

Impacto de la intervención en crisis en la población infantil que ha sufrido quemaduras.

Impact of crisis intervention in burned children.

*Lucy Martínez García, **Américo Reyes Ticas, ***Brenda Meléndez.

Resumen

Objetivo. Identificar el impacto de la intervención en crisis en niños quemados.

Material y Métodos. Estudio cuasi experimental (casos y controles-intervención). Universo 185 niños, realizado en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras, año 2004; muestra 47 niños de 5 a 12 años. Seleccionados al azar simple; se aplicó Test PSQ-Y para detección de estrés. A 26 se realizó intervención en crisis en los primeros 10 días, evaluados nuevamente con el mismo Test. A 21 no se realizó intervención (controles) fueron evaluados con Test PRIME-MD después de un mes, para detección trastornos mentales.

Resultados. 67% masculino, del área urbana, TBSA menor del 10% en el 68%, en muslo y pies se queman jugando; las niñas se queman cara, tórax, cráneo, cuello y extremidad superior, cocinando; ambos con agua caliente y el 85% presentaron algún nivel de estrés.

Después de intervención en crisis el 92% no presentó estrés, 2 casos (8%) quemados por rayo persistieron con estrés severo a pesar de la intervención. Sin intervención, 15 casos (71%) presentó estrés severo al ingreso, después de un mes, 8 casos (53%) presentaron trastornos (2 estrés postraumático y 6 trastorno depresivo mayor); la quemadura grado II y III y estrés severo el tiempo intra hospitalario fue de 3 a 10 días (casos); y controles, el tiempo pasa a más de 31 días, y aumentan los niveles de estrés. El O.R. fue de 7.38 y el intervalo de confianza de 1.16 a 59.69 Test de Fisher $P=0.01$

Conclusiones. La intervención en crisis disminuye el riesgo de padecer trastornos mentales post quemadura; puede realizarse en los primeros 14 días, no existen limitantes acompañándose de terapias expresivas y de tacto.

Palabras Clave. quemadura, intervención en crisis, estrés, (TBSA) área de superficie corporal quemada.

Abstract

Objective. To identify the impact of crisis intervention in burned children.

Material and Methods: Cuasi experimental study (case and control-intervention). From a universe of 185 children hospitalised. Study realized in the Hospital Materno Infantil of Tegucigalpa, Honduras, 2004 for burns; a sample of 47 children between 5 and 12 years old, selected by simple randomization, was studied.

The PSQ-Y test was applied to ascertain level of stress. 26 children underwent crisis intervention in the first 10 days post-admission and were again evaluated later with the same test. 21 children who had no intervention (control) were evaluated 1 month after the injury with the PRIME-MD test to detect mental disorder.

Results. 67% of the sample were male and came from the urban area. 68% of them had a TBSA of less than 10%, mostly in thighs and feet, and got burned while playing. Girls burned their face, neck, thorax, skull and superior extremities, while cooking. Both sexes burned with hot water. 85% of them presented stress.

After the crisis intervention 92% did not present any. 2 children (8%) burned by lightning persisted with severe stress even after the intervention. In those without intervention 15 cases (71%) presented severe stress on admission, and after one month 8 (53%) presented disorders (2 post-traumatic stress disorder and 6 major depressive disorder). Hospitalization for burns classified level II and III and severe stress lasted 3–10 days (cases) whereas for controls hospitalization lasted more than 31 days, and the level of stress was higher. The O.R. was 7.38 and the interval of confidence 1.16 a 59.69 Test Fisher $P=0.01$

Conclusion. Crisis intervention in burned children decreases the risk of post-burn mental disorder. It can be done in the first 14 days, there are no limitations when it is accompanied by expressive and touch therapy.

Key Words. Burns, crisis intervention, stress, (TBSA) body surface area burned.

*Residente de III Año de Postgrado de Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (U.N.A.H)

**Postgrado de Psiquiatría. (U.N.A.H)

***Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas. (U.N.A.H)

Introducción

Anualmente en los Estados Unidos se estima que 40,000 niños son hospitalizados por quemaduras, de estos 21,000 reciben cuidados intensivos, 10,000 permanecen con discapacidad y constituye la tercera causa de daño no intencional en niños ⁽¹⁾.

El trauma psicológico que conlleva es visto como un golpe al ego, porque destruye la ilusión de omnipotencia, la ilusión de protección que sus padres le dan. En la primera fase de impacto el niño se siente turbado, con miedo, con desrealización, confusión y en la fase de crisis alterna con negación, síntomas intrusivos, hiper alerta, al igual que síntomas somáticos (fatiga, náuseas, vómitos, cefaleas) agresividad, irritabilidad, apatía abandono social. Es común encontrar reacción de estrés agudo, caracterizado por: reacciones emocionales: shock, ansiedad, disociación, pena, desesperanza, vergüenza, sensación de vacío, regresiones anhedonia, reacciones cognitivas: pesadillas; falta de concentración confusión, desorientación, indecisión, reacciones físicas tales como: insomnio, fatiga, tensión, irritabilidad, dolores, taquicardia, náusea, falta de apetito; y reacciones interpersonales: disgusto, conflictos, sentimiento de rechazo, abandono, problema escolar, opositorista ⁽²⁾

La quemadura, la hospitalización y el tratamiento son eventos estresantes. La quemadura se define como una lesión térmica ocasionada por agentes biológicos, físicos y químicos y dependiendo del contacto del agente, va a producir necrosis de coagulación de los diferentes estratos de la piel y tejidos subyacentes. Su tratamiento conlleva actividades diversas como: prevención, cuidados inmediatos, reanimación, tratamiento de la herida, alivio del dolor, reparación, rehabilitación y adaptación psicosocial, y siendo vital el confort de sus padres ó cuidadores ⁽³⁾

En la primera semana se presentan reacciones emocionales de corta duración,

disociación y ansiedad, fobias, enuresis y según DSM-IV TR podemos encontrar estrés postraumático en niños después de 6 meses por quemadura hasta un 30% y, además problemas conductuales como falta de concentración en 18%, problemas de internalización en 16% y externalización en 9% ^(4,5) Los problemas psicológicos en general es de 13 a 30% ⁽⁵⁾ y se acompañan de otros problemas por el impacto del daño, ya que el estrés y la quemadura movilizan una serie de hormonas como: aldosterona, vasopresina, catecolaminas, angiotensina-aldosterna. Estas reaccionan de manera muy sensitiva al grado de estrés y la magnitud del daño es relacionada con la superficie quemada ⁽⁶⁾ La elevación continúa de corticosteroides puede tener efecto adverso en el hipocampo produce un déficit de memoria y cognición. Además el dolor contribuye a exacerbar su estrés.

El estrés ayuda a responder adecuada y efectivamente ante una amenaza ó ataque pero la sobre activación del sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico hipofisario adrenal inicia respuestas conductuales y fisiológicas dirigidas a sobrevivir a esa situación de emergencia pero que al mismo tiempo lo vuelve vulnerable a otras patologías, como secuelas si este no es bien manejado como: estrés postraumático, depresión, ansiedad generalizada y específicas, ó fobias ⁽⁷⁾

Resulta económico un manejo integral desde el inicio del tratamiento involucrando el apoyo psicológico y especialmente la intervención en crisis, ya que ayuda a restaurar el equilibrio, reparar distorsiones cognitivas de la situación y desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, ayudando así al cerebro a procesar la información provocada por trauma en forma más adaptativa e incorporarlo a su sistema de vida; Penetrar una crisis consiste en ayudar a la persona en la exploración del suceso de crisis y su reacción al mismo; en un niño al igual que en el adulto, es necesario definir el problema, identificar los conflictos, definir y movilizar recursos

individuales externos e internos, reducir efectos desagradables e incómodos relacionados con la crisis ⁽⁸⁾ En niños podemos hacer uso de técnicas expresivas pues implícitamente llevan consigo la noción del juego, la creación artística y actividades similares con sistemas de comunicación y de interacción interpersonal, a través de este el niño revela información significativa sobre sus problemas emocionales, procesos del pensamiento interno y estados, deseos y ansiedades. En la actividad expresiva incluyen la ventilación de sentimientos, la creación de una nueva narrativa sobre eventos aterrizantes, recobrar el sentido de control y de superioridad. Involucrando un papel activo del terapeuta, que además sirve para obtener un nivel de confianza. Puede ser dirigida y no dirigida, en el juego no dirigido, la actividad libre (títeres, muñecas ó materiales de arte) es observada, y el terapeuta interactúa con el niño, entrando en el mundo de su fantasía, pero siempre induciendo a explorar sus sentimientos y pensamientos.- Se le pide al niño que actúe una parte de su experiencia (con muñecas, peluches, títeres, arcilla), inducir a que escriba, dibuje, haga poemas ó historias sobre sus experiencias y luego las describa ⁽⁹⁾

Se ha realizado asistencia psicológica a través de hipnosis en adultos en los primeros 14 días, observando que reduce el nivel de dolor y da mayor nivel de satisfacción ⁽¹⁰⁾

En Honduras se han realizado estudios clínicos utilizando la membrana amniótica o gel de sábila y se describe un síndrome postraumático en quemaduras por rayo que les daba mucho problema en pacientes sin ninguna lesión evidente, que se controla con analgésicos y sedación, pero no se encuentran estudios con enfoque psicoterapéutico ⁽¹¹⁾ Tampoco se encuentran estudios internacionales de manejo de estrés en niños quemados con terapia de intervención en crisis.

La hipótesis de trabajo fue: Que los niños quemados que no reciben intervención

en crisis tienen mayor riesgo de padecer trastornos mentales.

Material y Métodos

Se realizó estudio cuasi experimental (casos y controles- intervención) Estudio realizado en el Hospital Materno Infantil, el universo fueron 185 niños ingresados a la sala de quemados el año 2004, la muestra 47 niños en edad de 5 a 12 años.

La toma de la muestra al azar simple, cuando el niño estaba médicamente estable (no estaba delirioso y sin intubación endotraqueal), a 26 casos se les realizó intervención en crisis y a 21 controles ningún procedimiento psicológico

Criterios de inclusión: Todos los niños hospitalizados en la sala de quemados en edad entre 5 a 12 años inclusive. Contar, con el consentimiento informado de los padres. Ingresado por quemadura en estado natural.

Criterios de Exclusión: Todos los niños menores de 5 años y mayores de 13 años. No se tiene la aprobación de los padres por escrito. Pacientes con desordenes psiquiátricos previos. Pacientes con abuso de sustancias. Pacientes con enfermedades no psiquiátricas previas

La técnica de levantamiento de datos:

- La entrevista dirigida a todos los niños ingresados aplicando el Test PSQ-Y (formato de auto evaluación que se aplica en dos etapas, la primera mide la angustia general con un puntaje de 1 a 35 puntos y la segunda etapa mide los puntos relacionados con el desastre asignando un puntaje de 36 a 45).
- Test PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorder), aplicado al grupo de niños control los que fueron visitados en su hogar.- Según criterios del DSM-IV

TR fue validado en Honduras con una sensibilidad de 83% y una especificidad de 88% ⁽¹²⁾

- c) Intervención en crisis realizada en los primeros 14 días, al grupo de niños (casos) como técnica anti-estrés.- Para la aplicación de esta técnica se utilizaron dinámicas expresivas infantiles a través de peluches, muñecos y dibujos con el propósito que expresen en forma espontánea el evento sufrido, acompañándose además de terapia de tacto corporal por su madre y la recompensa positiva (confites, paletas, refresco etc) al final de la intervención.

Sinopsis de la experiencia:

Previo a realizarse la entrevista, se socializa con el padre o familiar del niño afectado, explicando el procedimiento a seguir para que el niño salga de su crisis.

Se contó con el apoyo incondicional de la madre que dentro del proceso medico es muy efectivo, pues se enfrenta aun ambiente desconocido, y que en muchas ocasiones y por ser menor de edad el temor les inhibe y dificulta el tratamiento, que como profesionales de la medicina entregamos al paciente; por tanto el proceso de recuperación es más largo y el contar con la madre este periodo se acorta; es así que iniciamos sesiones terapéuticas apoyándonos en dinámicas expresivas, en las que muchas veces la madre fue actor frente al niño expectante e identificado con este juego, arte (dibujo), hay momentos que deja de ser espectador para ser protagonista, y es así que las historias vividas en un momento trágico y en el que el

niño se disoció, a través de la terapia vuelve al sentido de realidad y lo incorpora a su sistema de vida. Es así como se explican los resultados de la investigación.

Técnicas de análisis: se elabora base de datos utilizando Epi info 2003 analizando mediante el O.R. Test de fisher y porcentual.

Resultados

I.- Cuantitativos:

Tabla 1
RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL SEXO, Y ACTIVIDAD QUE REALIZA EL NIÑO AL MOMENTO DE LA QUEMADURA

Actividad que realiza cuando se quema	5 a 6 años		7 a 8 años		9 a 10 años		11 a 12 años		Total	%
	F	M	F	M	F	M	F	M		
Jugando	1	5	2	6	1	1		4	20	43
Cocinando	4	2	2	1	1	2	1	1	14	30
Accidente	1			1		2		2	6	12
Trabajando		1				2		2	5	11
Atentado	1								1	2
Otro								1	1	2
Total	6	9	4	8	4	5	3	8	47	100

Tabla 2
RELACIÓN ENTRE LA ULTIMA INTERVENCIÓN EN CRISIS Y EL NIVEL DE ESTRÉS EXPRESADO (TEST PSQ-Y) SEGÚN LA ACTIVIDAD QUE REALIZAN LOS NIÑOS MOMENTO DE SUFRIR LA QUEMADURA. HMMI 2004

Actividad que realiza cuando se quema	Ningún estrés			Estrés severo			Total
	Ning	Mod	sev	Ning	Mod	Sev	
Jugando	4	2	7				13
Cocinando	1	1	3				5
Accidente	2	1	1			1	5
Trabajando			2			1	3
Atentado							
Otro							
Total	7	4	13			2	26

1. La muestra evaluada de 47 niños quemados, la población mas afectada es la de 5 a 6 años en primer lugar y la de 7 a 8 años en segundo lugar; el 67% pertenecen al sexo masculino

- (ver cuadro 1), el 53% procede del área urbana, la mayoría ingresa con quemadura grado II (62%); el 85% ingresa con estrés (64% estrés severo y 21% moderado) y el tiempo de hospitalización más frecuente fue de 3 a 10 días y más de 31 días.
2. En la población estudiada se quemaron en primer lugar los niños jugando y las niñas cocinando; las partes del cuerpo más afectadas fueron muslo y pies en el 32% y en segundo lugar cara, cuello, cráneo, tórax, y extremidades superiores el 23%; y la extensión de la quemadura más frecuente es de menos del 10% en 32 casos (68%), el agente causal más frecuente fue por agua caliente (sopas, café, etc.)
 3. El grupo de niños con intervención en crisis (casos) el 65% (17 casos) presentó a su ingreso estrés moderado y severo según Test PSQ-Y, pero después de al menos una intervención en crisis el 92% no presentó estrés, y solo 2 casos (8%) con quemadura por rayo persistieron con estrés severo (ver cuadro 2). El tiempo de hospitalización fue de 3 a 10 días aún en quemadura gado II y III con estrés severo.
 4. El grupo de niños sin intervención (control). En la primera entrevista el 29% presentó estrés moderado por quemadura de muslo y pies, y no presentaron patología psiquiátrica después de un mes. El 71% (15 casos) con quemadura de espalda y tórax presentaron estrés severo y después del mes presentaron patología psiquiátrica 8 casos (2 estrés postraumático y 6 depresión mayor)
El tiempo de hospitalización fue más de 31 días, su nivel de estrés severo asociado a quemadura grado II y III se incrementó en frecuencia a mayor estancia intra hospitalaria.
 5. La condición de egreso de todo el grupo de niños estudiados según expediente

clínico egresó mejorado, no reportaron fallecimientos y se extendieron dos referencias por quemadura (grado III y 68% y 45%), hacia los Estados Unidos.

6. El factor protector que contribuyó a la recuperación de los casos y controles fue su familiar que siempre estuvo presente y los analgésicos.

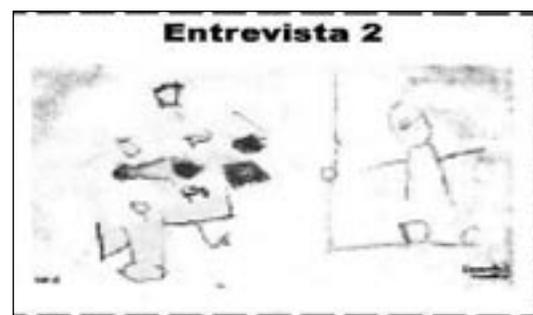
II.- Cualitativos.

Dibujo 1



“yo estaba con mi hermano debajo de la cama protegiéndome de las llamas y no me quería morir”.... Analizando: parece que en este momento todo su esfuerzo mental esta en relación al evento..

Dibujo 2



“Yo me encontraba dentro de mi casa, y todos mis vecinos me rescataron, sentí mucho miedo, había mucho fuego, mi mama no estaba”

Analizando: en este momento incorpora a sus vecinos, va disminuyendo el estrés, reflexionando sobre lo ocurrido y negociando con la realidad, hay duelo por lo ocurrido.

Dibujo 3



"Esta es mi casa quemada, estos son mis vecinos, mis amigos, este es mi hermanito..."

Pero dibuja algo sobre su casa

.....este es un pescado ja ja ja.....

Su madre dice "es que dice que desea comer pescado e irse para su casa"

Analizando: progresivamente el evento lo incorpora a su sistema de vida y hay expectativas: su alimentación, sus amigos, el mar etc. **Ya no esta en crisis.**

Caso # 1

D.Z.M. masculino de 6 años de edad, quemadura grado II, extensión 5% localización cara, cuello y cuero cabelludo, 1 grado de primaria, raza negra, lenguaje garífuna, residente en Palacios, Gracias a Dios. Con ayuda de su madre y a través del dibujo, se realiza intervención crisis. Narra con sus dibujos 1, 2 y 3 como al jugar con una vela encendida como a las 5:00 a.m. toma fuego su choza, y él y su hermano se protegen debajo de la cama, observando como se quemaban sus pertenencias, y pensaban que gritando su madre los salvaría de morir, pero esta espera era interminable, y sentía que moría por el calor y el humo, su madre había salido a buscar leña al campo, y sus vecinos les escucharon y rescataron. Fue un alivio sentirse con sus vecinos y más aún cuando vio regresar a su madre. Días intra hospitalarios 10 días y egresa mejorado.

Caso #2

V. L masculino de 9 años, alumno de 5 grado, quemadura grado III y extensión 7%, procedente de Liure, valle, con quemadura

por electricidad, en toda su extremidad superior derecha. Se quemó al intentar bajar mangos porque su madre ese día no tenía para la comida, y al estar arriba toca un cable, y queda colgado del árbol inconsciente hasta que sus vecinos lo rescatan. Inicialmente y por 5 días cursó en fase de negación y abandono (disociación) y progresivamente y a través del juego con peluches va haciendo contacto visual, luego se identifica con el peluche e inicia la narración de su historia, en forma progresiva aproximadamente 4 sesiones y finalmente se recompensa con un dulce. Pero al 8 día se decide amputarle la mano derecha; El niño expresaba su temor a este procedimiento, aferrándose a Dios y finalmente a través del dibujo y con su mano izquierda narra su historia. Egresa a los 70 días sin estrés, mejorado según expediente clínico, aunque presenta el temor de que sus compañeros le llamen "Tunco".

Caso # 3

R. M. masculino de 6 años de edad, alumno de 1 grado, procede de Trojes, El Paraíso, con quemadura grado III y extensión del 45%, en abdomen, miembros inferiores, espalda y cuello, junto a su hermana se quema al explotar por la noche un candil con kerosene, se mantuvo delirioso por una semana y progresivamente fue haciendo contacto visual, a través de peluches se logró una comunicación simple, luego poco a poco y a pesar de tener mal olor por la infección de su lesión la cual evitaba ver, expresaba la historia de como se lesionó y el temor intenso a las llamas, narraba su historia sin llanto; su amigo especial a quien le contaba su historia era un peluche en forma de pollito a quien le puso nombre pío, pío (*yo tengo un pollito igual en mi casa*), llegó a pedir refresco de recompensa, además de un dulce; su mayor sueño jugar fut boll y su mayor temor al fuego, siempre sonreía. Preguntaba ¿porqué no vino ayer?). Siempre permanecía su tía con él, su madre lo visitó muy poco por razones económicas, permaneció más de un mes, hasta que finalmente viaja con ayuda de la primera dama a USA.

Caso #4

M.P.M. Niño de 9 años, con quemadura del 36%, y grado III, reside en la frontera con el Salvador, su lesión en cara, cuello, tórax anterior, ambos miembros inferiores en su totalidad; se quema al incendiarse la fábrica de cohetes de su hogar, en la que su padre muere. Al inicio se presenta delirioso, progresivamente se logra comunicación visual, aunque inicialmente habla poco, luego poco a poco narra su historia: "Yo me encontraba ayudando a mi padre y una nube negra se convirtió en fuego y a pesar que corría por un gran salón de mi casa las llamas me perseguían, de allí no me acuerdo más hasta que me ví como garrobo quemado". Al inicio preguntaba por su padre, su madre le informó que murió y eso le hizo estar muy triste. Luego es muy expresivo (al 8 día de ingreso) y expresa: "tengo mucho dolor, por la perdida de mi padre, el era bueno, quiero ir al cementerio", "quiero ir a mi casa y realizar los trabajos de mi padre y ayudar a su madre".... afectivamente luce eufórico y hace muchas bromas constantemente, especialmente porque los dedos de la mano izquierda no los puede movilizar, y dice "sonríe y dice: se me cocinaron como chicharrón." egresa mejorado según expediente clínico, a los 72 días intra hospitalarios.

Caso # 5

L.P.B. femenina de 8 años de edad, residente de Tatumbula, F.M. con quemadura de mano grado III y extensión 3%, quien es traída por la policía a esta hospital porque su madre consume múltiples drogas y pertenece a pandilla, le introdujo su mano al fogón sin motivo. Narra que ese momento es el peor de su vida, especialmente cuando ve las llamas del fogón quemar su mano y además de sentir el olor a carne quemada, más impotencia de no lograr liberarse de la fuerza de su madre..."ese olor aún persiste y no logro olvidarlo". Siente temor a estar con su madre, pero quisiera estar con ella (ambivalencia). Dibuja su mano con mucha rabia, remarca de color negro las zonas de quemadura y expresa: "aunque son pequeñitas estas duelen mucho".....egresa

a un lugar de cuidados del niño en custodia y en estado mejorada según expediente clínico, después de 12 días después egresa afectivamente eufórica y mejorada según expediente clínico

Discusión

La quemadura como incidente crítico, el impacto psicológico es continuo, tanto por el dolor, por ingresar a un centro hospitalario donde será sometido a procedimientos dolorosos como la limpieza, desbridamiento etc; y además las personas y el medio ambiente son totalmente desconocidos y algunas veces separado de sus padres.

Para superar esta crisis es importante manejar el dolor como las reacciones emocionales ⁽⁶⁾ observando que la disociación es un fuerte predictor para estrés postraumático después, y proponen que la razón fisiopatológica del estado disociativo es parasimpático (inmovilización) y en la ansiedad por el sistema simpático (luchar ó huir), siendo parte del mismo cuadro ansioso las regresiones (succionarse el pulgar, ansiedad de separación etc), ansiedad anticipatoria se presentan previo a procedimientos médicos. ^(2,5)

De la muestra de 47 niños a quienes a 26 se les realizó terapia de intervención en crisis y a 21 ningún procedimiento, previo consentimiento informado de sus padres.

- El 67% son del sexo masculino, la edad más frecuente es de 5 a 6 años, se quema siempre en su casa, es más frecuente la quemadura grado II, y la superficie corporal más frecuentemente involucrada es la menor de 10 %. Se queman con agua caliente (sopas, agua de maíz, café etc) y la localización más frecuente en los varones son muslos y pies, y se queman cuando juegan. Las niñas se queman más la cara, cuello, tórax, cráneo y extremidad superior y generalmente cuando incursionan en labores de cocina. Parecido a este estudio se realizó uno en Taiwán con una

muestra de 4,741 quemados (13), 66% niños de sexo masculino y se quemaron con agua caliente (sopas) en primer lugar, el más frecuente porcentaje de quemadura fue de 12%, presentan un 4.8% de niños con intento de homicidio ó abuso y en el presente estudio solamente un caso representando el (2%)

- La intervención en crisis fue realizada en los primeros 14 días, siendo necesario realizarla en 2 a 3 momentos con la ayuda de su madre y con el propósito de romper el silencio, conseguir un contacto y lograr una comunicación empática, para lo que fue necesario utilizar métodos de expresión y mucha creatividad, a través del juego con peluches (un perrito, un pollito) ó una muñeca, y si es posible a través del dibujo (9) Y al mismo tiempo terapia de tacto (frotar continuamente su frente ó su mano) al momento de la intervención, con indicación de realizarlo frecuentemente el padre o cuidador.
- A través de estos métodos expresivos la intervención se vuelve rica en contenido y aun más, cuando plasma su historia en un dibujo, narrando sus pensamientos y sentimientos y así en forma coherente reparar cogniciones e incorporarlas a su sistema de vida.
- Es significativo cuando hay limitaciones expresivas como se observa en algunos niños de residencia rural, que fue necesario más de 2 intervenciones en crisis, y lo mismo cuando hay una limitante como el lenguaje, como en el caso del niño de raza negra, y lenguaje garífuna que a través del dibujo y con la ayuda de su madre en su primer dibujo plasma y narra todo acerca del evento y expresa sus pensamientos y sentimientos de ese momento, y progresivamente incorpora sus vecinos, y en el último a su sistema de vida (su alimentación habitual).
- De los 26 niños a quienes se realizó intervención en crisis el 65% (17 casos) tenían estrés moderado ó severo y después de procedimiento el 88% no presentaron estrés según Test PSQ-T, solo 2 casos que habían sido quemados por electricidad (tipo rayo) persistieron con estrés severo. Un estudio de apoyo psicológico en la población general, a través de la hipnosis (10) logran a través de esta forma de expresión, disminuir el dolor y conseguir mayor satisfacción en los primeros 14 días. Con respecto a la quemadura por rayo y la descarga eléctrica condiciona pérdida de conciencia, debilidad ó parálisis hasta trastornos de memoria, situación por la que no recuerda nada después del evento y se asocia a estrés severo⁽¹⁵⁾ La intervención en crisis ha sido muy utilizada para manejo de incidentes críticos en niños viviendo en casa de cuidados, para disminuir la agresividad, en cuerpo de bomberos, en policías, pilotos, después de desastres naturales, en prisioneros etc, y mencionan que reduce la crisis, restablece la habilidad para pensar, mejora la comunicación, focaliza su interés en otra posición, genera opciones y como método cognitivo individual establece objetivos claros para cambios conductuales; **pero no encontré estudios en niños quemados realizados previamente**^(8,16).
- En 21 niños no se realizó intervención en crisis y después de un mes se evaluaron con Test PRIME-MD, se encontró que 8 niños (38%) adolecían de trastornos psiquiátricos (estrés postraumático (9%) y trastorno depresivo mayor (29%)), mayor que el 13 a 30% encontrado por Glenn⁽⁵⁾ Resultó importante visitar su hogar y entrevistar a su familia, para realizar una intervención en crisis, llegando los niños a dramatizar como se quemó en su hogar. Uno de los padres expresa que después que se quemó su hijo pasó un brujo cerca de su casa y embrujó al niño, por eso "está apajuilado¹" al realizarle

¹ introvertido, poco comunicativo y poco sociable

Test presenta trastorno depresivo mayor y fue referido a tratamiento (niño de 9 años, TBSA de 26%, grado II, 10 días intra hospitalarios). Según estudio el porcentaje de depresión en la población general es del 17 al 27% después de un gran evento, en niños desconocemos este dato ⁽⁴⁾ el estrés postraumático esperado en los primeros 6 meses es del 30% ⁽¹⁷⁾

- A su ingreso el 85% de la muestra presenta algún nivel de estrés, y los niños a quienes se realizó intervención en crisis con estrés severo y quemadura grado II y III y su tiempo de hospitalización fue de 3 a 10 días, mientras en los no intervenidos su tiempo de hospitalización fue de 31 y más.
- La activación del sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico hipofisario adrenal lo vuelve vulnerable a otras patologías, pues se movilizan una serie de hormonas como: aldosterona, vasopresina, catecolaminas, angiotensina-aldosterna, y éstas reaccionan de manera muy sensitiva al grado de estrés y su magnitud del daño especialmente relacionada con la superficie quemada ^(6,7,18), lo que justifica disminuir el nivel de estrés para mejorar la evolución y disminuir la estancia hospitalaria.

Conclusiones

1. Se quema más el sexo masculino, con agua caliente, jugando, viene del área urbana, y la mayoría con quemadura grado II y extensión menor de 10%.
2. A mayor el grado y extensión de quemadura mayor nivel de estrés a su ingreso.
3. La intervención en crisis es eficaz no importa el grado y extensión de la quemadura, disminuyendo su nivel de estrés, su estancia intra hospitalaria y su respuesta al tratamiento (excepto en quemadura por rayo).

4. Dependiendo de la manifestación fenotípica del estrés (con extrema ansiedad ó disociación) utilizaremos dinámicas de expresión y terapia de tacto, para la que resulta indispensable la ayuda de su padre ó cuidador.
5. Estabilizado el niño (no delirioso ni con entubación endotraqueal), no existe limitante para una intervención en crisis en los primeros 10 días.
6. Factores protectores importantes el uso de analgésicos y la presencia de su padre.
7. Que la intervención en crisis disminuye el riesgo de padecer trastornos mentales post quemadura.

Recomendaciones

1. Que el personal de salud que atiende al niño quemado realice la intervención en crisis como parte del manejo integral del niño quemado.
2. Capacitación en intervención en crisis a todo personal de salud y en especial al personal de sala de niños quemados, y así disminuir el sufrimiento del niño y su familia.

Bibliografía

1. Brigham P.A. et al. Incidence and medical care use in the United States. *Burn Care Rehabil*, 1996. 17: 95-107
2. De Los Santos. Guía de Emergencias de las quemaduras. Manual Moderno. 2da edición. 2002
3. Anderson Gerhard et al. Social competence and behaviour problems in burned children. 2003. 29: 25-30
4. Lubit Roy et al. Acute treatment of disorder survivors. *E. Medicine*. October 15. 2001.

5. Glenn N. Saxe et al. Pathway to PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005. 162: 1299-1304.
6. Vanitallie Theodore B. Stress: A risk factor for serious ill Metabolism. 2002; 51: 40-45.
7. Hamaoui Y. et al. Posttraumatic stress disorder in burned patients. *Burns*. 2002; 28: 647-650
8. Slaikeu Karl A. Intervencion en crisis. Edit manual moderno. Edic 65. 1998 pag 19-20
9. Ehrenreich John. Enfrentando un desastre. Washington, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 1999 August, citado 2002 july: <http://www.mhwwb.org/Enfrentando%20desastre.pdf>. En español (internet) 18 julio 2002
10. Frenay et al. Psychological approaches during dressing changes burned patients. 2001; 27:793-799
11. Zelaya Emilso et al. Tratamiento local de las quemaduras térmicas. Honduras Pediátrica. Vol. XIX, #4, enero a marzo de 1998
12. Chirinos A. et al. Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras. *Rev. Med. Post UNAH*. 2002; 7: 42-48
13. Chien Wu et al. Epidemiology of hospitalized burns patients in Taiwan. *Burns*. 2003; 29: 582-588
14. Silva Raúl et al. Stress and vulnerability to post traumatic stress disorder in children and adolescent. *Am. J. Psychiatry*. August 2000
15. Pinto Duane et al. Environmental electrical injuries. Up To Date Online (<http://individual.uptodateonline.com>) version 13.2; 2004. ("Up To Date performs a continuous review of over 330 journals and other resources. Updates are added as important new information is published. The literature review for version 13.2 is current through April 2005...The next version of Up To Date (13.3) will be released in October 2005.)
16. Vecchi Gregory et al. Crisis (hostage) negotiation: current strategies. *Agression an Violent Behavior*. 2005. 10: 533-551
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 edition. Washington. D.C. 2002
18. Smith A. et al. The bigger the burn the greather the stress. *Burn* 2003. 23: 291-94