

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i1.10944>

Niveles de ansiedad y depresión en pacientes quemados atendidos en un hospital de Colombia

Levels of anxiety and depression in burn patients treated at a hospital in Colombia.

Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez,¹ Katherin Alejandra Gamboa Rodríguez²

Resumen

OBJETIVO: Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes quemados atendidos en un hospital de Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, efectuado entre enero de 2019 y diciembre de 2021. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de quemaduras que cumplieron los criterios de inclusión. Se usaron las escalas de Beck para evaluar ansiedad y depresión.

RESULTADOS: Se incluyeron 214 pacientes, de los que el 70.1% eran hombres. Hubo mayor mortalidad en el grupo de 30 a 39 años. Las principales causas de quemaduras fueron el fuego directo y los líquidos hirvientes. Predominaron las lesiones dérmicas AB que afectaban menos del 20% del cuerpo. Se encontró alta prevalencia de ansiedad (59.3%) y depresión (64%), especialmente en pacientes con intentos de suicidio, estados clínicos críticos y hospitalizaciones prolongadas. Los antecedentes psiquiátricos se asociaron significativamente con estas alteraciones emocionales.

CONCLUSIONES: Las quemaduras producen consecuencias psicológicas relevantes, como ansiedad y depresión, que afectan la calidad de vida. Algunos factores, como la gravedad de la lesión, el estado clínico, la edad, el sexo y los antecedentes psiquiátricos, son predictores decisivos. Se recomienda implementar evaluaciones psicológicas individualizadas e intervenciones integrales desde etapas tempranas.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad; depresión; pacientes quemados; Colombia.

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate anxiety and depression levels in burn patients treated at a hospital in Colombia.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive, longitudinal, and prospective study was conducted between January 2019 and December 2021. All patients diagnosed with burns who met the inclusion criteria were included. Beck's scales were used to assess anxiety and depression.

RESULTS: There were included 214 patients, of which 70.1% were male. The highest mortality occurred in the 30-39 year-old group. The main causes of burns were direct fire and boiling liquids. Most injuries were AB dermal burns affecting less than 20% of body surface. A high prevalence of anxiety (59.3%) and depression (64%) was found, especially in patients with suicide attempts, critical conditions, and prolonged hospitalizations. Psychiatric history was strongly associated with these emotional disturbances.

CONCLUSIONS: Burns cause significant psychological consequences, such as anxiety and depression, affecting quality of life. Factors such as injury severity, clinical condition,

¹ Médico general, especialista en Epidemiología. Maestrante en Epidemiología. Hospital Regional de la Orinoquía, Yopal, Colombia.

² Estudiante de pregrado de Medicina, Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-6001-5720>
<https://orcid.org/0000-0002-1285-8317>

Recibido: abril 2025

Aceptado: septiembre 2025

Correspondencia

Ledmar J Vargas Rodríguez
lejovaro@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Vargas-Rodríguez LJ, Gamboa-Rodríguez KA. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes quemados atendidos en un hospital de Colombia. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (1): 4-12.

age, gender, and psychiatric history are key predictors. Individualized psychological assessments and early comprehensive interventions are recommended.

KEYWORDS: Anxiety; Depression; Burn patients; Colombia.

ANTECEDENTES

Las quemaduras son una de las principales causas de trauma en todo el mundo; es la cuarta causa después de los accidentes de vehículos, las caídas y la violencia. Según las estimaciones de la OMS, cada año se producen en todo el mundo casi 11 millones de lesiones por quemaduras, de las que 180,000 son letales. Este tipo de lesiones representa entre el 5 y el 12% de todas las lesiones en el mundo; cada año afectan a alrededor de 11.5 millones de personas que requieren atención médica.^{1,2}

Los pacientes con quemaduras suelen enfrentar una alta incidencia de problemas psicológicos relacionados con la lesión porque sufren un cambio drástico y traumático en la imagen corporal, especialmente si las quemaduras afectan áreas visibles o si han sufrido amputaciones. Durante su hospitalización, experimentan de manera repentina una alteración significativa en sus rutinas y estilos de vida, lo que los coloca en una situación de mayor vulnerabilidad física y emocional en comparación con otros tipos de pacientes.³

Además de la magnitud física de las quemaduras, su repercusión no se limita al daño corporal; estas lesiones también conllevan graves consecuencias psicológicas. Las personas que sufren quemaduras enfrentan retos físicos y mentales, con un alto riesgo de padecer depresión,

ansiedad, trastorno de estrés postraumático y aislamiento social.⁴

La recuperación de una quemadura no sólo depende del tratamiento médico y funcional, sino que también implica un componente psiquiátrico significativo. Las cicatrices psicológicas, como la angustia emocional y la ansiedad crónica, pueden prolongar las estancias hospitalarias y dificultar la efectividad de los tratamientos.^{3,4} Asimismo, las cicatrices de quemaduras a menudo conducen a la desfiguración, lo que puede causar una imagen corporal alterada, falta de funcionamiento social efectivo y mala calidad de vida para el paciente. La insatisfacción subjetiva con la imagen corporal es un predictor importante del funcionamiento psicológico posterior a la quemadura 12 meses después de la lesión.⁵

La ansiedad, en particular, sobreviene con frecuencia y tiene un efecto negativo en el bienestar general de los pacientes, exacerbando el dolor físico y dificultando la recuperación. Además, las complejidades del tratamiento médico de las quemaduras, que incluyen cirugía, desbridamiento y fisioterapia, intensifican el dolor físico y la angustia emocional, lo que subraya la necesidad de un enfoque de atención integral y multidisciplinaria.⁶

La creciente tasa de supervivencia debido a los avances médicos en el tratamiento de las quemaduras plantea un desafío para la atención a

largo plazo, resaltando la importancia de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Tratar adecuadamente los problemas psicológicos de los supervivientes de quemaduras no sólo mejora su bienestar, sino que también acelera su recuperación física y funcional y les ayuda a recuperar su capacidad de adaptación y su calidad de vida.⁷ La no resolución de estos problemas en la fase aguda puede hacer que evolucionen a morbilidades psiquiátricas crónicas.⁵

Por lo tanto, es decisivo que los cuidados médicos para las personas afectadas por quemaduras incluyan un enfoque holístico que considere los aspectos físicos y psicológicos de la rehabilitación. El objetivo de este estudio fue evaluar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con quemaduras atendidos en un hospital de Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, efectuado de enero de 2019 a diciembre de 2021, que incluyó todos los pacientes que ingresaron a un hospital de Colombia con el diagnóstico de quemaduras.

Criterios de inclusión: pacientes de uno y otro sexo, mayores de 18 años que cumplieran con los criterios de tiempo y lugar de atención. Criterios de exclusión: gestantes, pacientes trasladados a otros centros asistenciales, que fallecieron durante la investigación. No se calculó el tamaño de la muestra porque se incluyeron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Recolección de la información y variables

Los investigadores del estudio recolectaron los datos; contaban con una ficha que contenía las variables de interés; inicialmente, se obtenía la aprobación de participación mediante un consentimiento informado por parte de cada persona, la segunda sección indagaba sobre

variables de interés: edad, sexo, agente etiológico, porcentaje (superficie corporal quemada [menos del 10%, del 10 al 19%, del 20 al 29%, del 30 al 39%, más de 40%]) y profundidad de la quemadura (esquema de Kirschbaum o regla de los 3).

Los niveles de ansiedad y depresión se evaluaron en la cuarta sección del cuestionario, mediante las escalas de Beck que están validadas y adaptadas al español. La escala de Beck para depresión tiene 21 ítems en los que pueden obtenerse de 0 a 63 puntos y la depresión se categoriza como ausente si se obtienen 0 a 9 puntos; leve, de 10 a 18 puntos; moderada, de 19 a 29 puntos, y grave, de 30 a 63 puntos, mientras que el cuestionario de ansiedad de Beck consta de 21 preguntas, que proporcionan una puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 0-21: ansiedad muy baja; 22 a 35: ansiedad moderada, y más de 36: ansiedad severa.

Análisis estadístico y consideraciones éticas

La información recolectada se almacenó en una base de datos de Microsoft Excel 2016 que se procesó con el programa estadístico SPSS versión 27.0. Para evaluar las variables cualitativas se utilizaron medidas de estadística descriptiva para el resumen de la información (cantidad y porcentaje), mientras que para las variables cuantitativas se usaron las medidas de tendencia central (promedio o media aritmética) y medidas de dispersión absoluta (desviación típica).

Los investigadores y todo el personal médico que participó en la investigación tenían experiencia y capacitación para llevar a cabo la recolección de los datos. Basados en la resolución 8430 de 1993, se consideró una investigación sin riesgo; además, para la revisión de las historias clínicas se obtuvo el debido permiso por parte del comité de ética e investigación del Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Se garantizó

la confidencialidad de la información, como requerimiento de los principios éticos asumidos en el estudio, quedando resguardada y sólo se utilizó con fines investigativos o docentes. A los pacientes se les dio la opción de retirarse de la investigación en el momento que así lo decidieran, sin que esto influyera en la atención médica recibida; todos permanecieron a lo largo del estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron 214 pacientes. Respecto de los agentes etiológicos, el fuego directo (32.7%) y los líquidos hirvientes (30.8%) representaron las principales causas de quemaduras; en conjunto sumaron el 63.5% de los casos. Las sustancias inflamables también fueron un factor importante, causando el 21.5% de las quemaduras. Por otro lado, la electricidad (11.7%) tuvo un efecto menor, pero sigue siendo relevante. Por último, el vapor de agua (1.9%) y los ácidos (1.4%) fueron las causas menos frecuentes.

En cuanto a la profundidad de las quemaduras, la mayor parte eran de tipo dérmico AB (79.4%), lo que indica afectación de la dermis y sugiere que gran parte podían ser de segundo grado. Además, un 51.4% de los casos correspondió a quemaduras hipodérmicas, que afectan capas más profundas y pueden ser de tercer grado. En contraste, las quemaduras dérmicas A (16.4%) fueron las menos frecuentes y suelen ser más superficiales. Por su extensión, en la mayoría de los casos, las quemaduras afectaban menos del 20% de la superficie corporal y se distribuyeron en dos grupos: un 30.8% de los casos tenía quemaduras menores al 10% del cuerpo y un 37.4% entre el 10 y el 19%. Sin embargo, las quemaduras más extensas fueron menos comunes: en un 15.4% afectaban entre el 20 y el 29%, un 6.1% entre el 30 y 39% y un 10.3% tenía quemaduras graves (más del 40%), lo que implica un alto riesgo de complicaciones y mortalidad. **Cuadro 1**

Cuadro 1. Agentes causales de las quemaduras

Agente causal	n	%
Físicos		
Fuego directo	70	32.7
Líquidos hirvientes	66	30.8
Sustancias inflamables	46	21.5
Electricidad	25	11.7
Vapor de agua	4	1.9
Químicos		
Ácidos	3	1.4
Profundidad de las quemaduras		
Dérmicas AB	170	79.4
Hipodérmicas	110	51.4
Dérmicas A	35	16.4
Porcentaje de superficie corporal quemada		
Menos de 10	66	30.8
10 a 19	80	37.4
20 a 29	33	15.4
30 a 39	13	6.1
40 o más	22	10.3

Modo de producción, pronóstico de vida y alteraciones psicológicas en los pacientes

Los pacientes con intentos de suicidio tuvieron mayor prevalencia de ansiedad (83.3%) y depresión (66.7%) en comparación con quienes sufrieron accidentes, en los que estos trastornos fueron menos frecuentes (55.9 y 44.1%, respectivamente). En cuanto al pronóstico de vida, los pacientes con condiciones más críticas (crítico extremo) mostraron una alta prevalencia de ansiedad (75%) y depresión (87.5%), en contraste con los sujetos con pronósticos menos adversos, quienes tuvieron menor afectación psicológica.

Respecto de la duración de la hospitalización, los pacientes internados durante más de 30 días mostraron alta prevalencia de depresión (90.5%) y ansiedad (85.7%), lo que sugiere que una mayor estancia hospitalaria podría estar asociada con un efecto psicológico significativo. **Cuadro 2**

Cuadro 2. Relación entre el modo de producción, pronóstico de vida y alteraciones psicológicas en los pacientes

Modo de producción								
Alteración psicológica	Ansiedad				Depresión			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
Accidental (n = 186)	104	55.9	82	44.1	114	61.3	72	38.7
Intento suicida (n = 24)	20	83.3	4	16.7	21	87.5	3	12.5
Intento homicida (n = 4)	3	75	1	25	2	50	2	50
Pronóstico de vida								
Alteración psicológica	Ansiedad				Depresión			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
Leve (n = 13)	7	53.8	6	46.2	9	69.2	4	30.8
Menos grave (n = 45)	19	42.2	26	57.8	23	51.1	22	48.9
Grave (n = 81)	41	50.6	40	49.4	43	53.1	38	46.9
Muy grave (n = 41)	34	82.9	7	17.1	35	85.4	6	14.6
Crítico (n = 18)	14	77.8	4	22.2	15	83.3	3	16.7
Crítico extremo (n =16)	12	75	4	25	12	75	4	25
Pronóstico de vida								
Alteración psicológica	Ansiedad				Depresión			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
≤ 7 días (n = 72)	39	54.2	33	45.8	42	58.3	30	41.7
8-15 días (n =73)	37	50.7	36	49.3	39	53.4	34	46.6
16-21 días (n =27)	17	63	10	37	20	74.1	7	25.9
22-30 días (n = 21)	16	76.2	5	23.8	17	81	4	19
Más de 30 días (n =21)	18	85.7	3	14.3	19	90.5	2	9.5

Distribución de los pacientes respecto del tipo de alteración psicológica

Según el tipo de alteración psicológica, 137 pacientes (64%) tenían depresión, por lo que ésta fue la alteración psicológica más frecuente. Asimismo, 127 pacientes (59.3%) tenían ansiedad. Estos datos sugieren que más de la mitad de los pacientes tenían algún tipo de alteración psicológica, lo que podría indicar la necesidad de intervención psicológica o psiquiátrica en la población analizada. **Cuadro 3**

Relación entre las alteraciones psicológicas y los antecedentes de trastornos psiquiátricos

El **Cuadro 4** muestra la relación entre las alteraciones psicológicas, como ansiedad y depresión, y los antecedentes de trastornos psiquiátricos. En los sujetos con antecedentes psiquiátricos, el 79.1% mostró ansiedad y el 90.1% depresión. En contraste, en los pacientes sin antecedentes psiquiátricos, sólo el 20.9% tenía ansiedad y el 9.9% depresión. Estos resultados evidencian una clara relación entre los antecedentes psi-

Cuadro 3. Distribución de los pacientes respecto del tipo de alteración psicológica

Alteración psicológica	Sí	%	No	%
Depresión	137	64	77	36.0
Ansiedad	127	59.3	87	40.7

Cuadro 4. Relación entre la alteración psicológica y los antecedentes de trastornos psiquiátricos

Antecedente de trastorno psiquiátrico	Alteración psicológica			
	Ansiedad	%	Depresión	%
Sí	72	79.1	82	90.1
No	19	20.9	9	9.9

quiátricos y la coexistencia de estas alteraciones psicológicas porque en quienes tienen antecedentes la probabilidad de padecer ansiedad y depresión fue significativamente mayor en comparación con los sujetos sin historial psiquiátrico. **Cuadro 4**

DISCUSIÓN

Las quemaduras son una de las formas más severas de trauma físico, con implicaciones psicológicas significativas que afectan profundamente la salud mental de los pacientes. Las investigaciones actuales han proporcionado una comprensión más profunda de la prevalencia, los factores contribuyentes y las posibles intervenciones para estos desafíos psicológicos en pacientes con quemaduras.

Las quemaduras no sólo provocan daños físicos, sino que también generan importantes desafíos psicológicos, como la ansiedad y la depresión. En particular, se ha determinado que las altas tasas de ansiedad y depresión están estrechamente relacionadas con las lesiones por quemaduras y su grado de profundidad.⁸

Una revisión sistemática y un metanálisis publicado en el *International Wound Journal* informaron que aproximadamente el 16.1%

de las personas con quemaduras experimentan ansiedad. El estudio también identificó asociaciones significativas entre los niveles de ansiedad y factores como el sexo, la superficie corporal total afectada, el nivel educativo y la naturaleza de las quemaduras.⁹ Asimismo, el estudio transversal efectuado en Pakistán en el periodo de 2019-2020 logró evidenciar que el 53% de los pacientes con quemaduras tuvo síntomas de depresión; sin embargo, la ansiedad fue aún más prevalente, afectando al 89% de los participantes; además, se observó una correlación significativa entre la zona afectada por la quemadura y la ansiedad y la depresión.¹⁰

En este estudio más de la mitad de los pacientes manifestaron ansiedad (59.3%) o depresión (64%); también se evidenció que los pacientes con intentos de suicidio tenían mayor prevalencia de ansiedad (83.3%) y de depresión (66.7%). Del mismo modo, los pacientes en estado crítico extremo tuvieron mayor prevalencia de ansiedad (75%) y depresión (87.5%) en comparación con los sujetos con pronósticos menos adversos, lo que indica la necesidad de intervención psicológica o psiquiátrica en esta población.

Un estudio reciente, efectuado en una unidad de quemados de atención terciaria en Karachi,

Pakistán, informó una prevalencia de depresión del 31.9% en pacientes con quemaduras.

La depresión es un factor importante que afecta la calidad de vida del paciente. Los niveles de depresión se mantuvieron estables al mes, al año y a los dos años después de la quemadura. Esto también puede causar una reducción del funcionamiento corporal.¹¹ Asimismo, los pacientes más jóvenes tienen más probabilidades de experimentar ansiedad y depresión, lo que se atribuye a una mayor presión externa y expectativas sociales que enfrentan, por lo que la edad se considera factor influyente importante porque los pacientes más jóvenes son más susceptibles a la influencia de entornos y más propensos a padecer ansiedad.¹²

Es indispensable evaluar en estos pacientes los predictores de ansiedad y de depresión posquemadura porque su correcta identificación puede acelerar el proceso de tratamiento y recuperación y mantener la salud mental de los pacientes. Ramyar y sus colaboradores evaluaron los predictores de ansiedad y depresión en pacientes con quemaduras; identificaron el sexo, el grupo de edad y el grado de la quemadura como predictores independientes de depresión. En el caso de los trastornos de ansiedad, los predictores incluyeron el sexo, el grupo de edad, la zona de la quemadura clasificada, el estado civil y el nivel educativo.⁴

Estos hallazgos permiten ver la importancia de las evaluaciones psicológicas individualizadas y las intervenciones adaptadas a los perfiles específicos de cada paciente. De igual manera, los antecedentes psiquiátricos y de salud mental permiten ofrecer a los pacientes intervenciones oportunas y una recuperación favorable de forma individualizada. En este estudio los pacientes con antecedentes psiquiátricos tuvieron una probabilidad significativamente mayor de padecer ansiedad (79.1%) y depresión (90.1%), en comparación con los sujetos sin historial psiquiátrico (20.9 y 9.9%, respectivamente).

El tratamiento del paciente quemado debe darse con un enfoque holístico, contemplando al paciente como un ser biopsicosocial y partiendo del efecto psicológico que las quemaduras producen en la imagen corporal y el estrés percibido por el paciente. Las personas con cicatrices visibles de quemaduras suelen experimentar incomodidad en entornos sociales debido a la percepción de atención negativa, lo que provoca mayor estrés y una imagen corporal deteriorada¹³ debido a que las quemaduras pueden obligar a los pacientes a adaptarse a cambios en su apariencia física, lo que puede afectar negativamente la percepción de su cuerpo y hacer que se preocupen por las opiniones de los demás.¹⁴

Esto subraya la necesidad de fomentar redes de apoyo sólidas con el fin de mitigar el malestar psicológico asociado con estas lesiones. Un estudio transversal que incluyó a 120 pacientes centrado en los síntomas depresivos, la ansiedad, la autoimagen alterada y el papel del apoyo social en pacientes con quemaduras reveló que los grados más altos de apoyo social se asociaban con mejores resultados psicológicos.¹⁵

Además de lo anterior, el estigma, la dificultad para aceptar la autoimagen, la pérdida de relaciones, la reincorporación al trabajo y las barreras para recibir cuidados posteriores a largo plazo en la consulta externa del hospital permiten ejemplificar las adversidades que enfrentan los pacientes y cuidadores para integrarse en la sociedad.¹⁴ En consecuencia, la amplia gama de padecimientos secundarios que alteran la homeostasia de forma sostenida concede a las quemaduras la asignación de enfermedad crónica con el fin de mejorar el apoyo y seguimiento a largo plazo.^{16,17}

La capacidad de un paciente para reintegrarse a su vida cotidiana tras una quemadura no está determinada únicamente por los aspectos físicos de la lesión, también depende del respaldo familiar y social, las estrategias de afrontamiento

y su estado emocional y psicológico. Además, se ha encontrado que la participación en grupos de apoyo entre pares favorece una mejor recuperación en el ámbito social. Quienes asisten a estos grupos muestran menos dificultades para involucrarse en actividades sociales, establecer y mantener relaciones interpersonales y comunicarse con desconocidos, en comparación con los supervivientes que no han participado en este tipo de apoyo.^{16,17,18}

CONCLUSIONES

Las quemaduras, más allá de su repercusión física, generan profundas secuelas psicológicas, principalmente ansiedad y depresión, que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes. La evidencia muestra que ciertos factores, como el grado y la localización de la lesión, el estado crítico del paciente, la edad, el sexo y los antecedentes psiquiátricos, son predictores decisivos de alteraciones emocionales. Estos hallazgos resaltan la urgencia de implementar evaluaciones psicológicas personalizadas e intervenciones integrales desde el inicio del tratamiento. Asimismo, el apoyo familiar, social y la participación en grupos de pares son fundamentales para facilitar la readaptación social y emocional; destaca la necesidad de un enfoque holístico y sostenido en el cuidado de los pacientes quemados.

DECLARACIONES

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Propia de los autores.

Uso de IA

Se recurrió a la IA para la corrección de estilo, gramática y coherencia textual. La IA no se utilizó para la recolección, análisis ni interpretación de los datos de la investigación.

Permisos

Todos los cuadros son originales.

REFERENCIAS

1. Bhatti DS, Ul Ain N, Zulkiffal R, et al. Anxiety and depression among non-facial burn patients at a tertiary care center in Pakistan. *Cureus* 2020; 12 (11): e11347. <https://doi.org/10.7759/cureus.11347>
2. Su YJ. PTSD and depression in adult burn patients three months postburn: The contribution of psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry* 2023; 82: 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.03.004>
3. Garnica Escamilla MA, Morales Cruz R, Rodríguez Ochoa N, et al. Terapia audiovisual. Propuesta para disminuir ansiedad en pacientes quemados durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. *Med Crít (Col Mex Med Crít)* 2021; 35 (2): 96-100. <https://doi.org/10.35366/99530>
4. Farzan R, Hossein-Nezhadi M, Toloei M, et al. Investigation of anxiety and depression predictors in burn patients hospitalized at Velayat Hospital, a newly established burn center. *J Burn Care & Res* 2023; 44 (3): 723-730. <https://doi.org/10.1093/jbcr/ira>
5. Jain M, Khadilkar N, De Sousa A. Burn-related factors affecting anxiety, depression and self-esteem in burn patients: an exploratory study. *Ann Burns Fire Disasters* 2017; 30 (1): 30-34.
6. Rahimkhani M, Mohammadabadi A, Askari M, et al. Investigating the impact of patient-centered peer counseling on anxiety and pain among burn patients: A randomized controlled trial. *Burns: J Int Soc Burn Injuries* 2024; 50 (8): 2091-2102. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2024.07.034>
7. Brown NH, Rajo EM, Danos D, et al. Asociación entre la ubicación de las quemaduras y la angustia psicológica: un estudio de la base de datos nacional del sistema de modelos de quemaduras. *J Burn Care & Res* 2024; 45 (4): 1001-1008. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irae063>
8. Alcázar-Gabás M, Fidalgo-Pamplona MP, Laplana-Miguel O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cir Plást Iberolatinoam* 2014; 40 (2): 159-169. <https://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922014000200005>
9. Zabolli Mahdiabadi M, Farhadi B, Shahroudi P, et al. Prevalence of anxiety and its risk factors in burn patients: A systematic review and meta-analysis. *Int Wound J* 2024; 21 (2): e14705. <https://doi.org/10.1111/iwj.14705>
10. Ali G, Khan SA, Ahmed M, et al. Depression and anxiety in correlation to body areas involved in patients of burns. *Pak Armed Forces Med J* 2021; 71 (3): 734-38. <https://doi.org/10.51253/pafmj.v71i3.4088>
11. Meher BA, Mashal BA. Psychological and physiological complications of post-burn patients in Pakistan: A narrative review. *Sultan Qaboos Uni Med J* 2022; 22 (1): 8-13. <https://doi.org/10.18295/squmj.8.2021.118>

12. Chen J, Zhang JF, Xiao X, et al. Nomogram for predicting the risk of anxiety and depression in patients with non-mild burns. *World J Psychiatry* 2024; 14 (8): 1233-1243. <https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i8.1233>
13. Uyar B, Akkoç MF, Bulbuloglu S, et al. Examining the perceived stress and body image in burn patients: A cross-sectional study. *Int Wound J* 2023; 20 (5): 1369-1375. <https://doi.org/10.1111/iwj.13983>
14. Rencken CA, Harrison AD, Aluisio AR, et al. A qualitative analysis of burn injury patient and caregiver experiences in Kwazulu-Natal, South Africa: Enduring the transition to a post-burn life. *Eur Burn J* 2021; 2 (3): 75-87. <https://doi.org/10.3390/ebj2030007>
15. Abdelsalam H, Fawzy N, Elmasry N, et al. Prevalencia de síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, alteración de la autoimagen y rol del apoyo social en pacientes con quemaduras. *Rev Méd Uni Zagazig* 2024; 30 (5): 1563-1572. <https://doi.org/10.21608/zumj.2024.287863.3383>
16. Grieve B, Shapiro GD, Wibbenmeyer L, et al. Long-term social reintegration outcomes for burn survivors with and without peer support attendance: A life impact burn recovery evaluation (LIBRE) study. *Arch Phys Med Rehabil* 2020; 101 (1S): S92-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2017.10.007>
17. Barrett LW, Fear VS, Waithman JC, et al. Fear, understanding acute burn injury as a chronic disease. *Burns Trauma* 2019; 7: s41038-019-0163-.2. <https://doi.org/10.1186/s41038-019-0163-2>
18. Barnett BS, Mulenga M, Kiser MM, Charles AG. Qualitative analysis of a psychological supportive counseling group for burn survivors and families in Malawi. *Burns* 2017; 43 (3): 602-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.09.027>

