



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

**FACULTAD “ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”
DE CIENCIAS MÉDICAS.**

ESCUELA DE MEDICINA

**VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS
PACIENTES DEL AREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA
EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO
PARA EL TÍTULO DE MÉDICO**

KARLA VALERIA PAZ MONGE

TUTOR: DR. CARLOS ORELLANA

SAMBORONDON, AGOSTO DEL 2017

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Guayaquil, Agosto del 2017

Yo, Carlos Orellana, en calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema **“VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DEL AREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017.”** presentado por la estudiante, Karla Valeria Paz Monge, egresada de la carrera de Medicina:

Certifico que el trabajo ha sido revisado de acuerdo a los lineamientos establecidos y reúnen los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo de Facultad “Enrique Ortega Moreira” de Medicina, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

El trabajo fue realizado durante el período de septiembre hasta mes de agosto 2017.



Dr. Carlos Orellana

CI

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación va dedicado de manera muy especial a mi abuelo Dr. Eduardo Paz Domínguez quien me inspiro desde pequeña el amor a esta noble profesión y aunque no me pudo acompañar durante toda mi carrera, sé que desde el cielo me llenaba de fuerza, confianza, paciencia y mucho amor con el fin de que alcance mis objetivos.

A mis padres, Eduardo y María Dolores por ser mi ejemplo constante de responsabilidad y humildad ante las metas propuestas, y sobre todo por su paciencia infinita, entrega absoluta, y apoyo incondicional durante todos los años de mi carrera.

A mis tíos, Mick y Elena, por creer en mí y siempre confiar en mis capacidades dándome el apoyo necesario para poder continuar estudiando y concentrada en mis metas.

A todos los pacientes, por generar en mi amor y empatía hacia cada uno de ellos al mostrarme el lado humano la medicina enseñándome que no solo se trata de libros y estudiar.

RECONOCIMIENTO

La realización de esta investigación fue posible gracias al apoyo de algunas personas que me acompañaron durante los años de mi carrera.

A mis padres, Eduardo Paz, María Dolores Monge y a mi abuela María Dolores Intriago, por ser siempre mi gran apoyo y ejemplo durante todo este tiempo.

A mis tíos, Mick Grocott y Elena Grocott, por todos los consejos y confianza que sembraron dentro de mí para llegar al lugar donde estoy.

A la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, en especial a la facultad de medicina lugar donde me forme y donde siempre tendré gratos recuerdos.

Al Dr. Carlos Orellana por ser una gran inspiración como médico y especialista, por todo su tiempo y entrega para la realización de este trabajo de titulación.

Al hospital Luis Vernaza y todo el personal por su ayuda y amabilidad.

A todos mis compañeros, en especial a Paola, Fanny, Pepe, Mainer, y Estefanía.

A María Isabel, gracias por todos tus consejos, tu ayuda y paciencia.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
RECONOCIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	4
1.1 Antecedentes científicos.....	4
1.2 Descripción del problema	6
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos generales y específicos	10
1.4.1 Objetivo General.....	10
1.4.2 Objetivo específico	10
1.5 Formulación de hipótesis o pregunta de investigación.....	11
1.5.1 Enunciado.....	11
1.5.2 Hipótesis estadísticas	11
CAPÍTULO 2.....	12
2. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL.....	12
2.1 Aspectos teóricos	12
2.2 Aspectos conceptuales.....	20
2.3 Aspectos legales	32
CAPÍTULO 3.....	34
3. METODOLOGÍA.....	34
3.1 Diseño de la investigación:	34

3.1.1 Tipo de investigación	35
3.1.2 Lugar de investigación	35
3.1.3 Conceptualización de las variables:	35
3.1.4 Matriz de operacionalización de las variables.	36
3.1.4 Matriz de operacionalización de las variables.	36
3.2 Población y muestra	37
3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	37
3.3 Descripción de los Instrumentos, herramientas y procedimientos dela Investigación.	38
3.4 Metodología para el análisis de los resultados	39
3.5 Aspectos éticos	40
CAPÍTULO 4.....	41
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41
4.1 ANÁLISIS	41
4.2 DISCUSIÓN	49
CAPÍTULO 5.....	50
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
5.1 CONCLUSIONES.....	51
5.2 RECOMENDACIONES	52
ANEXOS	56
HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN	57
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO	58
CRONOGRAMA GENERAL	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Grupos etarios.....	41
Tabla 2. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Sexo.....	41
Tabla 3. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de quemadura.	42
Tabla 4. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Grado de la quemadura....	42
Tabla 5. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Extensión de la quemadura.	43
Tabla 6. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Localización de la quemadura.	43
Tabla 7. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Ansiedad.	44
Tabla 8. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Depresión.....	44
Tabla 9. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Análisis de asociación.	45
Tabla 10. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Análisis de asociación.	46

Tabla 11. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Categorización de la zona de quemadura.....47

Tabla 12. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Impacto de la ansiedad según la zona.....47

Tabla 13. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Impacto de la depresión según la zona.....48

RESUMEN

Antecedentes: La ansiedad y depresión son problemas frecuentes que afectan el estado de salud mental de pacientes con enfermedades catastróficas. Una adecuada atención psicológica del paciente con quemaduras es el pilar fundamental del tratamiento. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión es un instrumento de cribado avalado para reconocer posibles casos de grupos de pacientes con mayores niveles de ansiedad o depresión.

Objetivo: Determinar el grado de depresión y ansiedad que presentan los pacientes en relación con los diferentes grados de quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza.

Metodología: El diseño de la investigación fue analítico, retrospectivo y transversal, que incluyó a 84 pacientes con quemaduras a los cuales se les aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. El periodo de estudio comprendió de septiembre del 2016 a febrero del 2017. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 21 para el análisis de la información. La estadística descriptiva e inferencial se empleó para establecer las asociaciones y riesgo de las variables. Los resultados se representaron en forma de tablas simples y de contingencia, considerando significativa un p-valor < 0,05.

Resultados: Del total de pacientes del estudio (84), el 79,8% (67) correspondió al grupo etario de 19-40 años de edad. El promedio de edad fue de 29,51 años. El 82,1% (69) perteneció al género masculino. Las quemaduras térmica y eléctrica con el 48,8% cada una representaron las etiologías más frecuentes. Las quemaduras de 2 grado (45,2%) fue la más común y más de la mitad de los pacientes (53,6%) presentaron quemaduras con porcentaje de superficie corporal quemada > al 15%. Del total de pacientes del estudio (84),

el 4,8% (4) presentaron morbilidad psiquiátrica mientras que solo el 2,4% (2) desarrollaron un problema clínico de ansiedad. Para el diagnóstico de depresión la escala hospitalaria de ansiedad y depresión dio puntuaciones altas en el 13% (11) de 10 y 14 puntos.

Más de la mitad de la muestra analizada presentó ansiedad cuando la quemadura afectaba a la zona 2(33.3%) y 3(33.3%). Se observó mayor frecuencia de depresión cuando las quemaduras afectaban la zona 3 (45.4%) y la zona 2 (27,2%).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de ansiedad con las quemaduras profundas ($p < 0,001$) y cuando el porcentaje de SCQ fue $> 15\%$ ($p < 0,001$). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de depresión con las quemaduras profundas ($p < 0,015$) y cuando el porcentaje de SCQ fue $> 15\%$ ($p < 0,044$).

La estimación de riesgo determinó que las quemaduras profundas aumenta 5 veces el riesgo de depresión (OR: 5,120 IC 95%: 1,247-21,018) y cuando la SCQ es $> 15\%$ el riesgo es 4 veces mayor para desarrollar depresión (OR: 4,625 IC 95%: 0,934-22,894) en relación al grupo de pacientes que no poseen estos factores de riesgo. También se determinó que las quemaduras profundas aumenta 3 veces el riesgo de ansiedad (OR: 3,379 IC 95%: 0,582-19,611) y cuando la SCQ es $> 15\%$ el riesgo es 4 veces mayor para desarrollar ansiedad (OR: 4,750 IC 95%: 0,530-42,547) en relación al grupo de pacientes que no poseen estos factores de riesgo.

Conclusión: Que la incidencia de quemaduras es mayor en personas adultas jóvenes, con mayor tendencia en personas del sexo masculino. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión demostró ser una herramienta confiable para identificar los pacientes con ansiedad, depresión y con riesgo en su salud mental.

Palabras clave: Quemadura, salud, cribado.

ABSTRACT

Background: Anxiety and depression are common problems affecting the mental health status of patients with catastrophic illnesses. Adequate psychological care of the patient with burns is the fundamental pillar of the treatment. The Hospital Anxiety and Depression Scale is an endorsed screening tool to recognize possible cases of groups of patients with higher levels of anxiety or depression.

Objective: To determine the degree of depression and anxiety that patients present in relation to the different degrees of burns in the Burn Unit of Luis Vernaza Hospital.

Methodology: The research design was analytical, retrospective and cross-sectional, which included 84 patients with burns who were given the Hospital Anxiety and Depression Scale at the Luis Vernaza Hospital in Guayaquil. The study period comprised from September 2016 to February 2017. Statistical software SPSS version 21 was used for the analysis of the information. Descriptive and inferential statistics were used to establish associations and risk of variables. The results were represented in the form of simple tables and contingency, considering a p-value <0.05.

Results: Of the total number of patients in the study (84), 79.8% (67) corresponded to the age group of 19-40 years of age. The average age was 29.51 years. 82.1% (69) belonged to male gender. Thermal and electrical burns with 48.8% each represented the most frequent etiologies. Two-degree burns (45.2%) were the most common and more than half of the patients (53.6%) had burns with a percentage of body surface area burned > 15%. Of

the total patients in the study (84), 4.8% (4) had morbidity, while only 2.4% (2) developed a clinical anxiety problem. For the diagnosis of depression the scale gave high scores in the 13% (11) of 10 and 14 points.

More than the Half of the analyzed sample presented anxiety when the burn affected zone 2 (33.3%) and zone 3 (33.3%). A higher frequency of depression was observed when burns affected zone 3 (45.4%) and zone 2 (27.2%). A statistically significant association was found between the development of anxiety with deep burns (p 0.001) and when the percentage of SCQ was $> 15\%$ (p 0.001). A statistically significant association was found between the development of depression with deep burns (p 0.015) and when the percentage of SCQ was $> 15\%$ (p <0.044).

The risk estimate determined that deep burns increased 5-fold the risk of depression (OR: 5,120 IC 95%: 1,247-21,018) and when the SCQ was $> 15\%$ the risk was 4 times higher for developing depression (OR: 4,625 IC 95%: 0,934-22,894) in relation to the group of patients who did not have these risk factors. Deep burns were also found to increase anxiety risk by three times (OR: 3,379 IC 95%: 0,582-19,611) and when The SCQ is $> 15\%$, the risk is 4 times higher for developing anxiety (OR: 4,750 IC 95%: 0,530-42,547) in relation to the group of patients who do not have these risk factors.

Conclusion: The incidence of burns is higher in young adults, with a greater tendency in males. The Hospital Anxiety and Depression Scale proved to be a reliable tool to identify patients with anxiety, depression and at risk in their mental health.

Keywords: Burn, health, screening.

INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano más grande del cuerpo y tiene muchas funciones importantes, como regular la temperatura corporal, mantener el equilibrio hidroelectrolítico y percibir los estímulos dolorosos o agradables. Las quemaduras son el resultado de un trauma físico o químico que induce a la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados.

Una lesión de este tipo en varias ocasiones implica repercusiones en algunos aspectos incluyendo la estética, el nivel funcional, el social, la parte económica y psicológica en los pacientes afectados. Debido a la gran importancia que estos representan cualquier alteración en el funcionamiento o en el aspecto, como el provocado por quemaduras, pueden tener consecuencias importantes en la salud física y mental (1).

La gran carga psicológica que supone una quemadura, sobre todo una grave puede provocar reacciones negativas diversas, como depresión, ansiedad, alucinaciones, aislamiento, hostilidad al medio y pérdida de autoestima, desde el punto de vista social existe un complejo de inferioridad, alejamiento social y desprecio. Los pacientes quemados pueden encontrarse con barreras sociales y la estigmatización (2).

La atención de estos pacientes requiere de un equipo multidisciplinario ya que conlleva una gran dificultad desde el punto de vista médico, lo que condiciona a que su tratamiento no solo deba limitarse a la sobrevivencia del paciente sino también a su efectiva recuperación psicológica y reincorporación a la sociedad. Por lo tanto, la finalidad del tratamiento es la de lograr la restauración óptima de las funciones del individuo como un todo (3).

El objetivo de esta investigación fue determinar el grado de depresión y ansiedad que presentan los pacientes en relación con los diferentes niveles de quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza en el periodo de septiembre del 2016 a febrero del 2017. Los resultados del estudio permitieron identificar grupos de alto riesgo o susceptibilidad a la ansiedad o depresión, permitiendo la detección de todos los principales problemas psicológicos lo que permitiría un tratamiento integral.

Además de poner al día la información de los enfermos de esta patología, de gran demanda en la Unidad de Quemados del hospital, de manera general se analizaron otros elementos importantes. Tales componentes significativos incluyen antecedentes evolutivos de la enfermedad, su incidencia y prevalencia a nivel mundial, la historia natural, así como también los métodos complementarios de diagnóstico y tratamientos vigentes hasta la actualidad.

Para adquirir los datos de la valoración del grado de depresión y ansiedad, se aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión de Zigmond y Snaith. De esta manera determinamos la concomitancia de la gravedad de las quemaduras con respecto a los niveles de los datos psicológicos ya mencionados. Como es la primera vez que se realiza este tipo de investigación en esa unidad, tomando en cuenta el ajuste del tiempo, este trabajo se limitó a ser analítico.

En otros hospitales se ha investigado acerca de este tema, pero el autor de este trabajo no ha encontrado trabajos que reporten datos psicológicos. Es así que en el Hospital Eugenio Espejo de Ecuador reportaron 750 pacientes con quemaduras, durante un periodo de 7 años de los cuales el 71.2% fueron varones con 534 ingresos y el 28,8% fue de sexo femenino con 216 casos. El

grupo etario más afectado fue entre los 21-30 años de edad, con una media de 35.3 años.

En ese hospital y en el tiempo en que se realizó esa investigación, las quemaduras térmicas ocuparon el primer lugar en cuanto a ocurrencia con un 58,16%, seguido de las quemaduras eléctricas con 33,13%. La clase obrera fue el grupo laboral más afectado (34.5%), (4), pero no hay datos de valoración de ansiedad y depresión en dichos enfermos. De lo que se puede observar solo se publican los síntomas somáticos.

La investigación fue de tipo observacional, analítica, transversal y prospectivo, que evaluó todos los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre del 2016 a febrero del 2017, estableciendo su grado de ansiedad y depresión. Se emplearon los expedientes clínicos para la recolección de datos referentes a las quemaduras y se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), posteriormente se utilizaron pruebas estadísticas para análisis de los resultados para cumplir con los objetivos del estudio.

CAPÍTULO 1

1.1 Antecedentes científicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las quemaduras son causa importante de mortalidad a nivel mundial y se estima que cada año ingresan en las Unidades de Quemados cerca 1.000 pacientes. Constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y causan aproximadamente 265.000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano, y casi la mitad, en la región de Asia Sudoriental (5).

Los accidentes del hogar son causas del 60-90% de fallecimientos por quemaduras en Europa y América, fundamentalmente en niños. En los Estados Unidos, aproximadamente 1,25 millones de personas con quemaduras se presentan en los servicios de urgencias cada año. Entre éstos, 63.000 tienen lesiones por quemaduras leves que se tratan principalmente en el servicio de urgencias y un adicional de 6.000 sostiene importantes lesiones por quemaduras que requieren ingreso hospitalario (6).

Wiechman S, Kalpakjian CZ y Johnson K realizaron una revisión sistemática de la literatura para identificar evidencia para apoyar el uso de medidas de la depresión en los adultos con lesiones por quemaduras. Identificaron un total de 213 artículos que abordaron ampliamente el tema de la depresión en las lesiones por quemaduras; De ellos, 56 cumplieron los criterios de inclusión. Los autores concluyen que no hay medidas desarrolladas específicamente para medir la depresión en los pacientes con lesiones por quemaduras, y no está claro si son realmente necesarias (7).

Un estudio realizado en Zaragoza, España, por Alcázar-Gabás M, Fidalgo-Pamplona M y Laplana-Miguel O, donde describieron el estado de ansiedad de los pacientes ingresados en una Unidad de Quemados. Los autores identificaron el grupo de pacientes en riesgo de padecer mayores

niveles de ansiedad durante su estancia hospitalaria. Utilizaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith que fue traducida y validada para la población española.

Como resultados, obtuvieron niveles de ansiedad elevados en la mayoría de la población, con un total de 15 casos (41,7% de la población de estudio) con una puntuación superior a 10 puntos y por tanto, diagnóstico de trastorno de ansiedad. En 11 casos (30,6%) los niveles de ansiedad fueron relativamente bajos (de 0 a 7 puntos), descartando en este grupo de pacientes un trastorno de ansiedad (1).

El promedio de ansiedad percibida fue de $8,83 \pm 4,778$, (rango 0-19 puntos). Encontraron que un 61,5% de las mujeres tuvo niveles elevados de ansiedad, el 38,5% presentó niveles medios de ansiedad, siendo casos dudosos, y finalmente, que ninguna mujer tuvo niveles bajos de ansiedad. Con respecto a los varones, la mayoría, un 47,8%, presentó niveles bajos de ansiedad, descartando este tipo de trastorno durante su hospitalización, mientras que un 30,4% presentó niveles elevados de ansiedad y un 21,7% fueron casos dudosos, con niveles medios de ansiedad. Concluyeron que la población femenina presentó niveles elevados de ansiedad superiores, así como en aquellos pacientes con lesiones de mayor extensión de sus lesiones (1).

Freitas N et al, desarrollaron un estudio para evaluar las propiedades psicométricas de la versión adaptada en portugués de Brasil del Cuestionario de Comfort Social (SCQ) en adultos sobrevivientes de quemaduras. Se entrevistaron a 240 pacientes con quemaduras y se verificó la fiabilidad test-retest. Los resultados mostraron que la SCQ en versión adaptada al portugués brasileño cumple con los criterios de validez y fiabilidad requeridas para un instrumento de evaluación de la comodidad social en pacientes quemados. La

versión brasileña obtiene una puntuación única que es fácil de interpretar y bien entendida por los pacientes (8).

García L y Donis X, en su tesis de grado sobre “Mortalidad en Pacientes con quemaduras” en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, describieron los trastornos de ansiedad (11%) y depresión (33%) como complicaciones frecuentes entre la población pediátrica evaluada. Además se encontró que existían factores psicológicos, físicos y sociales que ayudan o impiden el mejoramiento de los pacientes (9).

Un estudio realizado por Cabrera J, en el año 2012, sobre “La Ansiedad y Depresión en los pacientes que sufren quemaduras y acuden a la Unidad de Quemados y Cirugía Reconstructiva del Hospital General Isidro Ayora. Período Diciembre 2010-Julio 2011”, encontró una población total de 31 pacientes, de los cuales 18 pacientes presentaron ansiedad (58.06) % y 13 pacientes depresión que representó el 41.94 % (2).

1.2 Descripción del problema

El paciente quemado presenta las agresiones físicas más severas que puede acontecer en un ser humano, constituyen un grave problema de salud debido a la vulnerabilidad de ciertos grupos de riesgo, como la población infantil y las personas añosas, sumado a los altos costes de su tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud estima que el 1% de la población ha tenido un accidente grave por quemaduras, precisando de atención medica cerca de 500.000 personas y 2 millones son lo suficientemente severas que impiden las actividades cotidianas. En Europa, las quemaduras representan el 5% del total de los casos de trauma accidental y la mortalidad en la actualidad es de 2 por cada 100.000 habitantes (10).

El paciente quemado constituye un gran reto para los profesionales sanitarios por las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje: atención médica para su supervivencia, atención psicológica por el importante riesgo de sufrir alteraciones, asistencia rehabilitadora y fisioterapéutica destinada a su activación funcional, e inclusive atención social a causa de las limitaciones que las quemaduras producen en estos pacientes (11).

Por otro lado, también los datos observados en las salas de quemados avalan la hipótesis de que los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen mayor riesgo de quemarse así como también se ha determinado que los pacientes quemados con antecedentes de enfermedades mentales previas tienen estancias hospitalarias más prolongadas y tardan más en curar que los controles sin antecedentes (12).

Debido a la gran problemática que genera el tema ya que el estado emocional y psíquico del paciente se relaciona con la evolución clínica, es primordial analizar la eficacia de una escala de evaluación que permita identificar los pacientes con ansiedad y depresión, que a su vez permita disminuir los riesgos y consecuencias para la salud del paciente quemado, Se planteó un reto mejorar el estado emocional de los pacientes para proporcionarles confort y bienestar psíquico durante su estancia hospitalaria pues la OMS al ver las cifras tan alarmantes en la actualidad la han llevado a considerarlo un problema de salud pública a nivel mundial que va en aumento.

En Ecuador y a nivel de las instituciones hospitalarias de Guayaquil existen pocos de estudios sobre el estado de ansiedad y depresión en pacientes con quemaduras, haciendo difícil utilizar los estudios locales como base, para crear normas o políticas de salud. El Hospital Luis Vernaza reporta un incremento significativo del número de pacientes que ingresan a la Unidad de Quemados, por lo que se estima que la frecuencia de ansiedad/depresión también va en aumento.

Además de no contar con investigaciones actualizadas sobre el tema, especialmente sobre el uso de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), motivo por el cual se planteó una propuesta de investigación que permitió en forma documentada identificar los grupos de pacientes con ansiedad o depresión y los que están en riesgo de desarrollarla y que puedan motivar un desenlace desfavorable de su condición actual.

En la búsqueda bibliográfica sobre el tema, se encontraron muchos estudios sobre las características epidemiológicas/clínicas de los pacientes con quemaduras a nivel internacional y de Ecuador, pero estudios de referencia sobre el estado psíquico de los pacientes quemados, se encontró un número reducido en los archivos de Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas “Enrique Ortega Moreira” de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo de Guayaquil, lo que genera un problema de falta de investigación sobre la psiquis del pacientes con quemaduras.

Por lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles es la relación entre el grado de ansiedad/depresión con la severidad de la quemadura en los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil durante periodo de septiembre del 2016 a febrero del 2017?

1.3 Justificación

La investigación permitió determinar el grado de depresión y ansiedad que presentan los pacientes con quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza mediante la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). También se aportó con recomendaciones para

reducir el riesgo y la morbilidad por esta enfermedad, estableciendo los casos de mayor severidad durante el periodo de estudio y se calculó el porcentaje de riesgo de los factores asociados por medio de Odd Ratio y Razón de prevalencia.

Las estadísticas internacionales son alarmantemente altas sobre las quemaduras en seres humanos, pero solo sirven de referencia y al no ser extrapolables a la realidad nacional, no sirven para hacer conclusiones confiables, por lo tanto esta investigación debe realizarse para proporcionar información estadística del hospital, que refleje las características epidemiológicas de los pacientes quemados y permitan una detección oportuna de ansiedad o depresión, su tratamiento precoz y prevención proporcionando mayores bienestar psicológico.

El hecho de que hay un aumento en la población de pacientes que consultan en el hospital Luis Vernaza, debido a una quemadura de mayor o menor severidad y siendo una enfermedad que claramente afecta la calidad de vida en forma considerable y con repercusión sistémica, son aspectos que fundamentan la realización de este estudio.

Con los resultados se reconoció los grupos susceptibles a presentar ansiedad y depresión, y mediante estrategias de prevención se espera reducir el riesgo, disminuyendo de esta manera su frecuencia y morbilidad. Asimismo ayudará a establecer la relación entre la severidad de la quemadura con los grados de ansiedad y depresión en los pacientes del estudio.

El presente trabajo de investigación espera servir de base para futuras investigaciones de carácter epidemiológico, debido a que permitió la transferencia de información actualizada y proporcionó datos estadísticos que aumentaron el conocimiento sobre la enfermedad con el propósito de

beneficiar a la población de pacientes del hospital.

1.4 Objetivos generales y específicos

1.4.1 Objetivo General

Determinar el grado de depresión y ansiedad que presentan los pacientes en relación con los diferentes grados de quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza en el periodo septiembre del 2016 a febrero del 2017, mediante la revisión de historias clínicas, para ayudar a disminuir la morbimortalidad.

1.4.2 Objetivo específico

1. Identificar sexo, edad, etiología, localización y severidad del paciente con quemaduras mediante la revisión de la historia clínica.
2. Aplicar la Escala hospitalaria de Depresión y Ansiedad a los pacientes con quemaduras.
3. Determinar la relación entre la severidad de la quemadura con la severidad de la depresión y ansiedad.
4. Medir la relación entre la localización de la quemadura con la severidad de depresión y ansiedad.

1.5 Formulación de hipótesis o pregunta de investigación.

1.5.1 Enunciado

El grado de severidad y localización de la quemadura es directamente proporcional al grado de depresión y ansiedad identificada con la escala

hospitalaria de depresión y ansiedad en los pacientes de la unidad de quemados del Hospital Luis Vernaza.

1.5.2 Hipótesis estadísticas

H₀: El grado de ansiedad y depresión no aumenta con el grado de severidad y localización de la quemadura.

H₁: El grado de ansiedad y depresión si aumenta con el grado de severidad y localización de la quemadura.

Para la confirmación de la hipótesis del investigador se trabajó con un nivel de confianza del 95%, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. Para calcular el valor de p se empleó la prueba de independencia de Chi cuadrado que permitió establecer el grado de asociación entre las variables cualitativas del estudio. También se estimó el riesgo de los factores asociados a la depresión por medio del cálculo de Odd ratio.

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL

2.1 Aspectos teóricos

QUEMADURAS

Son lesiones originadas por cambios térmicos, calor o frío, sea cual sea el agente etiológico y la presentación de dichas lesiones (13) (14). Las quemaduras, pueden ser clasificadas en función de los diversos agentes que las producen:

Tipo de quemaduras en función de agente productor	
Térmicas	Calor Frío
Eléctricas	Electricidad
Químicas	Producto químico: Ácidos Bases Gases
Radioactivos	Radiación: Energía radiante Radiaciones ionizantes Radiación por isótopos radiactivos

Fuente: Muñoz V. El paciente gran quemado. Universidad Internacional de Andalucía. 2015 (15).

CUANTIFICACIÓN DE LA QUEMADURA DE GRAVEDAD

PROFUNDIDAD

La supervivencia de los pacientes quemados se relaciona con los siguientes factores (13) (16):

- Tamaño/profundidad de quemadura.
- Edad.
- Presencia de lesión por inhalación.
- Comorbilidad del paciente.

PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA

- 1º grado
- 2º grado
- 3º grado
- 4º grado (13)

QUEMADURAS DE 1º GRADO

En las quemaduras de primer grado, se evidencia daño epitelial menor en la epidermis; características frecuentes de esta lesión son: enrojecimiento, sensibilidad y dolor. En estos casos no se produce la formación de ampollas, y la discriminación de 2 puntos se mantiene intacta. La curación se origina después de varios días y sin dejar cicatriz. Debido a que la barrera epidérmica se mantiene indemne, la respuesta metabólica y el riesgo de infección son poco frecuentes. La mayoría de las fuentes de este tipo de quemaduras son: quemaduras solares y quemaduras tipo flash (10) (13).

QUEMADURAS DE 2º GRADO

Las quemaduras superficiales y profundas son los 2 tipos de quemaduras de segundo grado que existen. En estas lesiones, una parte de los apéndices de la piel sigue estando viable, lo que permite la reparación del epitelio de la herida sin necesidad de injerto de piel. La quemadura superficial implica la epidermis y la dermis papilar, con frecuencia resulta en ampollas de pared fina y llenas de líquido (10) (13). Estas quemaduras son de color rosado, húmedas, suaves y son dolorosas al tacto. Se curan en alrededor de 2-3 semanas, comúnmente sin cicatrices, por excrecencia de las yemas epiteliales de las unidades pilosebáceas viables y glándulas sudoríparas presentes en la dermis papilar y reticular (10) (13).

Las quemaduras profundas de espesor parcial se extienden en la dermis reticular, el color de la piel es por lo general una mezcla de rojo y blanco blanqueado, y el relleno capilar es lento. Las ampollas son de paredes gruesas y comúnmente rotas. La discriminación de dos puntos puede verse disminuida, pero la presión y el pinchazo aplicado a la piel quemada se puede sentir (10) (13).

La quemaduras superficiales de espesor parcial por lo general reepitelizan en 7-10 días después de la lesión. El riesgo de la cicatrización hipertrófica es muy pequeña. Para en las quemaduras de profundidad de espesor parcial, el tejido puede someterse a la epitelización espontánea de los pocos apéndices epiteliales viables en esta capa más profunda de la dermis y curar dentro de 3-6 semanas (si no surge ninguna infección) (10) (17).

Debido a que estas quemaduras tienen menor capacidad para volver a epitelizarse, existe un mayor potencial de formación de cicatriz hipertrófica. En las quemaduras de espesor parcial profundas, es necesario el tratamiento con apósitos antimicrobianos tópicos para prevenir la infección. La contracción través de las articulaciones, con la consiguiente limitación de la amplitud de movimiento, es una secuela común (17).

QUEMADURAS DE 3º GRADO

Las quemaduras de tercer grado son las quemaduras de grosor completo que destruyen tanto la epidermis y la dermis. La red capilar de la dermis está completamente destruida. La piel quemada tiene un aspecto blanco o correosa con los vasos subyacentes coagulados y hay anestesia. A menos que una quemadura de tercer grado sea lo suficientemente pequeña como para sanar por la contracción (<1 cm), un injerto de piel siempre es necesario para recubrir la zona lesionada. escaldaduras de inmersión, quemaduras por llama, químicas y eléctricas de alta tensión causan quemaduras de tercer grado (17).

QUEMADURAS DE 4º GRADO

Las quemaduras de cuarto grado causan la destrucción de todo el espesor de la piel y del tejido subcutáneo, con afectación de la fascia subyacente, músculo, hueso, u otras estructuras. Estas lesiones requieren un amplio desbridamiento y reconstrucción compleja de tejidos especializados e invariablemente resultan en la incapacidad prolongada. Las quemaduras de cuarto grado son el resultado de la exposición prolongada a las causas usuales de quemaduras de tercer grado (17).

TAMAÑO DE QUEMADURA

La "regla de los nueves" es una técnica útil para la estimación de la extensión de la superficie corporal total implicada en una lesión por quemadura. Esta guía fracciona las principales las zonas anatómicas del cuerpo en porcentajes de superficie corporal total. En el adulto, "se asigna 9% de la superficie corporal total a la cabeza y el cuello y para cada extremidad superior, 18% cada uno a las porciones anterior y posterior del tronco, 18% a cada extremidad inferior, y 1% en el perineo y los genitales". El área de la

palma representa aproximadamente el 1% de la superficie corporal total y puede tener utilidad en el cálculo de áreas dispersas de participación (17).

En la estimación de la magnitud de la lesión por quemaduras, el grado de participación de cada zona anatómica (por ejemplo, un brazo o una pierna) deberá calcularse por separado, y el total se deriva de la simple adición de los sitios anatómicos quemadas. Una pequeña diferencia entre la superficie corporal total del adulto e infantil refleja el tamaño de la cabeza del bebé (18%), que es proporcionalmente mayor que la de los adultos, y las extremidades inferiores (14%), que son proporcionalmente más pequeños que los del adulto. Las tablas de Lund-Brower pueden ser utilizados para estimar mejor el área de lesiones por quemaduras en los niños. Recuerde que las quemaduras de primer grado no están incluidos en el cálculo del tamaño de la quemadura (18).

Un estudio realizado por Sword DS et al sugiere que en niños transferidos de una institución de referencia a un centro de quemados, la institución se hace referencia a menudo sobreestima la superficie corporal total quemada del paciente, que lleva a sobre resucitación. Los investigadores encontraron que el promedio de la superficie corporal quemada estimada por las instituciones de referencia fue del 15,5%, en comparación con un promedio de 9,5% en el centro de quemados en el estudio al que se enviaron los pacientes pediátricos. Además, se encontró que la sobreestimación de la superficie corporal quemada de al menos 5% está asociado con sobre resucitación por al menos 10 ml/kg (19) (18).

EDAD DEL PACIENTE

Existe una relación directa pero inversa entre la edad y la supervivencia para cualquier tamaño de la quemadura. Mientras que la mortalidad de una quemadura de la superficie corporal total del 40% en un paciente de 20 años de edad es de aproximadamente 8%, la mortalidad de esta misma lesión en alguien mayor de 70 años es del 94% (18).

La mayor mortalidad de los pacientes de mayor edad con lesiones por quemaduras se atribuye a sus condiciones médicas preexistentes, incluyendo cardíaca, pulmonar, renal y disfunción hepática. Del mismo modo, los niños menores de 1 año sobreviven grandes quemaduras a un precio reducido (18) (20).

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE

La gravedad de la lesión por quemadura obedece a:

- (1) Localización, extensión, profundidad y de la lesión por quemaduras;
- (2) La edad del paciente;
- (3) Agentes etiológicos implicados;
- (4) La presencia de una lesión por inhalación;
- (5) Lesiones o enfermedades coexistentes preexistentes (20).

La Asociación Americana de Quemaduras ha utilizado estos parámetros para establecer las directrices para la clasificación de gravedad de la quemadura. Esta clasificación crea 3 categorías de lesiones por quemaduras (principales, moderada, menor de edad) y define la configuración óptima para el tratamiento de cada una (21) (18) (20).

LESIÓN POR QUEMADURA MAYOR

La lesión por quemadura mayor se define como quemaduras de espesor parcial que afectan a más del 25% de la superficie corporal total en adultos o 20% de la superficie corporal total en niños menores de 10 años o adultos mayores de 50 años; Las quemaduras de espesor completo que afectan a más del 10% de la superficie corporal total; quemaduras localizadas en la cara, ojos, oídos, manos, pies, o el perineo que pueden dar lugar a un deterioro funcional o cosmético; quemaduras causadas por agentes químicos cáusticos; de lesión eléctrica; quemaduras complicada por lesiones por

inhalación o traumatismo importante; o quemaduras sufridas por los pacientes de alto riesgo (aquellos con enfermedades debilitantes subyacentes) (18) (20) (22).

Estas lesiones se manejan mejor en un centro especializado en quemaduras formado por un equipo de profesionales con experiencia en el cuidado de pacientes con quemaduras, incluyendo tanto la atención aguda y la rehabilitación (20) (22).

LESIÓN POR QUEMADURA MODERADA

La lesión por quemadura moderada incluye quemaduras de espesor parcial de 15-25% de la superficie corporal total en adultos o un 10-20% de la superficie corporal total en niños o adultos mayores, y quemaduras de espesor total que implican 2-10% de la superficie corporal total que no presentan amenaza grave funcional de o deterioro estético de los ojos, oídos, cara, manos, pies, o el perineo (23).

Esta categoría no incluye lesiones de alta tensión eléctrica, todas las quemaduras complicadas por lesiones por inhalación u otro trauma y quemaduras sufridas por los pacientes de alto riesgo (24). Los pacientes con lesiones por quemaduras moderadas deben ser hospitalizados para su atención inicial, pero no necesariamente a un centro de quemados (24) (8).

LESIÓN POR QUEMADURA MENOR

La lesión por quemadura menor incluye quemaduras implican menos del 15% de la superficie corporal total en adultos o 10% de la superficie corporal total en niños o personas mayores, y quemaduras de espesor total que implican menos del 2% de la superficie corporal total que no presentan un riesgo grave de riesgo funcional o estética para los ojos, las orejas, la cara, las

manos, los pies o el perineo. Estas quemaduras por lo general se pueden manejar de forma segura en el ámbito ambulatorio (25) (23).

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), es una escala de autoevaluación, conformada por 14 ítems, fue creada por Zigmond A.S. y Snaith R.P. (1983) y permite detectar trastornos de ansiedad, depresión y angustia emocional en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria (1). El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante y evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad (11).

La HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados (1).

La escala no fue diseñada para ser una herramienta de diagnóstico clínico. Originalmente la escala constaba de ocho preguntas relacionadas con la depresión y ocho relacionadas con la ansiedad. Los resultados iniciales indicaron que uno de los elementos en la escala depresiones era débil ($r = 0,11$), por lo que fue retirado. Elementos restantes de la escala tenían correlaciones que van desde 0,60 hasta 0,30, con una significancia de ($p < 0,02$). Artículos de ansiedad tenían correlaciones que van desde 0,76 hasta 0,41 ($p < 0,01$); Sin embargo, para mantener los elementos en cada escala igual, se eliminó el elemento más débil en la parte de la ansiedad de la escala (1) (8).

Esta la escala final tiene un total de 14 artículos, con las respuestas que se califican en una escala de 0-3 (3 indica una mayor frecuencia de los síntomas). Las puntuaciones de cada subescala (ansiedad y depresión) van de 0 a 21, con puntuaciones de las siguientes categorías: normal, 0-7, 8-10 leve, moderada 11-14, 15-21 y severa. Las puntuaciones de la escala completa (angustia emocional) van de 0 a 42, con las puntuaciones más altas indican más angustia (8).

La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico (1) (26).

La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad útil en la discriminación de ansiedad y depresión. Otros estudios muestran la utilidad de este instrumento en la evaluación de pacientes con cáncer, donde la sensibilidad y especificidad del instrumento varía con los puntos de corte utilizados en las subescalas (1) (26) (27).

Desde su publicación, el HADS ha sido traducido a más de 25 idiomas y varias poblaciones. La traducción al español y su validación fue realizada por Tejero, Guimerá, Farré & Peri (1986). La reciente revisión de Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann reportó que el HADS ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en su uso con pacientes en varias condiciones médicas (26) (28) (27).

Ventajas. La HADS es breve y sencilla de usar y aunque originalmente fue diseñado para ser utilizado con poblaciones hospitalarias se ha encontrado que funcionan bien con grupos no hospitalarios. Se ha encontrado que toma un promedio de 2-5 minutos para completar y está completado por los propios pacientes. La HADS requiere el individuo para responder a la pregunta en relación a cómo se sintieron durante la semana pasada, por lo tanto, es razonable volver a administrar la prueba de nuevo, pero sólo a intervalos semanales (26) (28) (27).

Interpretabilidad: Los resultados son fáciles de interpretar con mayor puntuación en cada escala individual o de toda la escala que indica trastornos de ansiedad, depresión o cambios de humor mayores (28).

Aceptabilidad: La HADS es ampliamente aceptado y utilizado con la mayoría de las poblaciones de pacientes, incluyendo aquellos con una lesión cerebral traumática (28).

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN

La depresión es un trastorno mental común que se presenta con estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, disminución de la energía, sentimientos de culpa o baja autoestima, sueño o apetito perturbado y mala concentración. Por otra parte, la depresión a menudo viene con síntomas de ansiedad. Estos problemas pueden llegar a ser crónicos o recurrentes y dar lugar a deficiencias sustanciales en la capacidad de un individuo para cuidar de sus responsabilidades cotidianas. En su peor momento, la depresión puede llevar al suicidio (27).

El episodio depresivo incluye síntomas tales como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y disfrute, y aumento de la fatigabilidad. Dependiendo del número y la gravedad de los síntomas, un episodio depresivo puede clasificarse como leve, moderado o grave. Una persona con un episodio depresivo leve tendrá cierta dificultad para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales, pero probablemente no dejará de funcionar completamente. Por otro lado, durante un episodio depresivo grave, es muy improbable que el paciente pueda continuar con actividades sociales, laborales o domésticas, excepto en un grado muy limitado.

El trastorno afectivo bipolar típicamente consiste en episodios maníacos y depresivos separados por períodos de estado de ánimo normal. Los episodios maníacos implican un estado de ánimo elevado y un aumento de la energía, lo que resulta en una sobreactividad, presión del habla y disminución de la necesidad de dormir (12) (27).

La base para distinguir estos cambios anómalos de los comunes, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social. Varios casos de depresión son notoriamente distinguibles

en la práctica clínica, aunque resulte dificultoso establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades patológicas. Así, por ejemplo, comúnmente se percibe el trastorno depresivo asociado a ansiedad con numerosas composiciones sintomáticas en sus manifestaciones (27) (29).

La depresión también puede coexistir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. También es habitual su asociación con trastornos de la conducta alimenticia y ciertos trastornos de la personalidad. Además, es más usual entre pacientes con enfermedad física crónica y su relación es recíproca, ya que las alteraciones físicas pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física (29).

La depresión puede establecerse a cualquier edad, no obstante su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, lo que se traduce en un gran impacto en la productividad, la educación, el funcionamiento y las relaciones personales (29).

La sintomatología de este trastorno puede variar según la edad: los pacientes jóvenes muestran síntomas principalmente comportamentales, mientras que los pacientes adultos mayores tienen con más frecuencia síntomas de carácter somático (29) (30).

EPIDEMIOLOGIA

Casi 1 millón de vidas se pierden anualmente debido al suicidio, que se traduce en 3.000 muertes por suicidio cada día. Para cada persona que termina un suicidio, 20 o más pueden intentar terminar su vida. Afecta a unos 121 millones de personas en el mundo según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (30).

Mientras que la depresión es la principal causa de discapacidad tanto para hombres como para mujeres, la carga de depresión es 50% más alta para las mujeres que para los hombres. De hecho, la depresión es la principal causa de carga de morbilidad para las mujeres en los países de ingresos altos y bajos y medianos.

La investigación en los países en desarrollo sugiere que la depresión materna puede ser un factor de riesgo para el crecimiento deficiente en niños pequeños. Este factor de riesgo podría significar que la salud mental materna en los países de bajos ingresos puede tener una influencia sustancial en el crecimiento durante la infancia, y los efectos de la depresión afectan no sólo a esta generación, sino también a la siguiente (17).

ETIOLOGÍA

Corresponde a la interacción de factores genéticos, biológicos y sociales.

Anomalías en los neurotransmisores

Básicamente se ven alterados los procesos de liberación de los neurotransmisores: Serotonina, Acetilcolina, Dopamina y Noradrenalina. El grado de variación de estos mensajeros está dado por anomalías estructurales cerebrales, susceptibilidad genética y trastornos del sueño (30).

Anomalías Hormonales

En la mujer, los estrógenos y la progesterona así como la hormona del crecimiento median la depresión (29) (30).

FASES DE LA DEPRESIÓN

Duran un promedio entre 6 a 12 meses y no dejan efecto psíquico residual. La evolución normal de la patología puede alternar periodos de

depresión con fases de manía (locura maniaco depresiva), no obstante, lo más común es solo la presencia de la fase depresiva (30).

De acuerdo al género, se presentan en mujeres entre 25 y 40 años en plena fase de desbalance hormonal (embarazo, parto, lactancia, menopausia), en los hombres la se pone de manifiesto en cualquier edad. La duración aumenta con cada episodio y se exacerban a partir de los 50 años (30).

FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

La visión actual de la etiología de la depresión se resume mejor como un modelo prototípico de la interacción gen-medio ambiente, similar al de otras enfermedades complejas como el cáncer, la hipertensión y la diabetes. El foco dentro del modelo ha estado en tres sistemas principales de la monoamina-serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT), norepinefrina (NE) y dopamina (DA). Las nuevas herramientas emergentes de neurobiología molecular y de imágenes cerebrales funcionales han proporcionado apoyo adicional para la participación de estos tres sistemas (20).

Alteraciones de la serotonina en la depresión

La evidencia de una impresionante serie de estudios apoya un papel prominente de la participación de los sistemas del sistema nervioso central (SNC) 5HT en la depresión. Los estudios postmortem del líquido cefalorraquídeo (LCR) y factores neuroendocrinos muestran una actividad reducida de neuronas serotoninérgicas en pacientes deprimidos (17) (20).

Los nuevos datos de los estudios post-mortem y de tomografía por emisión de positrones (PET) demuestran una reducción en el número de sitios de unión del serotonina transportador (SERT) (el sitio de acción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ISRS) en el mesencéfalo y la amígdala de droga libre de depresión Así como una

reducción en los subtipos de receptores 5HT presinápticos (en el mesencéfalo) y postsinápticos (en la corteza mesiotemporal) de pacientes deprimidos⁵⁻⁶. Estudios anteriores demostraron un aumento en la densidad del receptor 5HT₂, tal vez debido a una disminución relativa en 5HT disponibilidad (20).

Alteraciones de la norepinefrina en la depresión

Los circuitos que contienen NE también se consideran implicados en trastornos del estado de ánimo. Al igual que los fármacos que aumentan la disponibilidad de 5HT, los inhibidores de la recaptación de NE como la nortriptilina y la reboxetina son antidepresivos eficaces. Por otra parte, los estudios neuroquímicos y neuro-docrinos en pacientes deprimidos y los hallazgos postmortem apoyan un papel para la disfunción del NE en la depresión (25) (30).

Las alteraciones en los circuitos noradrenérgicos también pueden desempeñar un papel prominente en pacientes con depresión resistente al tratamiento. Si los antidepresivos que se cree que actúan tanto en las neuronas 5HT y NE son más eficaces que los que actúan únicamente en las neuronas 5HT o NE sigue siendo controvertido, pero un metaanálisis recientes sugiere que si existe alguna ventaja, per es relativamente pequeña.

Alteraciones de la depresión en la depresión

Aunque DA-que contienen las vías neuronales han sido en gran medida implicados en la fisiopatología de la esquizofrenia, muchas pruebas ahora apoya un papel importante para DA-SNC circuitos en la depresión. De hecho, muchos investigadores sugieren que las respuestas terapéuticas subóptimas a los ISRS y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina-norepinefrina (SNRI) pueden deberse en parte a su relativa falta de efecto en los circuitos cerebrales DA (30).

CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Episodios depresivos

Un episodio depresivo se define como “una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo” según el CIE-10 (2) (7).

Otras manifestaciones de episodios depresivos incluyen:

- Déficit de atención y concentración
- Perdida de la confianza en sí mismo
- Pensamientos de inferioridad
- Ideas de culpa y de inutilidad
- Una perspectiva regular del futuro
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- Trastornos del sueño
- Inapetencia

La alteración en el estado del ánimo puede verse oculta por otros síntomas incluyendo (consumo excesivo de alcohol irritabilidad, fobias, perdida de reactividad emocional, obsesión, incapacidad para disfrutar actividades que antes eran placenteras, despertar por la mañana 2 o más horas antes de lo habitual, hiporexia, etc.) (2).

Para el diagnostico, de episodios depresivos en cualquier nivel de gravedad, se requiere una duración no menor a dos semanas, aunque se pueden considerar periodos más cortos cuando la sintomatología es de instauración brusca (2) (7).

Episodio depresivo leve

Estado de ánimo depresivo, falta de interés e incapacidad de pasar un buen rato y aumento de cansancio y fatiga corresponden a los síntomas característicos, deben presentarse 2 de los 3 para constituir el diagnóstico definitivo, además mínimo 2 de los síntomas descritos anteriormente. La sintomatología no debe ser intensa y produce conflicto en el ámbito social y laboral, mas no incapacidad para realizarlas (7).

Episodio depresivo moderado

Deben presentarse al menos 2 de los 3 síntomas para depresión leve y al menos 3 de los demás síntomas. A diferencia del episodio depresivo leve produce incapacidad para desarrollar la actividad laboral, social e incluso doméstica (7).

Episodio depresivo grave

Se divide en dos grupos: con ausencia de síntomas psicóticos y con presencia de los mismos.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Presencia de agitación o angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa y peligro de suicidio. Hay presencia de los 3 síntomas de la depresión leve además de 4 de los demás síntomas en intensidad grave (7).

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Presencia de los 3 síntomas de depresión leve más 4 de los demás síntomas en intensidad grave más ideas delirantes (ruina, pecado, culpa), alucinaciones (auditivas de índole acusatoria u olfatoria de carácter putrefacto) o estupor depresivo (31).

Depresión Mayor

Es causa de un desequilibrio en la bioquímica cerebral además de un componente genético y hereditario. Se manifiesta como crisis depresivas que alternan con periodos de normalidad (32).

Episodio de depresión mayor.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes presentes durante el mismo período de dos semanas y al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer (31).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso) (31) (32).

(Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación) (31).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (31).

(Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días (31).

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía todos los días (31).
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo) (31).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas) (31).
9. Tendencia a pensamientos de muerte que recurren (no sólo miedo a morir), ideas suicidas, sin plan concluyente, intento de suicidio o un plan determinado para llevarlo a cabo (31).

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes (31).

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (31).

Nota: Los Criterios A y C componen un episodio de depresión mayor.

Aunque estos síntomas pueden ser claros o considerarse adecuados a la pérdida, también se debería pensar en la existencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta habitual a una pérdida significativa (31).

Esta decisión solicita ineludiblemente el criterio clínico basado en la historia del paciente y en las normas culturales para la expresión de la molestia en el contexto de la pérdida (31).

D. El episodio de depresión mayor se expone por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (31).

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta excepción no se aplica si los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra alteración médica (31).

Distimia o Depresión crónica

El individuo permanece deprimido todo el tiempo, pero no al nivel de la depresión mayor. Si este cuadro se ha mantenido durante 2 años o más se cataloga como depresión crónica. Afectan al grado de llevar al individuo a resentir el concepto de estar vivo, alojando el deseo de culminar con la vida (ideas e intentos suicidas) (12) (33).

Depresión bipolar

O neurosis maniaco depresiva, es una variante que mezcla periodos de euforia e hiperactividad (manía) con periodos de depresión profunda (12) (33).

Depresión toxica

Es causada por el abuso de fármacos, alcohol o como secuela de una enfermedad (12) (33)

Depresión post parto

Se manifiesta 2 o 3 días posteriores al alumbramiento y tiene una duración entre 1 día a 1 semana, se auto resuelve, más si los síntomas superan la semana es necesario tener un tratamiento (12) (33).

Depresión reactiva

Es consecuencia de una pérdida repentina (material, personal, etc). Se manifiesta con menos síntomas físicos (33).

2.2 Aspectos legales

El presente trabajo se basa en los siguientes artículos de la Constitución del Ecuador que entró en vigencia el 24 de julio del 2008:

CAPÍTULO SEGUNDO - Derechos del buen vivir - Sección séptima – Salud.

“Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir(Asamblea Nacional, 2010)”.

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Nacional, 2010)”.

CAPÍTULO TERCERO – “Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria - Sección quinta - Niñas, niños y adolescentes”

“Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado

reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción (Asamblea Nacional, 2010)”.

“Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten (Asamblea Nacional, 2010)”.’

Además se sustenta en las siguientes leyes y reglamentos de la República del Ecuador, por disposición e la asamblea constituyente:

“Art. 350 de la Constitución de la República del Ecuador: **“El Sistema de Educación Superior tiene como finalidad (.....) la investigación científica y tecnológica; (.....), la construcción de soluciones para los problemas del país.....”** (Asamblea Constituyente)”

“Art. 8. Inciso f. LOES, 2010:**“(....) ejecutar programas de investigación de carácter científico, tecnológico y pedagógico que coadyuven al mejoramiento y protección del ambiente y promuevan el desarrollo sustentable nacional;**(Asamblea Nacional, 2010)”

“Art 12, inciso d. LOES, 2010: **“Fomentar el ejercicio y desarrollo de (.....) la investigación científica e todos los niveles y modalidades del sistema;**” (Asamblea Nacional, 2010)”.

CAPÍTULO 3

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación:

3.1.1 Tipo de investigación

- Según la intervención: Observacional.
- Según la planificación de la toma de los datos: Retrospectivo.
- Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal.
- Según el número de variables analíticas: Analítico.

3.1.2 Lugar de investigación

El Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, reconocido como Patrimonio Cultural del Ecuador, ubicado en Loja No. 700 y Escobedo, es un centro de atención médica general sin fines de lucro que abre sus puertas a todos quienes lo necesiten.

Es un hospital de especialidades de cuarto nivel, docente que ha contribuido a la formación de miles de hombres y mujeres de todo el Ecuador que han encontrado en la medicina, su vocación. La sala de Emergencia del Luis Vernaza es un este espacio acondicionado para recibir a personas con urgencias de cualquier tipo. Se atiende un promedio de tres mil pacientes con urgencias al mes, que corresponde más del 50% de las emergencias médicas de la ciudad y sus zonas circundantes. Esta área se encuentra abierta las 24 horas del día, todo el año.

La Unidad de Quemados es un servicio de subespecialidad del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Esta moderna unidad cumple con las últimas normas de salud internacionales tanto en su arquitectura como en la

tecnología instrumental de punta y en su personal especializado. Atiende con seguridad, profesionalismo y calidez a los pacientes que requieren atención médica de este tipo.

La misión, como equipo multidisciplinario no solo está en el rescate y la conservación de la vida de los pacientes, sino también en su rehabilitación pronta y eficaz para regresar al medio y su comunidad lo antes posible como ente productivo.

Tiene como misión ofrecer servicios médicos con calidad y calidez a la población más necesitada sin discriminación alguna y la visión de ser líderes en servicios médicos especializados en la región costa y para el 2018 ser el referente en servicios médicos especializados a nivel nacional.

3.1.3 Conceptualización de las variables:

Variable independiente: Quemaduras.

Variable dependiente: Grado de ansiedad y depresión.

Variable interviniente

- Edad.
- Género.
- Comorbilidades.
- Complicaciones.
- Estado nutricional: IMC.
- Quemadura.
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

3.1.4 Matriz de operacionalización de las variables.

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
V. Independiente	Lesiones producidas por alteraciones de origen térmico, calor o frío, sea cual sea el agente etiopatogénico y la presentación de dichas lesiones.	1º grado	Daño epitelial menor de la epidermis; hay enrojecimiento, sensibilidad y dolor. No se producen ampollas.	H. Clínica
Quemaduras		2º grado	Quemaduras superficiales Quemaduras profundas	H. Clínica
		3º grado	Quemaduras de grosor completo que destruyen la epidermis y la dermis. La red capilar de la dermis está destruida. La piel de aspecto blanco o correosa con los vasos subyacentes coagulados y hay anestesia	H. Clínica
		4º grado	Causan la destrucción de todo el espesor de la piel y del tejido subcutáneo, con afectación de la fascia subyacente, músculo, hueso, u otras estructuras.	H. Clínica
V. Dependiente	Conjunto de síntomas de preferencia afectivos como: anhedonia, desesperanza, decaimiento, tristeza, apatía, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia.	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)	Escala de autoevaluación, conformada por 14 ítems que permite detectar trastornos de ansiedad, depresión y angustia emocional en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria.	H. Clínica
Grado de Ansiedad/Depresión				

3.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por todos los pacientes de ambos sexos ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo septiembre del 2016 a febrero del 2017. No se muestrearán porque se usará a toda la población del estudio.

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

3.2.1.1 Criterios de inclusión

- Todos los pacientes con Quemaduras ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza durante el periodo de septiembre del 2016 a febrero del 2017.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Consentimiento informado firmado por el paciente.

3.2.1.2 Criterios de exclusión

- Trastorno de ansiedad o depresión previo a la quemadura.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos mayores.

3.3 Descripción de los Instrumentos, herramientas y procedimientos de la Investigación.

El presente trabajo de titulación es un estudio epidemiológico observacional, de enfoque cuantitativo, analítico, retrospectivo y de corte transversal, que tomó datos numéricos y estadísticos de los pacientes con quemaduras de la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza durante el año 2016. Se solicitó acceso al sistema hospitalario y al departamento de Estadística, para poder revisar las historias clínicas, interconsultas, informes de laboratorio, y protocolos operatorios de cada uno de los pacientes. Se manejó el método analítico, para identificar los pacientes con ansiedad y depresión, además de establecer si existe asociación estadísticamente significativa con la severidad y localización de la quemadura.

Instrumentos a utilizar: Se creó un formulario de recolección de datos, el cual se aplicó a todos los pacientes en el momento de ingreso a la Unidad de Quemados, según los objetivos e hipótesis de la investigación. Los equipos utilizados fueron: libreta de apuntes, cuaderno, fichas nemotécnicas, laptop, grabadora digital, utilitarios de Windows, guías de atención médica y la hoja de recolección de datos.

Recolección de datos: Se utilizó los formularios 008 y 003 de las historias clínicas para analizar los datos de anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio y de imagen. Recabando información sobre factores de riesgo y complicaciones en pacientes con quemaduras.

Selección de los pacientes: Se evaluaron las historias clínicas de todos los pacientes que sean atendidos durante el periodo del 1 de septiembre del 2016 hasta el 28 de febrero del 2017 con diagnóstico de Quemadura en algún sitio corporal, ingresados con la denominación CIE-10 siguiente:

- (T20) Quemadura y corrosión de la cabeza y del cuello
- (T21) Quemadura y corrosión del tronco
- (T22) Quemadura y corrosión del hombro y miembro superior, excepto de la muñeca y de la mano
- (T23) Quemadura y corrosión de la muñeca y de la mano
- (T24) Quemadura y corrosión de la cadera y miembro inferior, excepto tobillo y pie
- (T25) Quemadura y corrosión del tobillo y del pie
- (T26) Quemadura y corrosión limitada al ojo y sus anexos
- (T27) Quemadura y corrosión de las vías respiratorias
- (T28) Quemadura y corrosión de otros órganos internos
- (T29) Quemaduras y corrosiones de múltiples regiones del cuerpo
- (T30) Quemadura y corrosión, región del cuerpo no especificada
- (T31) Quemaduras clasificadas según la extensión de la superficie del

cuerpo afectada.

- (T32) Corrosiones clasificadas según la extensión de la superficie del cuerpo afectada.

Para la evaluación del estado de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), la cual se aplicó a cada paciente que formo parte del estudio. La escala consta de 14 items, está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:
3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
0) Ciertamente igual que antes 1) No tanto como antes 2) Solamente un poco 3) Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
3) Sí, y muy intenso 2) Sí, pero no muy intenso 1) Sí, pero no me preocupa 0) No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
0) Igual que siempre 1) Actualmente algo menos 2) Actualmente mucho menos 3) Actualmente en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.3. Me siento alegre:
0) Nunca 1) Muy pocas veces 2) En algunas ocasiones 3) Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:
0) Siempre 1) A menudo 2) A veces 3) Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:
3) Gran parte del día 2) A menudo 1) A veces 0) Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:
0) Nunca 1) Sólo en algunas ocasiones 2) A menudo 3) Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:
3) Completamente 2) No me cuido como debería hacerlo
1) Es posible que no me cuido como debiera 0) Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
3) Realmente mucho 2) Bastante 1) No mucho 0) En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:
0) Como siempre 1) Algo menos que antes 2) Mucho menos que antes 3) En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
3) Muy a menudo 2) Con cierta frecuencia 1) Raramente 0) Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
0) A menudo 1) Algunas veces 2) Pocas veces 3) Casi nunca

Puntuación HAD-A: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11 **Puntuación HAD-D:** 1) < 7 2) 8-10 3) > 11

Fuente: Zigmund A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol 67(1): 361-370 (26)

3.4 Metodología para el análisis de los resultados

El análisis de la información se realizó en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, posteriormente la información fue ingresada en el programa estadístico IBM SPSS 21.0. Se utilizó estadística descriptiva y pruebas no paramétricas para el análisis de los datos, los cuales fueron expresados en forma de tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje, además de tablas de contingencia para el cruce de variables.

Se empleó un nivel de significancia del 95% y se aceptará una probabilidad (p) inferior a 0.05 como significativa. Para la determinación de la relación entre variables cualitativas se empleó la prueba de Chi cuadrado.

3.5 Aspectos éticos

La realización de este trabajo estuvo acorde a las normas rectoras de investigación clínica a nivel internacional emanadas en la declaración de Helsinki y nacional de acuerdo a la resolución 1480 (2011). Además los resultados de la investigación fueron empleados solo con fines académicos.

- Se respetó la confidencialidad y anonimato de los pacientes.
- Se consideró un estudio sin riesgo por ser de tipo retrospectivo y observacional

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS

Tabla 1. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Grupos etarios.

Grupo de edades	Frecuencia	Porcentaje
12-18 años	7	8,3
19-40 años	67	79,8
41-60 años	6	7,1
> 60 años	4	4,8
Total	84	100

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Del total de pacientes del estudio (84), el 79,8% (67) correspondió al grupo etario de 19-40 años de edad. El promedio de edad fue de 29,51 años. Estos resultados revelan que la incidencia de quemaduras es mayor en personas adultas jóvenes.

Tabla 2. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	69	82,1
Femenino	15	17,9
Total	84	100

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Se observa hay mayor tendencia de quemaduras en personas del sexo masculino, ya que del total de pacientes del estudio (84), el 82,1% (69) perteneció a este género.

Tabla 3. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de quemadura.

Tipo de quemadura	Frecuencia	Porcentaje
Térmica	41	48,8
Eléctrica	41	48,8
Química	2	2,4
Total	84	100

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Las quemaduras térmica y eléctrica con el 48,8% cada una representaron las etiologías más frecuentes.

Tabla 4. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Grado de la quemadura.

Grado de quemadura	Frecuencia	Porcentaje
Grado 1	14	16,7
Grado 2	38	45,2
Grado 3	32	38,1
Total	84	100

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Del total de pacientes del estudio (84), las quemaduras de 2 grado (45,2%) fueron las más frecuentes. Las quemaduras grado 3 (38,1%) ocuparon el segundo lugar en orden de frecuencia, siendo las de pronóstico sombrío porque destruyen tanto la epidermis y la dermis. Las quemaduras grado 1 solo representaron el 16,7% (14).

Tabla 5. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Extensión de la quemadura.

Extensión de quemadura	Frecuencia	Porcentaje
> 15% SCQ	45	53,6
< 15% SCQ	39	46,4
Total	84	100

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Según la extensión de la quemadura, más de la mitad de los pacientes (53,6%) presentaron quemaduras con porcentaje de superficie corporal quemada > al 15% lo cual se considera dentro del grupo de pacientes con quemaduras graves.

Tabla 6. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Localización de la quemadura.

Localización	Frecuencia	Porcentaje
Cara	32	38
Abdomen	24	29
Brazo	22	26
Tórax	22	26
Antebrazo	20	24
Pierna	20	24
Mano	18	21
Pies	16	19
Cuello	10	12
Muslo	8	10
Genitales	6	7
Cabeza	4	5
Glúteos	2	2

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: De total de pacientes del estudio (84), las principales localizaciones de las quemaduras fueron en la cara (38%), abdomen (29%) y brazos (26%).

Tabla 7. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Ansiedad.

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
0-7 puntos	40	47,6
8-10 puntos	38	45,2
11-14 puntos	4	4,8
15-21 puntos	2	2,4
Total	84	100

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Del total de pacientes del estudio (84), el 4,8% (4) presentaron morbilidad mientras que solo el 2,4% (2) desarrollaron un problema clínico de ansiedad. El 47,6% (40) tuvieron un estado de ánimo dentro de la normalidad y el 45,2% (38) presentaron riesgo de ansiedad por considerarse dentro del borderline de la enfermedad. Se obtuvo niveles de ansiedad bajos en la mayoría de la población, con un total de 6 casos (7,2% % de la población de estudio) con una puntuación superior a 10 puntos y por tanto, diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Tabla 8. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Depresión.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
0-7 puntos	48	57,1
8-10 puntos	25	29,8
11-14 puntos	10	11,9
15-21 puntos	1	1,2
Total	84	100

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Del total de pacientes del estudio (84), el 11,9% (10) presentó puntuaciones altas entre 11 y 14 puntos de la escala HAD y se observó 1 caso (1,2%) con puntuación entre 15-21 puntos que representaron los casos clínicos de depresión en el estudio.

Tabla 9. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Análisis de asociación.

Análisis de asociación		Ansiedad		Total	Odd ratio (OR)	(p)
		Si	No			
Quemadura profunda	Si	4 66,70%	29 37,20%	33 39,30%	3,379 (IC 95%: 0,582- 19,611)	0,001
	No	2 33,30%	49 62,80%	51 60,70%		
Total		6 100,00%	78 100,00%	84 100,00%		
Quemadura > 15% SCQ	Si	5 83,30%	40 51,30%	45 53,60%	4,750 (IC 95%: 0,530- 42,547)	0,001
	No	1 16,70%	38 48,70%	39 46,40%		
Total		6 100,00%	78 100,00%	84 100,00%		

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de ansiedad con las quemaduras profundas (p 0,001) y cuando el porcentaje de SCQ fue > 15% (p 0,001).

La estimación de riesgo (Odd ratio) determinó que la quemadura profunda aumenta 3 veces el riesgo de ansiedad (**OR: 3,379**) y cuando la SCQ es > 15% el riesgo es 4 veces mayor para desarrollar ansiedad (**OR: 4,750**) en relación al grupo de pacientes que no poseen estos factores de riesgo.

Tabla 10. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Análisis de asociación.

Análisis de asociación		Depresión		Total	Odd ratio (OR)	(p)
		Si	No			
Quemadura profunda	Si	8 72,70%	25 34,20%	33 39,30%	5,120 (IC 95%: 1,247-21,018)	0,015
	No	3 27,30%	48 65,80%	51 60,70%		
Total		11 100,00%	73 100,00%	84 100,00%		
Quemadura > 15% SCQ	Si	9 81,80%	36 49,30%	45 53,60%	4,625 (IC 95%: 0,934-22,894)	0,044
	No	2 18,20%	37 50,70%	39 46,40%		
Total		11 100,00%	73 100,00%	84 100,00%		

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de depresión con las quemaduras profundas (p 0,015) y cuando el porcentaje de SCQ fue > 15% (p 0,044).

La estimación de riesgo (Odd ratio) determinó que la quemadura profunda aumenta 5 veces el riesgo de depresión (**OR: 5,120**) y cuando la SCQ es > 15% el riesgo es 4 veces mayor para desarrollar depresión (**OR: 4,625**) en relación al grupo de pacientes que no poseen estos factores de riesgo.

Tabla 11. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Categorización de la zona de quemadura.

Categorización zona de quemadura	Región anatómica
Zona 1	Cabeza y Cuello
Zona 2	Abdomen y Tórax
Zona 3	Extremidades superiores
Zona 4	Extremidades inferiores

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Se categorizó las regiones anatómicas afectadas por las quemaduras en zona1 que correspondió a cabeza y cuello, zona 2 al abdomen y tórax, zona 3 para las extremidades superiores y zona 4 para las extremidades inferiores.

Tabla 12. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Impacto de la ansiedad según la zona.

Impacto según zona	Frecuencia Ansiedad	Porcentaje
Zona 1	1	16.6%
Zona 2	2	33.3%
Zona 3	2	33.3%
Zona 4	1	16.6%
TOTAL	6	100%

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Las puntuaciones más altas fueron para la zona 2 que corresponde abdomen y tórax y la zona 3 correspondiente a las extremidades superiores ambas con porcentaje de 33.3% cada una.

Tabla 13. Distribución de 84 pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil. 2016-2017, según: Impacto de la depresión según la zona.

Impacto según zona	Frecuencia depresión	Porcentaje
Zona 1	2	18.1%
Zona 2	3	27.2%
Zona 3	5	45.4%
zona 4	1	9%
TOTAL	11	100%

Autor: Karla Valeria Paz Monge.

Fuente: Hospital Luis Vernaza.

Análisis: Se observó mayor frecuencia de depresión cuando las quemaduras afectaban la zona 3 (45.4%) y la zona 2 (27,2%).

4.2 DISCUSIÓN

La investigación reporta el grado de depresión y ansiedad que presentan los pacientes en relación con los diferentes grados de quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza en el periodo de septiembre del 2016 a febrero del 2017. A continuación el análisis comparativo de los resultados reveló que:

La depresión y ansiedad están estrechamente relacionadas con el tipo, severidad, extensión y región anatómica afectada de quemaduras. Wiechman S, Kalpakjian CZ y Johnson K realizaron una revisión sistemática de la literatura que reveló que la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión es un buen predictor de ansiedad o depresión (p 0,000). Similares resultados fueron expuestos por Alcázar et al, quien identificaron el grupo de pacientes en riesgo de padecer mayores niveles de ansiedad durante su estancia hospitalaria, utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (p 0,000).

El presente estudio reportó resultados con una puntuación superior a 10 puntos para diagnóstico de ansiedad en una pequeña proporción (6 casos), aunque el 45,2% (38) presentaron riesgo de ansiedad por considerarse dentro del borderline de la escala. Esto difiere con los resultados de Alcázar et al que obtuvo niveles de ansiedad elevados en la mayoría de la población, con un total de 15 casos (41,7% de la población de estudio) con una puntuación superior a 10 puntos. García L y Donis X, describieron los trastornos de ansiedad (11%) y depresión (33%) como complicaciones frecuentes una población pediátrica con quemaduras, mientras que los resultados de la investigación reportaron ansiedad y depresión en el 7,2% y el 13,1% respectivamente.

La mayoría de los estudios realizados, reportan asociación estadística entre el grado de depresión y/o ansiedad con la severidad de la quemadura, un estudio realizado por Cabrera J (p 0,01), García L (p 0,003) y Wiechman S (p 0,000).

CAPÍTULO 5

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La incidencia de quemaduras es mayor en personas adultas jóvenes, con mayor tendencia en personas del sexo masculino.

Las quemaduras térmica y eléctrica representaron las etiologías más frecuentes, especialmente de 2 y 3 grado.

Más de la mitad de los pacientes presentaron quemaduras con porcentaje de superficie corporal quemada > al 15% lo cual se considera dentro del grupo de pacientes con quemaduras graves.

Las principales localizaciones de las quemaduras fueron en la cara, abdomen y brazos.

Se obtuvo niveles de ansiedad bajos en la mayoría de la población, una puntuación superior a 10 puntos determinó el diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Se encontró mayor frecuencia de ansiedad cuando las quemaduras afectaban la zona 2 que corresponde abdomen y tórax y la zona 3 correspondiente a las extremidades superiores y se observó mayor frecuencia de depresión cuando las quemaduras afectaban a estas mismas zonas.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de ansiedad con las quemaduras profundas ($p < 0,001$) y cuando el porcentaje de SCQ fue > 15% ($p < 0,001$). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el

desarrollo de depresión con las quemaduras profundas ($p = 0,015$) y cuando el porcentaje de SCQ fue $> 15\%$ ($p = 0,044$).

La quemadura profunda aumenta 5 veces el riesgo de depresión y cuando la SCQ es $> 15\%$ el riesgo es 4 veces mayor para desarrollar depresión en relación al grupo de pacientes que no poseen estos factores de riesgo.

La quemadura profundas aumenta 3 veces el riesgo de ansiedad y cuando la SCQ es $> 15\%$ el riesgo es 4 veces mayor para desarrollar ansiedad en relación al grupo de pacientes que no poseen estos factores de riesgo.

Los pacientes quemados ingresados en el Hospital Luis Vernaza presentaron niveles intermedios de ansiedad y depresión, especialmente en pacientes con lesiones de mayor severidad y extensión.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión demostró ser una herramienta confiable para identificar los pacientes con ansiedad, depresión y con riesgo en su salud mental.

5.2 RECOMENDACIONES

Realizar diagnóstico temprano de ansiedad y depresión en los pacientes con quemaduras por medio de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

Utilizar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión como parte de la evaluación del estado mental en todos los pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza.

Implementar medidas de prevención de la ansiedad y depresión en los pacientes con quemaduras del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, para disminuir el impacto sobre el estado mental.

Categorizar a los pacientes con riesgo de presentar mayores niveles de ansiedad y depresión durante la estancia hospitalaria que permitan mejorar el pronóstico.

Establecer un plan de medidas preventivas de trastornos de ansiedad y depresión adaptado a las necesidades de cada paciente.

Realizar una intervención académica con el personal médico de la Unidad de Quemados del Hospital Luis Vernaza como parte del manejo integral del paciente con quemaduras para disminuir la incidencia de ansiedad o depresión.

Entregar los resultados de la investigación al Departamento de Investigación y Docencia del Hospital Luis Vernaza, para que sirvan de base para futuras líneas de investigación y creación de guías de manejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados*. Alcázar-Gabás M, Fidalgo-Pamplona M y Laplana-Miguel O., 2, Abril-Julio de 2014, Cir Plást Iberolatinoam, Vol. 40, págs. 159-69.
2. Cabrera J. *La Ansiedad y Depresión en los pacientes que sufren quemaduras y acuden a la Unidad de Quemados y Cirugía Reconstructiva del Hospital General Isidro Ayora. Período Diciembre 2010-Julio 2011*. Área de Salud Humana. Nivel de pregrado. Carrera de Psicología Clínica, Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador : s.n., 2012. Tesis de grado.
3. *Paroxysmal atrial fibrillation after hyperbaric oxygen therapy* . Celbek G, Boz BV, Caglar SO, Aydin LY, Kandis H, Saritas A., 1, 2013 йил Jan, Am J Emerg Med, Vol. 31, pp. 5-7.
4. Instituto Nacional de estadísticas y Censo del Ecuador. *Indicadores básicos de salud del Ecuador 2013-2014*. [En línea] 2014. [Citado el: 10 de Jul de 2016.] <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0C CQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fecu%2>.
5. Organización Mundial de la Salud. *Temas de Salud. Quemaduras*. [En línea] 2013. [Citado el: 17 de May de 2016.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>.
6. CDC, National Center for Health Statistics (NCHS). *National vital statistics system. Thermal burns*. Hyattsville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics. 2013.
7. *Measuring Depression in Adults With Burn Injury: A Systematic Review*. Wiechman S, Kalpakjian CZ, Johnson KL,. 5 de Jul de 2016, J Burn Care Res. . PMID: 27388886 DOI: 10.1097/BCR.0000000000000384.
8. *Cross-cultural adaptation and validation of the Social Comfort Questionnaire for Brazilian adult survivors of burns*. Freitas N et al. 2 de Jun de 2016, Qual Life Res. PMID: 27256291 DOI: 10.1007/s11136-016-1327-1.
9. García L y Donis X. *Mortalidad en pacientes con quemaduras. Estudio retrospectivo, de pacientes fallecidos por quemaduras en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, en los años 2007-2011*. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Estudios de Postgrado, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala : s.n., 2014. Tesis de Maestría.

10. British Burn Association. *Standards and Strategy for Burn Care. A Review of burn care in the British Isles. The National Burn Care Review Committee.* [En línea] 2012. [Citado el: 21 de May de 2016.]
<http://www.britishburnassociation.org/downloads/NBCR2001.pdf>.
11. Gallach-Solano E, Pérez del Caz M, Vivó-Benlloch C,. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *SCIELO.* [En línea] 2015.
12. Palmu R. Mental disorders after burn injury: A prospective study. *burns journal.* [En línea] 2011.
13. *Hot asphalt burns: a review of injuries and management options.* Bosse GM, Wadia SA, Padmanabhan P,. 7, 2014 йил 18-Jan, Am J Emerg Med, Vol. 32, pp. 820.e 1-3.
14. MacNeal J. Introducción a la piel. *MSD manual.* [En línea] 2016.
15. Muñoz V. EL PACIENTE GRAN QUEMADO. *Universidad Internacional de Andalucía.* [En línea] 2015.
16. Pinzón, María del Cisne Cevallos. "ETIOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS Y PERFIL MICROBIOLÓGICO,." *Universidad Nacional de Loja.* [En línea] 2012.
17. *The 21st century burn care team.* Butler D. 1, 2013 йил, Burns , Vol. 39, pp. 375-79.
18. *The effect of endotracheal tube size on voice and swallowing function in patients with thermal burn injury: an evaluation using the Australian Therapy Outcome Measures (AusTOMS).* Cheung W, Clayton N, Li F, et al, 2013 Apr. 15(2):. 2, 2013 йил Apr, Int J Speech Lang Pathol, Vol. 15, pp. 216-20.
19. *Total body surface area overestimation at referring institutions in children transferred to a burn center.* Swords DS, Hadley ED, Swett KR, Pranikoff T,. 1, Jan de 2015, Am Surg, Vol. 81, págs. 56-63.
20. *Characterization of early thermal burns and the effects of hyperbaric oxygen treatment: a pilot study.* Chong SJ, Kan EM, Song C, Soh CR, Lu J,. 3, 2013 йил Sep, Diving Hyperb Med, Vol. 43, pp. 157-61.
21. *Appendix B to hospital resources document Guidelines for service standards and severity classifications in the treatment of burn injury.* American Burn Association. 10, Oct de 2014, Bull Am Coll Surg, Vol. 69, págs. 24-8.

22. Goodier R. *Medscape Medical News from WebMD. Treat asphalt burns with immediate cooling, first aid: review.* [Online] 2014 йил 28-Jan. [Cited: 2016 йил 25-Jul.] <http://www.medscape.com/viewarticle/819827..>
23. *Fluid management in major burn injuries.* Haberal M, Sakallioğlu A, Karakavali H, 1, 2010 йил Sep, *Indian J Plast Surg*, Vol. 43, pp. s29-s36. doi: 10.4103/0970-0358.70715, 43.
24. *Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study.* Fernandez A et al. 2010, *General Hospital Psychiatry*, págs. 32, 201-209.
25. Gallegos F. Análisis clínico epidemiológico y gestión de riesgos de accidentes laborales por quemaduras eléctricas ingresados en el Hospital Eugenio Espejo. *Universidad SEK.* [En línea] 2013.
26. *The Hospital Anxiety and Depression Scale.* Zigmond A, Snaith R, 1, 1983, *Acta Psychiatr Scand*, Vol. 67, págs. 361-70.
27. Orozco M. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *ed de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.* [En línea] 2013.
28. Zapata D. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas quemadas. *SCIELO.* [En línea] 2010.
29. *Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age.* Mitchel, A. J., Rao, S., & Vaze, A. 2010, *Psychotherapy and Psychosomatics*, págs. 79, 285-294.
30. *Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy.* Mitchel, A.J., Rao, S., & Vaze, A. 2011, *Journal of Affective Disorders*, págs. 130, 26-36.
31. *Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP).* Serrano-Blanco A et al. 2010, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, págs. 201-210.
32. Gonçalves N. Factores biopsicosociales que interfieren en la rehabilitación de. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [En línea] 2011.
33. Pardo G. Variables psicológicas en las quemaduras. *APCS.* [En línea] 2010.

ANEXOS

HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°	CODIGO	EDAD	SEXO	ANT Y COM	TIPO	GRADO	EXTENSION	TTIEMPO DE EVOLUCION	LOCALIZACION	ANSIEDAD	DEPRESION
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Fuente: Hospital Luis Vernaza.
Autor: Karla Valeria Paz Monge.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Enrique Ortega Moreira”

EJEMPLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS

TÍTULO DE LA TESIS

La presente investigación tiene como director al Dr. y es realizada por:....., estudiante(s) de la Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Enrique Ortega Moreira”, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, de la ciudad de Guayaquil, con la finalidad de realizar la tesis “_____”, previa a la obtención del título de médico.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Información del estudio.- En el estudio se investigará la prevalencia de y factores asociados en....., esto se llevará a cabo mediante la aplicación de un formulario de recolección de datos que usted llenará.

Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá determinar la prevalencia de.....y factores asociados.....

Riesgos del Estudio: Su participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y psicológica.

Confidencialidad. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La participación es voluntaria: La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea o no participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Además usted puede retirarse del estudio cuando así lo desee.

Costos: Usted no tendrá que pagar nada por su participación, en este estudio, ni tampoco recibirá derogación económica alguna.

Preguntas: Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números de las responsables de la investigación descritos a continuación: 0999999999, 0999999999, 0999999999. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo (participante en el estudio)

_____ Con cédula de identidad
_____, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre mi participación sin que esto acarree perjuicio alguno. Me han indicado también que tendré que responder un formulario de recolección de datos.

Firma del/la participante del estudio

CRONOGRAMA GENERAL

CRONOGRAMA	2016								2017								
	MA Y	JU N	JU L	A G	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SEP T
Elaboración de ficha técnica																	
Solicitud de permiso																	
Elaboración de marco teórico																	
Elaboración de anteproyecto																	
Entrega primer borrador																	
Aprobación del anteproyecto																	
Recolección de datos																	
Procesamiento de datos																	
Análisis de resultados																	
Conclusión informe final																	
Tesis final																	
Sustentación																	

Guayaquil, 26 de julio del 2016

Dr. Md. Fernando Quintana Jederman
Jefe del Área de Quemados del Hospital L. Vernaza
Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo, **Karla Valeria Paz Monge**, estudiante de medicina de la UEES, con código estudiantil N° 209100394, y C.C. N° 13010187404, solicito a usted comedidamente se autorice la aprobación para realizar la Tesis de Grado previo a la obtención del título de Médico, con el tema Valoración del Grado de Depresión y Ansiedad en los Pacientes con Quemaduras, en el área de su jefatura en el Hospital Luis Vernaza, en el periodo julio a diciembre del 2016.

Agradezco de antemano la atención a esta solicitud.

Atentamente,



Karla Valeria Paz Monge
C.C. N° 13010187404



Junta de Beneficencia de Guayaquil
HOSPITAL LUIS VERNAZA
Dr. Fernando Quintana Jederman
COORDINADOR DE UNIDAD DE QUEMADOS
REG. MSP

Guayaquil, 28 de julio del 2016

Señores

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

De mis consideraciones:

Por medio de la presente informo a ustedes que se ha procedido a la revisión del Proyecto de Investigación del Srta. Karla Valeria Paz Monge, como requisito para la obtención del título de **MÉDICA**, con el tema:

“VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON QUEMADURAS EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2016”.

Siendo un estudio tipo observacional descriptivo transversal, se han realizado las correcciones pertinentes, por lo tanto pasa a su conocimiento para su evaluación y aprobación definitiva.

El investigador se compromete a presentar los respectivos avances de la investigación a este departamento.

Atte



Dr. Daniel Tettamanti M.
Jefe del Dpto. de Investigación Médica
dtettamanti@central.jbgye.org.ec
PBX: (593) 4 2560300 Ext. 2404



HOSPITAL
LUIS VERNAZA
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 20 de enero del 2017

Señores
Comité Científico del Hospital Luis Vernaza

De mis consideraciones:

Por medio de la presente comunico que ha sido aprobado por este departamento, el anteproyecto del trabajo de investigación de la Srta. Karla Valeria Paz Monge, como requisito para la obtención del título de **MÉDICA**, con el tema:

“VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON QUEMADURAS. HOSPITAL LUIS VERNAZA. SEPTIEMBRE 2016 – FEBRERO 2017”

Atentamente,


H. Junta de Beneficencia de Guayaquil
HOSPITAL LUIS VERNAZA
Dr. Daniel Tettamanti M.
JEFE DEL DPTO. DE INVESTIGACIÓN
REG. HOSP. 4 530 No. 20 010 017 000

Dr. Daniel Tettamanti M.
Jefe del Dpto. de Investigación Médica
dtettamanti@central.jbgye.org.ec
PBX: (593) 4 2560300 Ext. 2404

c.c. Archivo

H. Junta de Beneficencia de Guayaquil
HOSPITAL LUIS VERNAZA
COMITE DE ETICA
EN INVESTIGACION



08 FEB 2017

POR: 

HORA: 12:48

RECIBIDO