

Despersonalización en pacientes quemados

Jorge Andrés Niño García¹

Resumen

Introducción: Las tasas de mortalidad en pacientes que sufren quemaduras ha disminuido, el reto ahora es la calidad de vida de los supervivientes, en quienes se han encontrado altas prevalencias de trastornos mentales. *Objetivo:* Describir la prevalencia de trastorno de despersonalización en pacientes quemados. *Método:* Revisión de la literatura médica publicada sobre el tema, utilizando las bases de datos MedLine, Ovid y Tripdatabase. *Resultados:* Está bien documentado que los síntomas disociativos, entre ellos la despersonalización, acompañan las reacciones de estrés agudo que se desencadenan por traumas mayores, y que ciertos estilos cognitivos predisponen a los individuos que se exponen a traumas a desarrollar psicopatología, primordialmente trastorno por estrés postraumático. *Conclusión:* A pesar de estos conocimientos, escasos estudios se han realizado para establecer la prevalencia de los fenómenos de despersonalización-desrealización en pacientes quemados, un campo de estudio que ofrece infinidad de oportunidades.

Palabras clave: despersonalización, disociación, quemadura, dolor.

Title: Depersonalization in Burned Patients

Abstract

Introduction: Mortality rates in patients suffering from burns have decreased, and the challenge now is quality of life of survivors, who have a high prevalence of mental disorders. *Objective:* To describe the prevalence of depersonalization disorder in burned patients. *Methods:* Review of the literature published on the subject, using the databases Medline, Ovid and Tripdatabase. *Results:* It is well documented that dissociative symptoms including depersonalization accompany acute stress reactions that are triggered by major trauma, and that cognitive styles predispose certain individuals exposed to trauma to develop psychopathology, mostly posttraumatic stress disorder. *Conclusion:* Despite this knowledge few studies have been conducted to establish the prevalence of phenomena of depersonalization-derealization in burned patients.

Key words: depersonalization, dissociative symptoms, burn, pain.

¹ Médico psiquiatra. *Fellow* de Psiquiatría de Enlace, Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Clínica La Inmaculada. Bogotá, Colombia.

Introducción

La experiencia de sufrir quemaduras y el tratamiento instaurado en las personas que sobreviven a ellas constituyen dos de los contextos más aterradores y dolorosos conocidos por el ser humano. Se define la quemadura como la destrucción de los tejidos bajo el efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo. Se ha observado una estrecha relación entre la actividad económica de un país y las lesiones por quemaduras. Los estudios epidemiológicos muestran cómo varía el perfil de quemados de un país a otro; incluso, difieren de una zona a otra dentro de un país.

Durante la década pasada el número de incidentes por quemaduras en China se incrementó debido a la expansión de la producción y el incremento de la economía, lo que llevó a las autoridades a promulgar en 2002 la Ley de Producción Segura (1). Se estima que el 1% de la población mundial sufrirá una quemadura sería alguna vez a lo largo de la vida; sin embargo, los casos tienden a disminuir gracias a las normas de seguridad implementadas en el lugar de trabajo y las campañas educativas (2). De acuerdo con el archivo nacional de quemaduras de Canadá y Estados Unidos, desde enero de 1995 hasta 2005 fueron admitidas 126.000 personas con quemaduras en los centros hospitalarios de ambos países; el 62% de ellos tenían un compromiso menor al 10% del área

de superficie corporal, y en el 78 % de los casos la lesión fue causada por llamas o líquidos calientes. El mayor porcentaje de muertes por quemaduras se dio en lesiones por agentes inhalados (3).

En Suramérica, y particularmente en Colombia, hay pocos estudios sobre el perfil epidemiológico y clínico de las quemaduras. Un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, tomó a todos los pacientes admitidos en la unidad de quemados desde 1994 hasta 2004. De los 2.319 pacientes, el 66,3% fueron hombres; la edad promedio fue de 18 años, y el agente etiológico más frecuente fueron líquidos calientes (51,4%), seguido por las quemaduras causadas por llamas (33,7%).

El 31,3% de los pacientes presentaron quemaduras con una extensión menor al 10% del área de superficie corporal. Se observó, igualmente, una disminución del promedio de estancia hospitalaria: de 36,2 días en 1994 a 19,8 días en 2004. La relación de la estancia fue directamente proporcional a la extensión de la quemadura, excepto en aquellos pacientes que presentaban un compromiso mayor al 60% del área de superficie corporal.

También se observó un descenso en la tasa de mortalidad: del 12,2% en 1994 al 4,6% en 2004, a pesar de que el promedio del área de superficie corporal comprometida en los fallecidos ascendió del 60,1% en 1994 al 70,5% en 2004 (4).

La razón de este descenso en la mortalidad obedece al mejoramiento de la técnica quirúrgica, los productos del banco de sangre y la unidad de cuidados intensivos. De esta manera, la mortalidad ha dejado de ser la principal preocupación y el paradigma ahora es la calidad de vida de los sobrevivientes (2).

Surge, entonces, un nuevo reto: encontrar instrumentos que nos permitan medir el impacto de las quemaduras en todos los aspectos de la vida de una persona, incluyendo su apariencia física, su relación con los otros y el funcionamiento psicológico, físico y social. Dada la complejidad de estas cuestiones y su influencia en el ajuste a largo plazo en los pacientes con quemaduras, la medición de resultados es compleja y multifacética.

Falder y cols. han planteado evaluar siete dominios involucrados en este tema: la piel; la función neuromuscular; el dolor y la sensibilidad; el funcionamiento psicológico; el funcionamiento físico; la participación en la comunidad; y la percepción de la calidad de vida. Así, la información que obtengamos de estos dominios nos permitirá avanzar en el tratamiento, y reorganizar y racionalizar los servicios de salud (5).

Epidemiología de los trastornos mentales en pacientes quemados

Las lesiones por quemaduras constituyen un trauma significativo que puede causar o exacerbar pro-

blemas psicológicos. Hay muchas razones para considerar que el sobreviviente a una quemadura puede experimentar una disminución en su calidad de vida, a raíz de fenómenos relacionados con la lesión, como el dolor, la discapacidad física y la desfiguración. Muchos de los pacientes que sufren quemaduras presentan un trastorno psiquiátrico preexistente hasta en el 35% de los casos, y los más frecuentes son el consumo de sustancias y los trastornos del estado de ánimo.

En relación con las consecuencias psiquiátricas y funcionales, Meyer y cols. llevaron a cabo un estudio en 101 adultos jóvenes, quienes habían sufrido una quemadura durante la infancia; el promedio de tiempo transcurrido había sido de 14 años \pm 5,4, y el porcentaje de compromiso del área de superficie corporal oscilaba entre el 20% y el 54%. Se encontró que el 45,5% de los casos reunían criterios de un trastorno psiquiátrico durante el último mes, mientras que el 59,4% había presentado una enfermedad mental a lo largo de la vida. Para esta población ni la edad a la que ocurrió el trauma ni el tamaño de la extensión de la quemadura influyeron en la prevalencia, pero después de la regresión logística el género femenino sí fue asociado significativamente a altas tasas de trastorno mental; especialmente, trastornos de ansiedad (6).

El mismo grupo realizó un año más tarde un estudio en 50 ado-

lescentes que eran considerados problemáticos por sus padres, y halló una prevalencia del 36% para trastornos de ansiedad, y del 18%, para abuso de sustancias (7). Debido a las altas tasas de trastornos mentales en estos pacientes, es de gran importancia identificar los factores que afectan el resultado de los pacientes quemados, como la localización y la severidad de la quemadura, el funcionamiento previo al evento y el soporte familiar, para así planear el proceso de recuperación y rehabilitación (8).

Un estudio retrospectivo realizado entre 1981 y 1995 concluyó que la presencia de trastorno mental incrementa el tiempo de hospitalización en pacientes quemados accidentalmente, y que entre los trastornos mentales, el abuso de sustancias psicoactivas fue el principal responsable, mediado, probablemente, por la condición física deteriorada que se observó al momento de la admisión. No se observó la misma relación en pacientes que se quemaron intencionalmente (9); sin embargo, otros estudios han mostrado una mayor tasa de mortalidad, una mayor estancia en la unidad de cuidados intensivos, quemaduras más severas y peores resultados en pacientes con quemaduras autoinfligidas. Se ha documentado que tales comportamientos autolíticos se asocian a trastorno mental preexistente, abuso de alcohol, género femenino, historia de incendios provocados,

enfermedades crónicas, falta de acceso a servicios de salud mental y bajo nivel socioeconómico. En Estados Unidos las quemaduras autoinfligidas dan cuenta de entre el 1% y el 9% de todos los casos de admitidos a unidades de quemados (10).

Una de las razones por las cuales contamos con tan poca información sobre la evolución de los pacientes quemados parte de la premisa de que las investigaciones que abordan tópicos relacionados con trauma pueden causar daño o experiencias negativas a la personas incluidas en el estudio. Sin embargo, Willebrand llevó a cabo un estudio piloto en Suecia, donde reclutó a 42 personas que habían sido tratadas en la unidad de quemados, y las siguió a lo largo de 12 meses, tras lo cual encontró que sólo 3 pacientes reportaron haberse lamentado de participar en el estudio, por haber experimentado emociones negativas. Estos datos apoyan la idea de no considerar automáticamente vulnerables a todas las víctimas de trauma: por el contrario, los protocolos de investigación son bien tolerados por pacientes quemados, incluso si presentan un trastorno mental previo al evento (11).

Trastorno de estrés postraumático (TPEP)

Se estima que entre el 21% y el 43% de los pacientes quemados desarrollan un trastorno de estrés

postraumático (TPEP) mientras se encuentran hospitalizados o después del egreso. Si bien se ha observado que la proporción de TPEP disminuye con el transcurso del tiempo, por ejemplo, Van Loey y cols. encontró que la prevalencia del 26% en las primeras 3 semanas bajó al 15% después de 12 meses de seguimiento (12). Entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollar el trastorno se encuentran el trastorno de estrés agudo después de la quemadura, el neuroticismo, la sensación de pérdida de control, el antecedente de fobias simples y el número de traumatismos previos (13,14). Otros factores que se han asociado a TPEP en pacientes quemados son el género femenino, el hecho de estar soltero y no disponer de tiempo para realizar actividades de ocio (15).

Trastorno depresivo mayor

Las tasas de prevalencia de depresión varían entre el 16% y el 53 %, lo que refleja la disparidad en los instrumentos de evaluación y los criterios diagnósticos utilizados. Entre los predictores de depresión se han mencionado los trastornos del ánimo preexistentes, la severidad y localización de la quemadura y el estilo para solucionar los problemas (16).

Un estudio realizado en 73 pacientes quemados, admitidos consecutivamente a la unidad de quemados de Uppsala, concluyó que

el 66% de los pacientes tenía historia de haber presentado un episodio depresivo mayor, y al terminar el seguimiento de la cohorte, un año después, se observó que estos pacientes tenían mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos (17).

Delirium

El *delirium* se presenta, aproximadamente, en una cuarta parte de los pacientes que sufren quemaduras graves; es más habitual, especialmente, en ancianos durante la fase aguda del tratamiento, y tiende a empeorar cuando no se logra una buena analgesia. Ello puede deberse a múltiples causas que son secundarias a la quemadura, como la respuesta inflamatoria sistémica, la sepsis y la disfunción de múltiples órganos (13,14).

Despersonalización en pacientes que sufrieron quemaduras

Prácticamente no existen estudios publicados cuyo objetivo principal sea establecer la prevalencia del trastorno de despersonalización en pacientes quemados, por lo cual intentaré aproximarme a las posibles relaciones desde la perspectiva de la quemadura como un tipo de trauma, por cuanto se han publicado estudios que asocian la despersonalización a experiencias traumáticas (18).

La despersonalización es un fenómeno abundante, y que, a pesar

de haber sido descrito hace más de un siglo, ha sido pobremente conceptualizado. En el DSM IV TR se agrupa dentro de los trastornos disociativos, cuya característica esencial es la interrupción de las funciones, usualmente integradas, de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del medio ambiente (19).

La disociación es una respuesta compensatoria a experiencias afectivas extremas que busca atenuar la vivencia subjetiva de inmensa angustia emocional. Una variedad de estudios indican que los síntomas disociativos están asociados a experiencias traumáticas, y aparecen, especialmente, cuando el trauma es severo o crónico. Un estudio realizado en 2 centros de quemados en Holanda entre octubre de 1994 y 1995 describió la respuesta psicológica durante la quemadura, y encontró que el 41,3% de los pacientes experimentaron embotamiento emocional; el 32,6%, desrealización; el 28,2%, despersonalización; el 26%, amnesia disociativa; y el 26%, distorsión del tiempo; y únicamente el 19,6% no desarrollaron síntomas disociativos durante el acontecimiento. Además, se observó que quienes experimentaron más síntomas disociativos mostraron más sintomatología subsecuente (20).

No obstante lo anterior, en estudios realizados entre disociación y otros tipos de traumas diferentes de quemaduras, la asociación estadística no es la que se espera, lo

cual sugiere que la relación entre disociación y trauma puede ser más compleja de lo que se asume en la actualidad, y lleva a concluir que el trauma es una condición necesaria, pero no suficiente, para la producción de síntomas disociativos. Por tal motivo, se han estudiado otros factores de riesgo en individuos que experimentan disociación, como historia de violencia interpersonal, exposición traumática previa, disminución en la capacidad de regular estados afectivos negativos, y, especialmente, altos niveles de estrés postraumático (21).

Desde el punto de vista evolutivo, la despersonalización podría considerarse una respuesta vestigial del cerebro a situaciones amenazantes, donde un estado de aumento del nivel de alerta, junto a la disociación de la emoción, serviría como mecanismo adaptativo para aumentar la posibilidad de sobrevivir ante una situación de peligro.

En relación con estas teorías, en la actualidad se sabe que la amígdala juega un rol crucial en la asignación del significado emocional al estímulo; que la región cingular anterior participa en la valoración emocional del dolor, la motivación y los procesos de atención; y que estos procesos parecen ser inconscientes, lo cual podría explicar por qué cuando los procesos cognoscitivos y perceptuales emergen a la conciencia ya están “coloreados afectivamente”, y debido a ello se supone que una desconexión de las

áreas de asociación cortical con las estructuras límbicas debería cambiar las cualidades de las experiencias en cuanto a viveza y sensación de realidad (22).

Sierra *et al.* llevó a cabo un estudio en el cual midió la conductancia de la piel para observar la respuesta autonómica de la expresión emocional frente a estímulos de felicidad y disgusto en 16 pacientes con trastornos de despersonalización, 15 pacientes con trastornos de ansiedad y 15 voluntarios sanos. Los pacientes del grupo con trastornos de ansiedad presentaron un incremento significativo en la amplitud de la respuesta de la conductancia de la piel a los estímulos de disgusto, por lo cual se especuló que la despersonalización está caracterizada por una inhibición selectiva en el procesamiento de estímulos desagradables, y que la respuesta autonómica en pacientes con despersonalización refleja un balance entre dos tendencias opuestas: una excitatoria, determinada por los niveles de ansiedad, y una inhibitoria, determinada por la intensidad de la despersonalización (23).

Medford *et al.* evaluó el patrón de activación mediante RMN funcional en 20 pacientes con trastorno de despersonalización en tratamiento y 10 sujetos sanos, cuando se les presentaban 21 oraciones neutrales y 21 oraciones aversivas. Encontró, entonces, que, contrariamente a los controles que exhibieron desigualdades en el patrón de activación, los pacientes no presentaban diferen-

cias significativas en las dos fases de la prueba de reconocimiento, lo que sugiere una ausencia de la distinción normal entre material neutro y material sobresalientemente emocional (24).

En 1873 Krishaber propuso que las sensaciones de irrealidad eran causadas por múltiples distorsiones sensoriales; por lo tanto, eran el resultado de cambios en el aparato sensorial. En la actualidad se considera que los procesos de percepción corporal y cognición, así como la creación inconsciente de la representación central de nuestro cuerpo, están basados en la integración de la información procedente de los diferentes sistemas sensoriales. En los pacientes quemados la piel es el principal órgano comprometido, y, como sabemos, la piel desarrolla la más compleja y densa inervación de todos los órganos del cuerpo humano, conformada por nervios sensoriales y autonómicos, con numerosos neuropéptidos y neurotransmisores (25).

Otro aspecto para tener en cuenta es el dolor, el cual es definido como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. El dolor asociado a las quemaduras comprende el dolor de fondo que acompaña a la lesión inicial, así como el causado por los procedimientos terapéuticos, los cambios de vendajes y el desbridamiento de las heridas.

La hipnosis y la despersonalización comparten la característica

de reducir la percepción del dolor, al modificar la experiencia subjetiva y disminuir la activación de las áreas somatosensoriales (26). Como se plantea en el modelo de Sierra y Berríos, la despersonalización surge de una activación del sistema de atención prefrontal y una inhibición recíproca del cíngulo anterior, lo que guía a las experiencias de mente vacía e indiferencia al dolor, tan comúnmente vistas en este trastorno (22).

Además, es posible que exista un subregistro, debido a que usualmente los pacientes tienen dificultad para describir los fenómenos de despersonalización-desrealización, ante lo cual recurren a una variedad de metáforas que podrían clasificarse en dos grupos. Un primer tipo hace referencia a un sentido de estar desconectado, alienado de sí mismo y de sus alrededores. Por ejemplo, los pacientes hablan de estar en una burbuja, separados del mundo por una barrera invisible, como un panel de vidrio, niebla o un velo. Un segundo tipo de metáforas enfatiza los cambios cualitativos del estado de conciencia, que intentan verbalizar la sensación de estar como en un sueño.

Lo inefable de estas experiencias es lo que diferencia la despersonalización de otros trastornos como las neurosis, donde las experiencias a menudo son descritas dramáticamente, con relatos vívidos y detallados. Otro aspecto importante en el intento del paciente por comunicar

su experiencia es el uso de la expresión “como si...” para cualificar sus descripciones (27).

Conclusión

Está bien documentado el hecho de que los síntomas disociativos—entre ellos, la despersonalización—acompañan las reacciones de estrés agudo que se desencadenan por traumas mayores, y que ciertos estilos cognoscitivos predisponen a los individuos expuestos a traumas a desarrollar psicopatología; primordialmente, trastorno por estrés postraumático.

A pesar de estos conocimientos, pocos estudios se han hecho en pacientes quemados, que ofrecen un escenario privilegiado para aproximarnos a la comprensión de los fenómenos de despersonalización-desrealización. Por un lado, las quemaduras afectan principalmente la piel, y este órgano posee una compleja red sensorial que puede ser lesionada dependiendo de la profundidad de la quemadura; y por otro lado, la quemadura es una experiencia traumática, donde puede percibirse amenazada la vida y que pone al límite nuestra capacidad de adaptación.

Referencias

1. Yongquiang F, Yibing W, Dechang W, Baohua L, Mingqing W, Ran H. Epidemiology of hospitalized burn patients in Shandong Province: 2001-2005. *J Burn Care Res.* 2007;28(3):468-73.

2. Pereira C, Murphy K, Herndon D. Outcome measures in burn care. Is mortality dead? *Burns*. 2004;30(8):761-71.
3. Miller SF, Jeng JC, Bassey PQ, Caruso D, Gómez M, Kagan R, et al. National Burn Repository. Chicago Ill. American Burn Association; 2005.
4. Franco MA, González NC, Díaz ME, Pardo SV, Ospina S. Epidemiological and clinical profile of burn victims Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1994-2004. *Burns*. 2006;32(8):1044-51.
5. Falder S, Browne A, Edgard D, Staples E, Fong J, Rea S, et al. Core outcomes for adult burn survivors: a clinical overview. *Burns*. 2009;35(5):618-41.
6. Meyer WJ, Blakeney P, Thomas CR, Russell W, Robert RS, Holzer CE. Prevalence of major psychiatric illness in young adults who were burned as children. *Psychosom Med*. 2007;69(4):377-82.
7. Thomas CR, Blakeney P, Holzer CE 3rd, Meyer WJ 3rd. Psychiatric disorder in long-term adjustment of at-risk adolescent burn survivor. *J Burn Care Res*. 2009;30(3):458-63.
8. Noronha D, Faust J. Identifying the variable impacting post-burn psychological adjustment: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(3):380-91.
9. van der Does AJ, Hinderink EM, Vloemans AF, Spinhoven P. Burn injuries, psychiatric disorders and length of hospitalization. *J Psychosom Res*. 1997;43(4):431-5.
10. Reiland A, Hovater M, McGwin G Jr, Rue LW 3rd, Cross JM. The Epidemiology of intentional burns. *J Burn Care Res*. 2006;27(3):276-80.
11. Willebrand M. Presence of psychiatric morbidity and regrets about participation in trauma-related research-a pilot study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(5):476-8.
12. Van Loey NE, Maas CJ, Faber AW, Taal LA. Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2003;16(4):361-9.
13. Levenson J. Tratado de medicina psicossomática. Santiago: Ars médica; 2006. p. 665-94.
14. Blumenfield M, Strain J. Stanley Grossman Psychodynamic Approach. En: Blumenfield M, Strain J. Psychosomatic medicine. Philadelphia: Lippincott; 2006. p. 309-38.
15. Lu MK, Lin YS, Chou P, Tung TH. Post-traumatic stress disorder after severe burn in southern Taiwan. *Burns*. 2007;33(5):649-52.
16. New Zealand Guidelands Group. Management of burns and scalds in primary care. New Zealand Guidelines Group. 2007.
17. 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;64(5):1349-56.
18. Noyes R, Kletti R. Depersonalization in response to life-threatening danger. *Comprehensive Psychiatry*. 1977;8:375-84.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
20. Taal LA, Faber AW. Dissociation as a predictor of psychopathology following burns injury. *Burns*. 1997;23(5):400-3.
21. Briere J. Dissociative symptoms and trauma exposure: specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(2):78-82.
22. Sierra M, Berrios G. Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry*. 1998;44(9):898-908.
23. Sierra M, Senior C, Phillips M, David A. Autonomic response in the perception of disgust and happiness in depersonalization disorder. *Psychiatry Res*. 2006;145(2-3):225-31.
24. Medford N, Brierley B, Brammer M, Bullmore E, David A, Phillips M. Emotional memory in depersonalization disorder: A functional MRI study. *Psychiatry Res*. 2006;148(2-3):93-102.
25. Hendrix S, Peters EM. Neuronal plasticity and neuroregeneration in the skin -- the role of inflammation. *J Neuroimmunol*. 2007;184(1-2):113-26.

26. Röder CH, Morawetz C, van de Ven V, Overbeck G, Linden D. Pain perception, hipnosis and depersonalization-a study with FMRI. *J Psychosom Res.* 2004;56(6):581-673.
27. Sierra M. La despersonalización: aspectos clínicos y neurobiológicos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37(1):40-55.

Conflicto de interés: el autor manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 10 de diciembre del 2009

Aceptado para publicación: 2 de febrero del 2010

Correspondencia

Jorge Andrés Niño García

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Universitario San Ignacio

Pontificia Universidad Javeriana

Carrera 7 No. 40-62

Bogotá, Colombia

nino-jorge@javeriana.edu.co