de una capacidad biológica (incluyendo aquí la psicológica) de los individuos humanos para la superación espontánea de acontecimientos adversos. Esta habilidad natural que han venido llamando resiliencia, se repartiría igual que otros rasgos físicos o sea de manera desigual entre los sujetos.

La probabilidad de cronificación de este malestar parece depender de factores relacionados con la historia previa (exposición a traumas previos), factores relacionados con la situación traumática actual (especialmente exposición intensa y prolongada al estresor y percepción de amenaza intensa) y factores constitucionales o del propio individuo (personalidad introversa, neuroticismo de base y empleo de estrategias de afrontamiento pasivas o de evitación). Todo parece indicar que es el tamaño del susto y no el de la lesión el elemento más importante y que además, aunque parezca poco coherente, en los estudios no se encuentra una asociación entre la aparición de este cuadro de fracaso adaptativo con condiciones psicopatológicas previas.

De lo anterior se deduce que los sujetos más

expresivos y comunicativos estarían mejor protegidos al igual que aquellos que emplean estrategias de "acercamiento". Los modelos cognitivos afirman que la conducta de evitación como reacción predominante a la tensión después del trauma contribuye a la persistencia de las intrusiones y al mantenimiento del cuadro postraumático.

Pero es importante interpretar el estilo de afrontamiento en función del momento del proceso. No hacer nada en ciertas situaciones puede resultar la mejor acción de manejar el problema y la huida también puede ser una buena estrategia. Después de habernos quemado con la plancha, un sistema cognitivo automático de protección competente debería mantener la señal de alarma durante un tiempo antes de decidir nuevamente que no se trata de una situación de especial peligro. Las complicaciones suceden cuando se producen reacciones ambivalentes con una combinación desordenada de estrategias de acercamiento y evitación. Esto se ha identificado en estos pacientes con un mayor estrés postraumático, más insatisfacción corporal y síntomas depresivos. Desde esta perspectiva parece aconsejable poder diferenciar un momento

El estrés postraumático en pacientes quemados: "No es para tanto"

para evitar (sobre todo si la evitación es exitosa) y un tiempo para afrontar (desde luego cuando la energía y los ánimos acompañen). En nuestra opinión los momentos cercanos al alta o momentos inmediatamente posteriores al regreso a casa son más adecuados y libres del riesgo de retraumatizar al "repasar" de manera prematura la situación sin la protección emocional necesaria.

A riesgo de reducir la importancia de nuestra actividad clínica, se nos plantea la obligada necesidad de confiar en los mecanismos autocurativos del paciente que va dosificando sus propios recursos. Muy a nuestro pesar, debemos concluir que los efectos altamente traumatizantes de los sucesos que provocan las quemaduras "no son para tanto".

Más información en:

Sveen J, Ekselius L, Gerdin B, et al. [A prospective longitudinal study of posttraumatic stress disorder symptom trajectories after burn injury.](#) J Trauma. 2011; 71: 1808-15.

NICE. Post-traumatic stress disorder (PTSD). [The Management of PTSD in adults and children in primary and secondary care.](#) Clinical Guideline 26 march 2005.