

Cómo citar este documento

Terrón Moyano, Ramón; Campos López, María Remedios; Castro Álvarez, Yaiza María; Metro Sánchez, María del Pilar. Diseño de un programa de apoyo psicosocial de la enfermera especialista en salud mental dirigido a pacientes ingresados en la unidad de quemados y a sus familiares. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(3).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0553.php>

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL DIRIGIDO A PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS Y A SUS FAMILIARES

Resumen:

Las grandes quemaduras constituyen un problema de salud con gravísimas consecuencias biopsicosociales. Múltiples estudios destacan la elevada prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes quemados incluso a largo plazo, afectando muy negativamente a su calidad de vida.

La sociedad científica sugiere la necesidad de investigar para determinar si el reconocimiento y tratamiento temprano del trastorno mental asociado al paciente quemado en fase aguda puede mejorar los resultados a corto, medio y largo plazo, no existiendo estudios al respecto en las principales bases de datos.

La enfermera especialista en salud mental propone un programa de apoyo psicosocial sobre pacientes y familiares en la Unidad de Quemados. Mediante un estudio cuasiexperimental, de series temporales, longitudinal y prospectivo se realizará una identificación y seguimiento de la patología psiquiátrica mas relevante a fin comparar resultados de prevalencia del grupo experimental sobre el grupo control y sobre otros datos publicados, permitiendo evaluar la eficacia del programa.

Palabras Clave: paciente quemado, unidad de quemados, apoyo psicosocial, enfermería, salud mental

Abstract (Design of a psychosocial support program of mental health nurse for patients and their families in the burn unit):

Major burns are a health problem with serious biopsychosocial consequences. Studies report high prevalence of psychiatric disorders to short, medium and long term in burn patients, affecting negatively their quality of life. Scientific research suggests continue investigating to determinate if early recognition and treatment of mental disorders associated to burn patients during the acute phase of hospitalization may improve results to short, medium and long term. There are not studies about it in the databases. Mental health nurse shows a proposal to psychosocial support program to the patient and the patient's family in the burn unit. A quasi-experimental, of time series, longitudinal and prospective study will show a identification and follow-up of more relevant mental disorders to compare prevalence result from experimental group over control group and other studies, to evaluate the effectiveness of the program.

Keywords: burn patient, burn unit, psychosocial support, nursing, mental health.

1. Introducción:

Las grandes quemaduras constituyen un problema de salud con gravísimas consecuencias a diferentes niveles: pacientes y sus familiares, profesionales sanitarios y sistema de salud.

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

La literatura publicada coincide en la elevada tasa de patología psiquiátrica en pacientes que han sido víctimas de grandes quemaduras. Así mismo, el personal de la Unidad de Quemados ha identificado la delicada relación entre las respuestas fisiológicas y psicológicas al estrés y su impacto en la cura, y reconocen que el estado psicológico de los pacientes afecta a su recuperación física.¹ Por otro lado, un estudio sobre pacientes quemados previos al alta hospitalaria identifica como necesidad percibida aspectos psicosociales.² Existe, por tanto, una demanda de atención psicosocial desde la propia Unidad de Quemados para el paciente y su familia.

1.1 Importancia:

Se ha demostrado que el estrés emocional afecta negativamente a la curación de las quemaduras, y esto se traduce en una mayor estancia hospitalaria y número de reintervenciones. Por otro lado, la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes quemados aumenta la invalidez social y laboral. Diversos estudios apuntan a la conveniencia de incluir profesionales de salud mental en las Unidades de Quemados que proporcionen asesoramiento, ayuda, terapia y educación psicológica de los pacientes y sus familiares, a fin de evitar o reducir los trastornos psiquiátricos secundarios a las quemaduras. Países como Estados Unidos incluyen a enfermeros especialistas en salud mental en los equipos que atienden a pacientes quemados.¹

1.2 Pregunta de investigación:

¿Qué efectividad tiene un programa de apoyo psicosocial en una Unidad de Quemados?

1.3 Aplicabilidad:

La puesta en práctica de un programa de apoyo psicosocial en la Unidad de Quemados por parte de la enfermera especialista en salud mental, orientado a la identificación temprana de patología psiquiátrica, apoyo, terapia y psicoeducación de pacientes y familiares, permitiría mejorar la calidad asistencial en los pacientes quemados y sus familiares y reducir la estancia sanitaria.

1.4 Antecedentes y estado actual del tema:

Se estima que en nuestro medio la incidencia de lesiones por quemaduras es alrededor de 300 pacientes quemados por 100.000 habitantes y año. La hospitalización secundaria a quemaduras se estima en 14 casos por cada 100.000 habitantes y año. La población afectada por quemaduras graves son mayoritariamente jóvenes o de edades medias. La estancia hospitalaria de estos pacientes suele ser muy prolongada.³

La Unidad de Quemados del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla es referente a nivel de Andalucía e Islas Canarias en la atención al paciente gran quemado.

Cuenta con 13 camas. En 2008 requirieron ingreso hospitalario 217 personas, con una estancia media de 17'48 días. Además, 42 pacientes grandes quemados en estado crítico fueron atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos.⁴

Las quemaduras graves pueden ser tremendamente devastadoras, y no sólo físicamente sino también en el plano psicosocial, con consecuencias psicológicas durante y después de la hospitalización. Paciente y familia deben adaptarse lo mejor que pueden a esta situación de estrés.⁵

Existe una amplia bibliografía sobre la elevada prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes quemados, que nos informa que entre el 60%⁶ y el 66%⁷ de estos pacientes ya presentaban antecedentes de trastornos mentales antes de ocurrir la quemadura frente a la prevalencia del 20% de patología psiquiátrica en la población general de países desarrollados que estima la OMS, destacando que el 41%⁷ de los pacientes quemados había sufrido al menos un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida y previo al suceso, trastornos psicóticos en el 10% y trastornos de la personalidad en el 23% de los casos. Estos estudios concluyen que las personas con antecedentes psiquiátricos tienen más riesgo de quemarse.⁶ El hecho de que dos tercios de los sobrevivientes de quemaduras presenten historia de trastornos mentales previos al evento, puede culpar erróneamente a las quemaduras o al posterior cuidado de éstas como la causa de trastornos mentales ya existentes.⁷ No obstante, aunque los trastornos mentales pueden predisponer a las quemaduras, éstas por si misma pueden, en la fase aguda, predisponer a los trastornos mentales, en particular al delirio.⁶ Los trastornos mentales que ocurren en las quemaduras tienen un impacto a corto y largo plazo sobre la salud, la actividad y la calidad de vida, dada la cantidad de factores estresantes a la que se ve sometido el paciente quemado: evento de la quemadura, pérdidas, dolor, curas dolorosas, desfiguración y un entorno desconocido entre otros.⁸

En la psicopatología de los pacientes quemados son especialmente prevalentes la ansiedad, la depresión y los síntomas postraumáticos.⁹

Durante la fase aguda, en el primer mes tras la quemadura, la prevalencia del síndrome de estrés agudo oscila según los autores entre 23.6%¹⁰ y 34%, pesadillas 39%, problemas significativos del sueño 75%,⁸ sintomatología clínica significativa de depresión 13-26%,¹¹ depresión entre el 4%¹¹ y el 16%,⁷ criterios de trastorno de estrés postraumático (TEPT) 35.1%,¹⁰ delirio 13%.⁶ Mayores niveles de dolor agudo se asocian con trastornos psicológicos a largo plazo como depresión, ideación suicida y TEPT hasta 2 años después de la lesión por quemaduras.^{8,12} A los 3-6 meses, la prevalencia del TEPT es del 33.3%.^{8,10} Al año, TEPT entre el 9% (7), 15-20%,⁸ 28.6%¹⁰ y 23-45%,⁷ importantes signos de TEPT 30-40%,⁸ depresión 10%,¹¹ 16%,⁷ el 54%⁸ presenta criterios de alteración del estado de ánimo, ansiedad o abuso de sustancias, la presencia de estrés psicológico en la fase aguda predijo un mayor deterioro físico durante el año siguiente a la quemadura así como una variación sustancial en la calidad de vida.⁸ A los dos años, sintomatología clínica significativa de depresión 22.6%,⁸ TEPT 25.4%.¹⁰ Ideación suicida, tentativas de suicidio y muertes por suicidio se prevén por el dolor crónico,⁸ común entre los supervivientes de quemaduras.

La experiencia traumática por quemaduras también provoca alteraciones en el sistema familiar. El luto individual que va a vivir el paciente envuelve,

inevitablemente, a toda la familia, y si ésta no consigue adaptarse a la nueva realidad corre el riesgo de transformarse en una “familia enferma”.¹³ En los primeros 2 meses pueden aparecer sentimientos negativos de búsqueda de culpables y sentimiento de culpabilidad, los familiares sienten que podían haber hecho algo para evitarlo. También aparecen indicadores de resignación y reacciones ambivalentes como la negación familiar, que revelan una falsa aceptación al negar lo que está pasando. Se produce alteración de las reglas de funcionamiento familiar, como las tareas domésticas y cuidados de los hijos, que se hace más evidente cuando la víctima es la mujer en el caso de familias tradicionales.¹³ La literatura describe al paciente quemado como un factor de riesgo de mala salud para sus cuidadores. Un estudio revela que los padres de las víctimas de quemaduras eran más propensos a presentar problemas de salud mental durante los 2 primeros años desde el incidente y más probabilidad de presentar problemas de salud cardiovascular en los años siguientes al desastre.¹⁴ Por tanto, los miembros de la familia tienen necesidades y preocupaciones durante la hospitalización del paciente quemado.¹⁵

Los sobrevivientes de quemaduras también presentan dificultades en la vida sexual y las interacciones sociales, disminuyendo su calidad de vida respecto a la población general.¹⁶ La insatisfacción de la imagen corporal influye en la calidad de vida después de las lesiones graves por quemaduras.¹⁷ Un análisis sobre la calidad de vida de pacientes quemados en rehabilitación muestra que la mayoría de estos pacientes se reconocen emocionalmente más frágiles, con autoimagen negativa y sufrimiento psíquico, suponiéndole su situación actual una barrera para la reintegración social.¹⁸

El estilo de afrontamiento, la amenaza de la vida durante el accidente y los primeros síntomas son fuertes predictores de la psicopatología después de una quemadura a corto, medio y largo plazo, y por el contrario la severidad de la quemadura no fue predictor de enfermedad mental.¹⁹ La comorbilidad psiquiátrica previa en pacientes quemados es un factor predictor significativo para la depresión y el TEPT. Algunos síntomas tempranos de estrés pueden ser asociados con estrés a largo plazo, de modo que determinados signos del síndrome de estrés agudo pueden orientarnos para la posible aparición de un TEPT.⁸ Los rasgos de personalidad neurótica y la evitación del afrontamiento contribuyen al desarrollo de síntomas depresivos en adultos sobrevivientes de quemaduras,²⁰ ya que la personalidad pre-quemadura y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente pueden influir en el ajuste psicológico a largo plazo.²¹ Esto permite que los pacientes quemados con mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos clínicamente significativos puedan ser identificables en la fase aguda de la recuperación.²⁰ El dolor agudo en el momento del alta hospitalaria es predictor a largo plazo de ideación suicida.^{8,22} Por tanto, la identificación temprana de pacientes quemados con mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos clínicamente significativos o que presenten síntomas que puedan asociarse a un trastorno a largo plazo proporcionaría una oportunidad para la prevención secundaria.⁸ Además, la evaluación precoz y el manejo del estrés psicológico desde la Unidad de Quemados contribuirá no sólo a la recuperación psicosocial sino también a los aspectos físicos de la recuperación de sus heridas,⁸ ya que está demostrado que el estrés emocional afecta negativamente a la curación de las quemaduras.

Múltiples estudios concluyen que es necesario una intervención psicosocial temprana en el paciente quemado, en relación a la identificación de patología

psiquiátrica previa y al nivel de estrés psicológico post-quemadura para contribuir a la recuperación de los sobrevivientes de quemaduras.^{1,5,7,23-30} Los estudios también sugieren que la evaluación y tratamiento temprano de la depresión y la ansiedad pueden ayudar a mejorar una amplia gama de dolor a largo plazo en el paciente quemado.³¹ Diversos autores realizan propuestas de intervención psicosocial en el paciente quemado en fase aguda,^{1,11,23-32} y sugieren la necesidad de investigación para determinar si la evaluación psicosocial e intervención tempranas en el paciente quemado que está desarrollando patología psiquiátrica puede mejorar los resultados a largo plazo, destacando que no existen estudios al respecto.^{7,8,10} De la revisión bibliográfica realizada, tan sólo se ha encontrado un estudio que sugiere que la diferencia significativa entre la prevalencia del 9% de TEPT a los 12 meses de la quemadura encontrada en su estudio respecto a las del 23% al 45% de otros autores, puede ser consecuencia de la intervención psicosocial en la fase aguda utilizada en los pacientes de su muestra.⁷

El cuidado de pacientes quemados requiere de personal adiestrado en habilidades sociales, técnicas de manejo del estrés y la ansiedad y técnicas de afrontamiento.²⁹

La enfermera especialista en Salud Mental, tomando como marco teórico enfermero el Modelo de Adaptación de Callista Roy, realiza una propuesta de intervención psicosocial en el paciente quemado en fase aguda, en la que intervendrá de forma directa e implicará activamente al paciente en su propio cuidado psicosocial, así como al personal de Enfermería de la Unidad de Quemados y a sus familiares y/o amigos, creando desde el primer momento un clima social favorable y empático, que le ayudará a adaptarse a los cambios con el fin de conseguir la integridad biopsicosocial.

2. Hipótesis:

La implantación de un programa de apoyo psicosocial en la Unidad de Quemados por parte de la enfermera especialista en salud mental disminuirá la prevalencia de la ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático, y mejorará la calidad de vida de los pacientes quemados.

3. Objetivos:

3.1 Objetivo general:

Implementar y valorar un programa de apoyo psicosocial en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Virgen del Rocío, como método de monitorización para la mejoría de la calidad de los cuidados enfermeros.

3.2 Objetivos específicos:

Identificar la prevalencia de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumáticos y determinar la calidad de vida de los pacientes quemados en la 1ª semana de ingreso, al mes, a los 3 meses, al año y a los 2 años.

Desarrollar un programa de psicoeducación dirigido a los pacientes de la Unidad de Quemados.

Desarrollar un programa de psicoeducación dirigido a los familiares de estos pacientes.

4. Metodología:

4.1.Ámbito de estudio:

El estudio se llevará a cabo en una unidad hospitalaria de carácter público del área sanitaria del Hospital Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla: Unidad de Quemados del Hospital de Rehabilitación y Traumatología.

El Hospital Universitario “Virgen del Rocío” es un complejo hospitalario público perteneciente a la Junta de Andalucía y englobado en el Sistema Nacional de Salud, con una población asignada de 875.331 habitantes. Es hospital de referencia no sólo de la provincia, sino también del resto de Andalucía, Islas Canarias, Ceuta, Melilla y parte de Extremadura para determinadas especialidades médicas.

El programa desarrollado lo llevará a cabo la enfermera especialista en Salud Mental de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática y Enlace (UPPE) de dicho complejo universitario sobre los enfermos ingresados en la Unidad de Quemados.

4.2.Diseño:

Valoración de programa, cuasiexperimental, de series temporales, longitudinal y prospectivo. Constará de dos grupos: un grupo experimental cuyos sujetos recibirán la intervención de apoyo psicosocial de la enfermera especialista en salud mental y un grupo control, con las mismas características que el grupo experimental, que no recibirá dicha intervención y al que se le hará el seguimiento habitual.

Los participantes serán evaluados en los 7 primeros días del ingreso, al mes, a los 3 meses, al año y a los 2 años; fechas correspondientes a la fase aguda, a corto plazo, a medio plazo y a largo plazo.

4.3.Población:

Unidades familiares formadas por pacientes mayores de 18 años ingresados en la Unidad de Quemados y sus familiares. Intervendrá en el estudio al menos un cuidador primario, aunque se considera beneficiosa la participación del resto de familiares y/o personas allegadas.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Aceptación voluntaria de participación en el estudio por parte del paciente y cuidador principal, aportando consentimiento informado por escrito.
- No presentar dificultad para recibir información oral y visual, con comprensión oral y escrita de la lengua castellana.
- Se prevea un ingreso superior a 7 días.
- Presencia de al menos un cuidador primario.
- Quemaduras por llama o por contacto que hayan producido quemaduras de 2º grado profundo o de 3er grado.
- Que cumplan los siguientes criterios de “Gran Quemado” establecidos por Gueugniaud y colaboradores: Superficie corporal total quemada (SCTQ) superior al 25%, o quemaduras de 3er grado superiores al 10% de la superficie corporal, o quemaduras que afecten a cara, cabeza, cuello o manos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años

- Recibir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico activo.

Muestra:

Se incluirán 160 pacientes adultos consecutivos ingresados en la Unidad de Quemados, asignándose mediante un generador de números aleatorios, localizable en www.e-biometria.com, 80 pacientes en cada grupo (experimental y control).

4.4. Variables de estudio y definición operativa:

-Variable independiente: Intervención de la enfermera especialista en Salud Mental mediante un programa de apoyo psicosocial dirigido a los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados incluidos en el grupo experimental del estudio y a sus familiares.

El programa de intervención está basado en el abordaje psicosocial que la enfermera especialista en Salud Mental llevará a cabo hacia los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados y sus familiares. Se realizará de forma individual en las habitaciones correspondientes en el caso de los pacientes, y en la sala de información de dicha unidad en el caso de los familiares. Constará de 8 sesiones de 45 minutos repartidas en 2 sesiones por semana en el caso de los pacientes, y 4 sesiones de 45 minutos repartidas en 1 sesión por semana en el caso de los familiares.

La metodología será teórico-práctica con el fin de lograr la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades.

Sobre el grupo control sólo se intervendrá con la presentación en la unidad, solicitando su colaboración y recogiendo datos del mismo modo que el grupo experimental. En lo que concierne al grupo de intervención, los temas desarrollados en el programa serán los siguientes:

Programa de psicoeducación a pacientes:

1. Presentación e información del estudio.
2. Información del papel de la enfermera especialista en Salud Mental y coordinación con la Unidad de Quemados.
3. Psicoeducación sobre las quemaduras, tratamiento, evolución y complicaciones eventuales más frecuentes, así como la sintomatología psiquiátrica más frecuente asociada a dicho proceso.
4. Ansiedad y su control. Técnicas de relajación.
5. Dolor y técnicas autoaplicables complementarias a la analgesia.
6. Desarrollo de técnicas de capacidad de afrontamiento.
7. Control del estrés situacional.
8. Alteración de la imagen corporal y expresión de sentimientos.
9. Recomendaciones previas al alta.
10. Dudas y conclusiones.

Programa de psicoeducación a familiares:

1. Presentación e información del estudio.
2. Información del papel de la enfermera especialista en Salud Mental y coordinación con la Unidad de Quemados.
3. Psicoeducación familiar sobre las quemaduras, tratamiento, evolución y complicaciones eventuales más frecuentes, así como la sintomatología

psiquiátrica más frecuente asociada a dicho proceso.

4. Psicoeducación familiar sobre las eventuales alteraciones de la dinámica familiar asociadas al paciente quemado y al largo proceso de recuperación. Recomendaciones para adaptarse a la nueva realidad.

5. Psicoeducación familiar sobre el papel de familia y amigos en la recuperación psicosocial del paciente. Tutorización de resiliencia.

6. Dudas y conclusiones.

-Variables dependientes:

1. Ansiedad y Depresión: estas variables serán medidas mediante la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)*, que es una versión en castellano de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zimong y Snaith. Está compuesta de 14 ítems, 7 de los cuales miden la ansiedad y los 7 restantes miden depresión. Es una escala de fácil manejo y ha mostrado su poder estadístico tanto en fiabilidad como en validez en distintos estudios, también con muestra española. Evita cualquier ítem cuya presencia fuera fruto de un problema orgánico del enfermo, limitando el peso distorsionador de ítems referentes a los síntomas físicos tanto de la ansiedad como de la depresión que son habitualmente comunes en cualquier tipo de enfermedad orgánica. La puntuación de cada ítem es de 0 a 3, considerando una puntuación por encima de 11 puntos como indicativa de sintomatología ansiosa o depresiva, entre 8 y 10 sintomatología dudosa y entre 0 y 7 ausencia de sintomatología.

El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa.

2. Síntomas de estrés postraumático: esta variable será medida mediante *Versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estrésor (EIE-R)*. La EIE-R se encuentra compuesta por 22 ítems: 7 miden la intrusión, 8 la evitación y 7 la hiperactivación. Se trata de una escala de autoinforme en la que el sujeto califica el malestar o estrés generado por cada uno de los ítems. Es una escala tipo Lickert en la que los valores oscilan entre 0 (nada en absoluto) y 4 (extremadamente). El marco de referencia temporal que los sujetos deben considerar es la semana previa.

3. Calidad de vida: esta variable será medida mediante el *Cuestionario SF-36 versión española*. Es la adaptación española del *SF-36 Health Survey*. Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimentación es de 5 a 10 minutos. Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones. Función Física (10), Función Social (2), Rol físico (4), Rol Emocional (3), Salud mental (5), Vitalidad (4), Dolor corporal -intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- (2), Salud General (6).

La medición de estas variables dependientes a través de las escalas la realizará la enfermera especialista en Salud Mental a todos los pacientes

incluidos en el estudio en la 1ª semana de ingreso, al mes, a los 3 meses, al año y a los 2 años. Se realizará de forma individual en la habitación de cada paciente mientras se encuentre ingresado y posteriormente se realizarán por correo electrónico, correo ordinario o vía telefónica.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA
Ansiedad	<i>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)</i>	Cuantitativa discreta
Depresión	<i>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)</i>	Cuantitativa discreta
Síntomas de estrés postraumático	<i>Versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R)</i>	Cuantitativa discreta
Calidad de vida	<i>Cuestionario SF-36 versión española</i>	Cuantitativa discreta
Sexo	Hombre / Mujer	Cualitativa dicotómica
Edad	En años	Cuantitativa continua
Profundidad quemadura	Clasificación quemaduras según profundidad: 1º/ 2º superficial / 2º profundo / 3er grado	Cuantitativa discreta
Extensión quemadura	% SCTQ (superficie corporal total quemada): "Regla de los 9"	Cuantitativa continua
Quemaduras en cara, cabeza, cuello o manos	Sí/ No	Cualitativa dicotómica

4.5. Recogida de datos

Se realizará en el cuaderno de recogida de datos, que contendrá las hojas de registro correspondientes a cada paciente incluido en el estudio. Estos datos serán posteriormente volcados en una base de datos unificada diseñada al efecto.

4.6. Análisis de los datos

Análisis descriptivo:

Inicialmente se realizará una depuración de las bases de datos para detectar observaciones aberrantes. Se explorarán los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos.

Posteriormente se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas, con los correspondientes intervalos de confianza si precisan o, si las distribuciones son

asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos.

Este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa / cualitativa).

Análisis inferencial:

Para comparar información de tipo cuantitativo / numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en caso de no normalidad de la distribución de las variables la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0.05$

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

5. Limitaciones del estudio:

La principal limitación de este estudio entendemos que son los condicionantes éticos de selección de un grupo control, que ya han sido descritos, así como su resolución en la justificación del diseño.

Otra limitación es la imposibilidad de doble ciego. El investigador conocerá qué individuos pertenecen al grupo experimental y cuáles al control. Intentaremos solventar el problema en la fase de análisis de los datos, ya que la persona que analice los datos no conocerá la identidad de cada grupo, de tal forma no sabrá a qué grupo pertenecen los resultados.

6. Pertinencia de la investigación:

La alta prevalencia de trastornos mentales en pacientes que han sido víctimas de quemaduras afecta negativamente a su calidad de vida, aumentando la invalidez social y laboral.

La sociedad científica sugiere la necesidad de investigar para determinar si el reconocimiento y tratamiento temprano del trastorno mental asociado al paciente quemado en fase aguda puede mejorar los resultados a medio y largo plazo, no existiendo estudios al respecto en las principales bases de datos.

La enfermera especialista en salud mental propone un programa de intervención psicosocial sobre los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario "Virgen del Rocío" y sus familiares, aplicable desde la 1ª semana de ingreso, y realiza una identificación y seguimiento de la patología psiquiátrica más relevante en estos pacientes a fin de comparar resultados de prevalencia del grupo experimental sobre el grupo control y sobre otros datos publicados, permitiendo evaluar la eficacia de dicho programa.

7. Consideraciones éticas y legales:

El proyecto se desarrollará siguiendo en todo momento los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, y se incluirá la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes participantes en el proyecto.

Los registros de cada paciente así como su consentimiento informado serán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Previa a la presentación de dicho protocolo ha sido solicitada y obtenida la

AÑO.2

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

AÑO.3

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

Distribución de actividades entre el equipo investigador:

El investigador principal se ocuparía de la coordinación del equipo y de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo. Controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del cronograma y que se lleven a cabo todas las reuniones de reevaluación del protocolo.

10. Presupuesto económico:

CONCEPTOS	PRESUPUESTO SOLICITADO		
	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
Equipamiento Inventariable: 1 ordenador portátil 1 impresora láser blanco y negro	1800 400		
Material Fungible: Consumibles informáticos (tóner, cd, pen drive, papelería, material de oficina, etc), edición cuestionarios registro	1000	1300	700
Material Bibliográfico: Bibliografía básica de enfermería para actualizar los fondos del grupo (NANDA, NIC, NOC) Bibliografía referente a evaluación de programas, etc	1000	700	
Viajes y dietas: - Congresos nacionales - Congresos internacionales - Reuniones de grupo	300	1500 300	1500 2500 300
Total ayuda solicitada	13300 euros		

El H.U. "Virgen del Rocío" dispone de personal bioestadístico especializado para el análisis de los datos.

11. Bibliografía:

- 1 Klein JM. The psychiatric nurse in the burn unit. *Perspect Psychiatr Care*. 2009 Jan;45(1):71-4.
- 2 Goyatá SL, Rossi LA. Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009 Jan-Mar;20(1):16-24
- 3 msc.es [sede Web]*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 21 de octubre de 2009]. Criterios para la designación de Centros, Servicios o Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/QuemadosCriticos.pdf>
- 4 huvr.es [sede Web]*. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocio; 2009 [acceso 21 de octubre de 2009]. Memoria de Gestión 2008. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranet/CmsHUVR/galerias/documentos/memorias/memoria2008media.pdf>
- 5 Novelli B, Melandri D, Bertolotti G, Vidotto G. Quality of life impact as outcome in burns patients. *G Ital Med Lav Ergon*. 2009 Jan-Mar;31(1 Suppl A):A58-63.
- 6 Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsä E. Mental disorders among acute burn patients. *Burns*. 2009 Sept;35(1): S29
- 7 Dyster-Aas J, Willebrand M, Wikehult B, Gerdin B, Ekselius L. Major

depression and posttraumatic stress disorder symptoms following severe burn injury in relation to lifetime psychiatric morbidity. *J Trauma*. 2008 May;64(5):1349-56.

8 Fauerbach JA, McKibben J, Bienvenu OJ, Magyar-Russell G, Smith MT, Holavanahalli R et al. Psychological distress after major burn injury. *Psychosom Med*. 2007 Jun;69(5):473-82.

10 McKibben JB, Bresnick MG, Wiechman Askay SA, Fauerbach JA. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *J Burn Care Res*. 2008 Jan-Feb;29(1):22-35.

11 Thombs BD, Bresnick MG, Magyar-Russell G. Depression in survivors of burn injury: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006 Nov-Dec;28(6):494-502.

12 Wiechman Askay S, Patterson DR. What are the psychiatric sequelae of burn pain?. *Curr Pain Headache Rep*. 2008 Apr;12(2):94-7.

13 Pinto JM, Silva Montinho LM, Coelho Gonçalves PR. O Doente Queimado e a Dinâmica Familiar: O Impacto da Doença na Família. Referência. 2008 - II - n. 6.

14 Dorn T, Yzermans JC, Spreeuwenberg PM, van der Zee J. Physical and mental health problems in parents of adolescents with burns--a controlled, longitudinal study. *J Psychosom Res*. 2007 Oct;63(4):381-9.

15 Thompson R, Boyle D, Teel C, Wambach K, Cramer A. A qualitative analysis of family member needs and concerns in the population of patients with burns. *J Burn Care Rehabil*. 1999 Nov-Dec;20(6):487-96.

16 Van Loey NE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(4):245-72.

17 Thombs BD, Haines JM, Bresnick MG, Magyar-Russell G, Fauerbach JA, Spence RJ. Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Jan-Feb;29(1):14-20.

18 Silva Costa MC, Lídia Aparecida Rossi LMara Lopes L Lopes Cioffi C. Significados sobre la calidad de vida: análisis interpretativo fundamentado en la experiencia de personas quemadas en rehabilitación. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 Março-Abril; 16(2)

19 Willebrand M, Andersson G, Ekselius L. Prediction of psychological health after an accidental burn. *J Trauma*. 2004 Aug;57(2):367-74.

20 Andrews RM, Browne AL, Drummond PD, Wood FM. The impact of personality and coping on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. *Burns*. 2009 Oct 30.

21 Klinge K, Chamberlain DJ, Redden M, King L. Psychological adjustments made by postburn injury patients: an integrative literature review. *J Adv Nurs*. 2009 Nov;65(11):2274-92.

22 Edwards RR, Magyar-Russell G, Thombs B, Smith MT, Holavanahalli RK, Patterson DR et al. Acute pain at discharge from hospitalization is a prospective predictor of long-term suicidal ideation after burn injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007 Dec;88(12 Suppl 2):S36-42.

23 Argüello AJ, Fidel KS, Petit Jornet JM, Teixidó Vidal X. Repercusión psicologica de las cicatrices en el paciente quemado. *Rev Enferm*. 2006 Mar;29(3):55-60.

- 24 Wisely JA, Hoyle E, Tarrier N, Edwards J. Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients. *Burns*. 2007 Sep;33(6):736-46. Epub 2007 May 17.
- 25 Van Loey NE, van Son MJ, van der Heijden PG, Ellis IM. PTSD in persons with burns: an explorative study examining relationships with attributed responsibility, negative and positive emotional states. *Burns*. 2008 Dec;34(8):1082-9. Epub 2008 Jun 3.
- 26 Kung TA, Gosain AK. Pediatric facial burns. *J Craniofac Surg*. 2008 Jul;19(4):951-9.
- 27 Baker CP, Russell WJ, Meyer W 3rd, Blakeney P. Physical and psychologic rehabilitation outcomes for young adults burned as children. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007 Dec;88(12 Suppl 2):S57-64.
- 28 Davis ST, Sheely-Adolphson P. Burn management. Psychosocial interventions: pharmacologic and psychologic modalities. *Nurs Clin North Am*. 1997 Jun;32(2):331-42.
- 29 Wisely JA, Wilson E, Duncan RT, Tarrier N. Pre-existing psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors. *Burns*. 2009 Oct 24.
- 30 Van Loey NE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(4):245-72.
- 31 Edwards RR, Smith MT, Klick B, Magyar-Russell G, Haythornthwaite JA, Holavanahalli R et al. Symptoms of depression and anxiety as unique predictors of pain-related outcomes following burn injury. *Ann Behav Med*. 2007 Nov-Dec;34(3):313-22.
- 32 Wallis H, Renneberg B, Ripper S, Germann G, Wind G, Jester A. Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. *J Burn Care Res*. 2006 Sep-Oct;27(5):734-41.