



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**TRABAJO SOCIAL Y LA IMPORTANCIA
DE LA ATENCION POST-HOSPITALARIA
A LOS NIÑOS QUEMADOS**



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A N :
RANGEL ZARZA LETICIA
GONZALEZ CARBALLO FILEMON



México, 1993

**TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGS.
Introducción	1
Capítulo I HISTORIA DEL TRATAMIENTO A QUEMADOS	
1.1 Antecedentes Históricos	5
1.2 Instituciones que se Encargan de Atender a los Afectados por las Quemaduras	19
Capítulo II ACCIDENTES	
2.1 Definición de Accidente	22
2.2 Clasificación de los Accidentes	26
2.3 Accidentes en el Hogar	29
2.4 Accidentes en los Niños	31
Capítulo III QUEMADURAS	
3.1 Concepto de Quemadura	35
3.2 Agentes que Producen las Quemaduras	37
3.3 Tipo de Lesiones y Grado	40
3.4 Tratamientos Empleados en el Manejo de las Quemaduras	45
3.4.1 Tratamiento Hospitalario	45
3.4.2 Tratamiento Post-Hospitalario	46
3.5 Efectos Biopsicosociales del Niño con Quemaduras	49
Capítulo IV SISTEMA HOSPITALARIO MEXICANO	
4.1 Antecedentes Históricos del Sistema Hospitalario Mexicano	53
4.2 Atención Médica en México	60
4.3 Hospital Infantil Xochimilco	65

4.4	Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado	68
4.4.1	Origen	68
4.4.2	Objetivos del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado	69
4.4.3	Funciones del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado	72
4.4.4	Estructura del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado	73
Capítulo V TRABAJO SOCIAL MEDICO		
5.1	Ubicación del Trabajo Social Médico	84
5.2	Objetivos del Trabajo Social Médico	95
5.2.1	Objetivo General	95
5.2.2	Objetivos Específicos	95
5.3	Funciones de Trabajo Social en el Area de la Salud	98
5.4	Trabajo Social en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado	107
Capítulo VI INVESTIGACION DE CAMPO		
6.1	Justificación	113
6.2	Planteamiento del Problema	114
6.3	Objetivos	116
6.4	Planteamiento de Hipótesis	117
6.5	Tipo de Investigación	125
6.6	Diseño de Instrumentos	125
6.7	Selección de la Muestra	126

6.8	Recolección de Datos	126
6.9	Tratamiento Estadístico	127
6.9.1	Interpretación de los Resultados Obtenidos en las Encuestas Aplicadas a los Padres de Familia	127
6.9.2	Interpretación de las Cédulas Aplicadas a los Profesionistas que Laboran en el Instituto	177
6.9.3	Conclusiones de la Interpretación de Resultados	197

**Capítulo VII INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL
INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL
NIÑO QUEMADO**

7.1	Proyecto de Intervención de Trabajo Social en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado	207
	Conclusiones	215
	Sugerencias	223
	Bibliografía	225
	Anexos	232

INTRODUCCION.

En México ocurren un gran número de accidentes en el hogar, entre los cuales se ubican los que producen quemaduras, y que afectan sobre todo a los niños, ya que en él es donde permanecen la mayor parte del tiempo, sea por descuido, inexperiencia, inquietud o curiosidad.

Los problemas que se generan en los lesionados por quemaduras son diversos, ya que una quemadura es posiblemente el traumatismo más severo y complejo al que puede ser sometido un ser humano, pues, incluye desde aspectos orgánicos hasta los psicológicos y sociales.

La investigación sobre este tema tiene importancia, dado que los trastornos emocionales que se generan en los lesionados por quemaduras, en este caso la población infantil, se ven afectados en la secuencia y ritmo de su desarrollo y su equilibrio psicológico y social y, de la misma manera que vivir con una enfermedad física y adaptarse a ella puede representar problemas muy importantes para el niño y su familia; aunque muchos niños y sus familias consiguen una adaptación razonable que les permite una vida fecunda, todos experimentan dolor y sufrimiento.

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación enfocada a la población infantil que ha presentado este

tipo de lesiones, principalmente aquéllos que proceden de familias de escasos recursos económicos, ingresen al Hospital Infantil Xochimilco y son atendidos en coordinación con el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, institución que proporciona rehabilitación psicológica y fisiológica al menor quemado; tanto en el período de hospitalización como después de éste (el tratamiento post-hospitalario). Y se centra en conocer porqué un alto índice de los pacientes que son dados de alta no regresan a recibir el tratamiento post-hospitalario, tan de vital importancia, a fin de que ellos superen todos los trastornos que originan al ser afectados por las quemaduras.

La investigación busca llenar un vacío, ampliar el campo de acción en esta área del trabajo, así como, de ser posible, hacer nuevos aportes sobre el tema, sobre todo, dar alguna alternativa de solución: un proyecto para tal fin.

El trabajo tuvo aproximadamente un año de duración y comprendió el diseño de dos instrumentos, la selección de una muestra, el análisis de expedientes, la realización de entrevistas, visitas domiciliarias y la aplicación de un cuestionario a los familiares de los pacientes atendidos en el Instituto en el período comprendido de Enero de 1991 hasta Junio de 1992, y otro específico a los profesionistas que laboran en el Instituto.

En el capítulo I se tratan los antecedentes históricos de

las quemaduras, y las instituciones que se encargan de atender a los afectados por las quemaduras, y su tratamiento. Se pretende con ello ubicar a través de la historia, cómo se ha venido dando esta problemática, así como de los primeros métodos empleados para sanar las quemaduras hasta los métodos actuales.

En el segundo capítulo se hace alusión al conjunto de accidentes; se definen y clasifican estos y, dentro de la clasificación de los accidentes, se determinan los tipos de accidentes más comunes en la población infantil dentro del hogar.

En el tercer capítulo se ubica todo lo referente a las quemaduras (concepto, agentes que la producen, tipo de lesiones y grado), los efectos biopsicosociales que ocasionan las quemaduras y los tratamientos que se emplean para atender a los afectados por las quemaduras (tratamiento hospitalario y post-hospitalario), con la finalidad de brindar al lector una idea clara de lo que son las quemaduras y de las consecuencias que generan.

En el capítulo IV se presentan los antecedentes históricos del sistema hospitalario y de la atención médica en México; se hace referencia a aquéllos que atienden a los afectados por las quemaduras y se ubica al Hospital Infantil Xochimilco y al Instituto, al tiempo que se describen sus funciones, objetivos, etc.

El capítulo V da cuenta del lugar que ocupa Trabajo Social,

sus objetivos, funciones y del perfil profesional de este profesionalista en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, elementos que sirven de base para entender cuál es la participación del Lic. en Trabajo Social en el área médica y de su participación en esta problemática.

En el capítulo seis, se presenta el proceso de investigación realizado, los resultados producto de la investigación de campo, que comprendió a los padres de familia y a los profesionales del Instituto, a fin de obtener un amplio panorama sobre la participación de cada uno de ellos en el tratamiento post-hospitalario de los pacientes que han sido afectados por las quemaduras.

Finalmente en base a los resultados obtenidos en la investigación tanto a nivel teórico como práctico se presenta una propuesta de intervención del Lic. en Trabajo Social en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado.

CAPITULO I HISTORIA DEL TRATAMIENTO A QUEMADOS.

1.1 Antecedentes Históricos.

Con el descubrimiento del fuego se abrieron nuevos horizontes para el hombre, debido a las grandes ventajas que pudo obtener de él, ya que por medio del mismo obtuvo calor, protección y pudo cocer sus alimentos; sin embargo, ante tal descubrimiento - también obtiene ciertas desventajas entre las cuales podemos mencionar las quemaduras. Fue precisamente el hombre de Neanderthal el primero que las sufre y, por ende, el primero en utilizar un tratamiento local con base en extractos de plantas existentes en esa época.

Las primeras civilizaciones del mundo contaban con un elevadísimo nivel en la técnica del fundido de los metales, empleaban tanto el carbón vegetal como el mineral y aceites; aspectos que probablemente contribuían a las lesiones por quemaduras. Es por ello, que en estas civilizaciones es donde encontramos algunos -tratamientos para las quemaduras; por ejemplo: Los egipcios utilizaron mezclas a base de leche, sobre todo de mujeres que amamantaban a sus hijos, y cubrían el área afectada hasta que regeneraba nueva piel.

Al respecto nos dice Capistrán: "En el papiro de Smith que data de 1,500 años A.C., se describen algunas preparaciones con

base en aceites, miel y cera, mantecas semejantes a las reportadas en el papiro de Ebers, que data más o menos de la misma época, agregando algunas con base en cerveza, y barro negro o hechizos acompañados con la aplicación de goma, pelo de morueco y leche de una mujer que hubiera tenido un hijo varón". (1)

Posteriormente, los chinos inventaron la pólvora, la que utilizaban para la elaboración de fuegos artificiales, lo que tal vez daba lugar a una mayor incidencia en las quemaduras. Se tiene conocimiento de que aplicaban hojas de té directamente sobre las quemaduras para disminuir el dolor, las cuales tenían algunas propiedades similares a las del ácido tánico, así mismo utilizaban emplastos, linimientos y pomadas.

Al igual que los egipcios, los griegos también conocieron el fundido de los metales, además quemaban el azufre que les servía para purificar, este producto; también lo utilizaban en sus prácticas religiosas. En los casos de quemaduras, Hipócrates -- (430 años A.C.), conocido como el padre de la medicina griega, -- recomendaba aplicar sobre las quemaduras un emplasto compuesto -- con manteca de cerdo viejo fundida en resina y betún, aplicado -- en una venda.

(1) Dr. Capistrán Guadalajara Arturo; Historia de las Quemaduras; Ed. Dirección General de Servicios Médicos del Distrito Federal; México; 1990. p.2.

Galeno utilizaba vinagre como tratamiento local y algunas otras sustancias se utilizaban para cambiar el p.H de la herida y disminuir la infección.

Durante la Edad Media los alquimistas empezaron a descubrir y utilizar los ácidos para la realización de sus experimentos lo que probablemente daba lugar a que constantemente ocurrieran explosiones o reacciones químicas diversas, que dañaban al organismo .

En los siglos XIV y XVI, se realizaron importantes innovaciones que ayudaron a la transformación de la vida del hombre, entre ellas podemos mencionar el perfeccionamiento de las armas de fuego, el uso de la artillería y el empleo de mechas; al mismo tiempo que se empezaron a explotar los minerales en grandes cantidades, lo cual exponía a un gran número de hombres a las explosiones provocadas por los gases al cavar el subsuelo. Surge una era pre-industrial y la lucha por el poder. En el campo de la medicina se utilizaba aceite hirviendo para limpiar las llagas y se cauterizaba al rojo vivo las heridas de los amputados.

Es precisamente en estos siglos cuando se llevan a cabo importantes descubrimientos en el campo de los tratamientos de las quemaduras.

Giovani Divigo descubre que al desarrollarse vesículas profundas, la acción del fuego espesa la piel haciéndola dura y tensa, afectando otras regiones del área lesionada y señalaba que:

"Una quemadura que provoca escaras no es tan superficial y no es tan dolorosa, conserva un aspecto feo y rugoso y necesita quitarse; si la quemadura afecta sitios de flexión, no se deben dejar pegar a otros. Se debe hacer un desbridamiento temprano de la escara sobre todo en mano, hasta encontrar tejido sano". (2)

Ambrocio Pare utilizaba la tinta y emplastos hechos con cebollas adicionadas de sal para la cura de esta clase de lesiones, así mismo descubrió que los pacientes con quemaduras perdían calor por lo que recomendaba que se les mantuviera abrigados.

William Cloves en 1956 publicó el primer libro sobre quemaduras ocasionadas por la pólvora y su tratamiento.

Los fuertes movimientos sociales de los siglos XVII y XVIII (guerras civiles y externas), así como el empleo cada vez mayor de los diferentes ácidos, atrajo la atención de los médicos sobre el tratamiento de las quemaduras de manera más profunda; es así como en 1607 Guihelmus Fabricius Hildanus publicó su libro -

(2) Ibidem, p.4.

titulado "DE COMBUSTIONIBUS" en el que clasifica las quemaduras de acuerdo a su profundidad, en tres grados y, a su vez, inicia el manejo de las retracciones cicatrizales utilizando aparatos hechos a base de cuerdas.

En 1797, Edwar Kentish publicó el libro titulado "AN ESSAY OF BURNS", en el que establece las bases científicas para el tratamiento de las quemaduras como fueron la aplicación de frío y calor, el uso de vino ingerido como estimulante y una dieta nutritiva hasta que la escara fuera eliminada.

En el siglo XIX, la industria de las sustancias explosivas se empezó a perfeccionar al utilizar componentes químicos en la fabricación de potentes explosivos. Aunque la nitroglicerina era ya utilizada desde tiempo atrás para abrir minas, no fue sino hasta 1862 cuando se empezó a usar en forma de dinamita, ya que se había observado que estallaba al menor choque produciendo terribles accidentes durante su transporte; trayendo como consecuencia serias quemaduras en el cuerpo, y la muerte de muchos.

En estas mismas fechas se empezaron a fabricar las cerillas químicas, que contenían una mezcla de clorato potásico y azufre y, para prenderlas era necesario mojarlas con ácido sulfúrico. En 1833 son substituídas por las cerillas fosfóricas, mismas que posteriormente fueron perfeccionadas pues, en lugar de utilizar fósforo amarillo venenoso se empezó a emplear el fósforo rojo --

inocuo; sin embargo, estos se inflamaban espontáneamente al más pequeño roce ya que tenían el fósforo en la cerilla, lo que ocasionaba diversos casos de quemaduras.

El petróleo se empezó a emplear de manera generalizada como combustible en lámparas en substitución del aceite, también se empiezan a utilizar sus derivados, como es el caso de la gasolina.

En el tratamiento de las quemaduras se lograron grandes avances que perduran hasta nuestros días.

"En 1823 Guillaume Dupuytren clasifica las quemaduras en seis grados de acuerdo a su profundidad, así mismo refiere cuatro periodos de la quemadura:

- a) Irritación.
- b) Inflamación.
- c) Supuración.
- d) Agotamiento." (3)

También describe la asociación entre quemadura y hemorragia intestinal, otra de sus aportaciones fue haber iniciado el baño en forma terapéutica.

(3) Ibidem, p.5.

En el año de 1842 Curling describe "Ulceras de Stress" llamando así la atención sobre las repercusiones generales de las quemaduras.

Syme en 1833 propone la utilización de apósitos a presión y bajo su dirección funcionó el primer hospital de quemados en -- Edimburgo, Escocia. En 1835 Lizfrank sugiere que los apósitos -- sean húmedos con solución de sodio y calcio, con lo que posiblemente se marcó el inicio del método cerrado que con sus indicaciones precisas se continua aplicando. Ese mismo año, Sir George Balligal describió la evolución de los diferentes tipos de quemaduras.

Alrededor de 1876 Riverdin, Thiersch y Wolfe describen los injertos (procedimiento técnico médico), lo que representó un importante avance en la cirugía y ha llegado a ser de vital importancia en el tratamiento de los pacientes quemados.

El desarrollo de la tecnología en el siglo XX, ha dado lugar a la producción de innumerables productos de fácil adquisición aunque en muchas ocasiones estos constituyen un riesgo para las personas, puesto que estos productos suelen ser tóxicos, inflamables, corrosivos, etc., tal es el caso de los ácidos que se emplean en la fabricación de limpiadores. En el caso de los energéticos, se encuentran el petróleo y sus derivados (gasolina -- blanca, thiner), gas, electricidad, etc., y la energía nuclear, -

esta última ha ocasionado graves accidentes en algunas centrales nucleares; ya que la radiación que emana de estas, suele producir quemaduras de 1º, 2º y 3er. grado.

La proliferación de sustancias químicas, el uso inadecuado de la maquinaria, el almacenamiento de materias primas inflamables y la falta de medidas de seguridad, dan como resultado un gran número de accidentes que producen quemaduras. Si a todo esto le sumamos la gran cantidad de aparatos electrodomésticos; - planchas, licuadoras, lavadoras, etc., el problema se acrecienta más.

En la industria bélica se empezaron a utilizar armas de fuego cada vez más sofisticadas, entre las cuales se pueden mencionar el lanzallamas que se utilizó para proyectar combustible encendido, dando origen a quemaduras que producen y causan la muerte; la bomba atómica que ocasiona lesiones térmicas y radiactivas; las que pueden asociarse a lesiones por efecto explosivo; - la bomba de nepalm y; los defoliantes (productos químicos), que destruyen la vegetación, la utilización de gases vescicantes o - fósforo en los proyectiles, originaban quemaduras graves y un índice alto de muertes.

Las respuestas que el hombre ha dado a tal situación son variadas, por ejemplo, en 1900 el Dr. Sneve, habla sobre la aplicación de injertos y del tratamiento del choque, siendo el prime

ro en preocuparse en la restitución de líquidos administrando soluciones salinas por vía oral y aún por vía intravenosa.

Aproximadamente en 1914 se utilizaron cera y parafinas para el tratamiento de las quemaduras perdurando hasta 1925, cuando - Davison introdujo el ácido tánico, sin embargo, Me'clure y Har--kin descubren que la acción de esta substancia resulta nociva sobre el parénquima hepático.

De igual manera Aldrich y Wilson estudiaron las infecciones de las quemaduras provocadas por el estreptococo y establecieron el triple colorante que lleva su nombre.

"En 1930 George Paek recomienda el uso de sangre en rela--ción con el choque que se presenta en el gran quemado". (4)

En 1950 Dogo sugiere la utilización de los homoinjertos; - siendo Brown el que los popularizó, "indicándolos como apósitos biológicos para disminuir el dolor, la pérdida de líquidos y - - electrolitos, la cuenta bacteriana y como preparación de áreas receptoras". (5)

En 1960 hacen su aparición los xenoinjertos sobre todo de -

(4) Ibidem, p.6.

(5) Ibidem.

piel de cochino, mismos que siguen utilizándose en la actualidad.

En su obra intitulada "Tratamiento de las quemaduras" Johnson sintetiza el proceso que ha seguido la relación quemadura---tratamiento, en el presente siglo, y nos dice: "La devastación personal, social y económica, que causan las lesiones producidas por quemaduras incitó la investigación clínica básica y extensa del manejo de las mismas en las décadas que siguieron a la 2ª -- Guerra Mundial. Conforme la mortalidad comenzó a descender y los pacientes sobrevivieron a quemaduras más extensas se hicieron -- evidentes las incapacidades secundarias". (6)

Por los factores sociales, económicos; más recientemente, - surgió la necesidad de contar con miembros de otras disciplinas médicas en el tratamiento de pacientes con quemaduras. De esta - manera empezaron a trabajar de manera conjunta enfermeras, fisio terapéutas, terapéutas ocupacionales, dietistas, trabajadores so ciales, fisiatras, psicólogos y terapéutas recreacionales.

En la década de los sesentas, por ejemplo, aumentaron las - esperanzas de sobrevivencia de los lesionados por las quemaduras debido al avance de las instalaciones y medicamentos, sin embar- go, la fisioterapia se iniciaba una vez que el paciente era dado

(6) Johnson L. Carole; Tratamiento de las Quemaduras; Ed. El - Manual Moderno S.A. de C.V., México, D.F., 1983. p.2.

de alta.

Al igual que en otras civilizaciones, el fuego constituyó un importante elemento para los pueblos prehispánicos, ya que -- era utilizado para la cocina, la calefacción y para las artesanías, como la alfarería que se hacía a base de leña; también se usaba el carbón de leña en la fundición de metales.

Para estos pueblos el fuego era muy importante, ya que lo -- utilizaban para sus ceremonias religiosas (7). Y también constituyó un serio peligro puesto que en los ritos religiosos solían quemarse, brazos, piernas y parte del cuerpo, a modo de sacrificio (8).

Durante la conquista, los españoles quemaban las chozas de los indígenas, también les quemaban las plantas de los pies y -- les aplicaban aceite caliente en el cuerpo para torturarlos.

Al respecto nos dice De Las Casas: "Los indios de la Nueva España eran quemados para que revelaran el secreto de los tesoros, se les ponía un cepo por los pies, el cuerpo extendido era

(7) Riva Palacio D. Vicente; México a Través de los Siglos; -- Tomo II, 27ª edición, Ed. Cumbre, S.A., México, 1981. -- p.190.

(8) Ibidem.

atado a un madero, se colocaba un bracero junto a los pies y un muchacho le untaba aceite caliente en el cuerpo". (9)

"En México los primeros tratamientos (de quemaduras) se basaban en una serie de mitos y creencias los cuales varían de región en región.

Algunos de estos eran lodo, cataplasma de hierbas y manteca, sávila, petróleo, clara de huevo, nopal, lavados de una hierba llamada morrilla, entre otros". (10)

La corteza de pérlamo quemada era de propiedades astringentes para sanar las quemaduras y la piel escoriada.

En el período Colonial, los indígenas eran marcados con hierros candentes; también se empezó a utilizar la pólvora para abrir caminos, construir largos túneles y para detectar yacimientos minerales, a su vez se contaba con enormes hornos para la fundición y separación de metales (sistema de patio, azogue, etc.).

(9) De las Casas Fray Bartolomé; Brevísima Relación de la Destrucción de las Indias; 3ª edición, Ed. Fontamara, Barcelona-España, 1981. p.62.

(10) Cadena Gutiérrez Reyna Ivon; Los Diferentes Tratamientos que se dan... Tesis UNAM-ENTS., México, 1988. p.30. (El texto entre paréntesis es nuestro).

Durante este período surgen las primeras industrias para la fabricación de pertrechos de guerra, cartuchos, cohetes y fuegos artificiales.

Para el alumbrado de las casas y templos se utilizaban las velas y para el alumbrado público se utilizaba la lámpara de -- aceite de nabo.

En la inquisición, entre los tormentos (acciones de carác-- ter intencional), que se listan, se encuentra el de colocar a -- las personas sobre una plancha de metal caliente o bien aplicar-- les el tormento de "bracero".

Todo ello pudo contribuir a que se presentaran lesiones por quemaduras entre la población. Cabe señalar también que, durante este período (el colonial), los tratamientos para las quemaduras eran producto de una combinación de los tratamientos indígenas y los traídos de Europa por los españoles.

En el siglo XIX, ya entrada la época independiente, apare-- cen por un lado, enormes industrias que fabrican y trabajan el -- vidrio, fósforo y que llevan a cabo la fundición del hierro y -- fundición de cañones, y, por otra parte, el alumbrado que consu-- mía gas o líquido de trementina; mientras que en las guerras se utilizaba la pólvora, los cañones, la dinamita que probablemente provocaban enormes incendios y por consecuencia dieron lugar a -

un gran número de afectados por quemaduras.

A su vez, la industria química, siderúrgica y la petroquímica del siglo XX da lugar a la expansión y distribución de productos inflamables, creciendo con ello, como es de esperarse, el número de pacientes quemados.

En la actualidad, algunos hospitales cuentan con una sección de quemados en donde se han retomado los diversos (antiguos y modernos) tratamientos empleados para la atención a quemados.

1.2 Instituciones que se Encargan de Atender a los Afectados por las Quemaduras.

El origen de los hospitales se remonta a la antigüedad. Por ejemplo, mientras en la India, Arabia y Persia, los gobernantes mantuvieron hospitales en los tiempos más remotos; en Egipto, - Grecia y Roma se utilizaron los templos para atender a los enfermos.

Se tiene conocimiento de que en Egipto se abrieron clínicas varios siglos antes de la era cristiana.

En Roma aparecen los templos de Esculapio como principales centros de curación, en dichos lugares los enfermos eran atendidos por los sacerdotes. La Isla de San Bartolomé, en el Tíbet, - sirvió de refugio para los esclavos y enfermos pobres. Esto constituyó una primera forma de hospital general.

El desarrollo de los hospitales en Roma se debió básicamente a la actividad bélica de este pueblo y en los campos de batalla se contaba con la colaboración de un médico militar, quien se encargaba de dar un tratamiento preliminar a los enfermos y heridos.

Es posible que en estos lugares se atendieran a las personas que sufrían por quemaduras.

Durante la Edad Media el desarrollo de los hospitales estuvo influido por el cristianismo. En todos los monasterios, se -- contaba con un área de enfermería, donde se recibía probablemente a toda clase de enfermos y heridos. A su vez surgen diversas hermandades y órdenes religiosas para atender a los dolientes.

Durante este período los hospitales contaban con graves deficiencias entre las cuales podemos mencionar: promiscuidad de -- pacientes de distintas enfermedades en la misma sala e incluso -- en la misma cama, ignorancia del mecanismo de transmisión de enfermedades contagiosas, desconocimiento de numerosas enfermedades, carencia de anestésicos y sobre todo falta total de asepsia.

En el Renacimiento (siglos XIV-XVI) se realizaron modificaciones en los hospitales, ya que se mejoraron sus condiciones higiénicas, de la misma manera empiezan a aparecer hospitales especializados; por ejemplo los militares. En el siglo XVI nace lo -- que puede considerarse como el hospital moderno, que es una institución que lucha contra las enfermedades y una entidad estatal, más que como resultado de la mera caridad.

En el período Barroco (s. XVI mediados XVIII) el gran número de enfermedades, de guerras, y el aumento de las ciudades, motivaron un importante crecimiento hospitalario.

En 1730 se empezaron a construir pabellones separados para

atender las distintas enfermedades y lesiones. Tal es el caso - del hospital L' Hotel Dieu de París que contaba con una sala para la atención de los heridos de guerra. En el siglo XVIII surgieron así mismo, los primeros hospitales infantiles, también se empezaron a generalizar los hospitales públicos.

En el siglo XIX los hospitales todavía presentaban graves - deficiencias de orden sanitario; sin embargo, gracias a los conocimientos bacteriológicos logró mejorarse este aspecto.

Fue en 1833 cuando se fundó el primer hospital para quemados en Edimburgo, Escocia.

Los hospitales modernos pueden clasificarse en hospitales - generales y especiales; el hospital general necesita estar equipado para atender toda clase de enfermedades, y frecuentemente - es grande. El hospital especial es pequeño y requiere sólo del - equipo necesario adaptado a su finalidad particular. En algunos de estos hospitales se cuenta con una sala para la atención de - pacientes con quemaduras.

CAPITULO II

ACCIDENTES.

2.1 Definición de Accidente.

"El accidente puede definirse como un suceso inesperado e imprevisto que puede producir una lesión". (11)

"La Real Academia Española lo identifica como un suceso eventual o acción de la que involuntariamente resulta un daño para las personas o las cosas". (12)

"El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud establece que el accidente es un acontecimiento no premeditado, cuyo resultado es un daño corporal identificable". (13)

En las anteriores definiciones podemos apreciar que el accidente reúne las siguientes características: Es un suceso imprevisto, es decir, no se sabe cuando va a ocurrir, y; siempre va a tener como consecuencia una lesión y en ocasiones va a generar un trauma.

(11) I.M.S.S.; Accidentes; México; 1980. p.199.

(12) Escobar Picasso E., Carpio Utrilla O.; Accidentes y Violencias en Pediatría; 1ª edición, Ed. Salvat, México; - - 1985. p.7.

(13) Ibidem.

Se entiende por lesión a "todo aquel cambio patológico que se produce en un tejido o en órganos sanos. Desde el punto de vista médico legal; resulta de una violencia externa que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional".

(14)

Las lesiones se clasifican en:

"Graves.- Aquéllas que provocan pérdida o inutilidad de un miembro u órgano, o incapacitan para el trabajo habitual por un período superior a los treinta días.

Menos graves.- Las que suponen una inutilidad para el trabajo por un período entre quince y treinta días.

Leves.- Las que no impiden el trabajo habitual, o si lo impiden es por un período inferior a los quince días." (15)

El trauma puede considerarse como todo acontecimiento súbito o brutal, que produce en el sujeto que lo sufre transformaciones más o menos profundas, más o menos reversibles; se presenta cuando el individuo se enfrenta a efectos intolerables de dolor, temor, angustia, o vergüenza; los cuales persibe como a-

(14) Braier L.; Diccionario Enciclopédico de Medicina; 4ª edición, Ed. JIMS, Barcelona; 1979. p.526.

(15) Diccionario Manual de Medicina y Salud; 1ª edición, Ed. - Vox Monográficos, Barcelona, 1979. p.199.

menazantes de su capacidad para enfrentarse a ellos. También se altera el desarrollo de la existencia y la relación con el mundo.

"El trauma psíquico que se presenta en los lactantes y niños mayores, difiere del de los adultos, ya que las capacidades psicológicas, cognitivas y de imágenes mentales están mucho mejor desarrolladas en estos últimos". (16)

Después de un trauma psíquico, durante toda la vida, los niños padecen de un terror aprehensivo de que vuelva a presentarse esa situación. Cabe señalar que el trauma suele presentarse en aquellas personas que han sufrido lesiones por quemadura.

Finalmente podemos decir que los accidentes ocurren en cualquier lugar sin respetar edad ni sexo.

Sin embargo, para que un accidente se produzca se deben presentar los siguientes factores.

a) Existencia de una condición insegura esto es, hay algo en el ambiente que más tarde o más temprano causará accidente, por ejemplo: una caldera abierta, un escalón en mal estado, un

(16) Kolb C. Lawrence; Psiquiatría Clínica; 6ª edición, Ed. Interamericana, México, D.F., 1988. p. 168.

tanque de gas defectuoso, una clavija en mal estado, etc.

b) La existencia de una práctica inadecuada esto es, que alguien está haciendo las cosas de una manera que además de no ser la adecuada resulta peligrosa, por ejemplo: jugar con cerillos, conducir en estado de ebriedad, dejar recipientes con agua hirviendo en el piso, etc.

2.2 Clasificación de los Accidentes.

La clasificación de los accidentes resulta muy compleja debido a que intervienen varios factores, sin embargo, la más común es la siguiente:

- a) Accidentes en el hogar.
- b) Accidentes de trabajo.
- c) Accidentes de tránsito.
- d) Otros accidentes.

Accidentes en el hogar.-- Dado la importancia de este punto, se retomará en el siguiente apartado.

Accidentes de trabajo.-- "El accidente es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo cualquiera sean el lugar y el tiempo en que se presentan". -
(17)

El empleo de residuos inflamables en forma sólida, líquida o gaseosa (papel de desecho, desperdicio de madera, depósitos de lodos inflamables, alcohol industrial, etc.), constitu-

(17) Aguirre Martínez Eduardo; Seguridad Integral en las Organizaciones; Ed. Trillas, México, 1980. p.10.

yen peligros de proporción considerable ya que si se eliminan en forma defectuosa pueden ocasionar incendios y explosiones y, por ende quemaduras entre los trabajadores.

El manejo de recipientes que son sometidos al fuego (calderas), el contacto con objetos cargados eléctricamente, con sustancias químicas, con objetos calientes y el manejo de materiales caústicos o corrosivos también suelen ocasionar quemaduras en los trabajadores.

Accidentes de tránsito.- Generalmente este tipo de accidentes ocurren por la imprudencia de los conductores teniendo como consecuencia un número considerable de heridos, muertos y daños materiales. Tanto los menores de edad como los ancianos son los más afectados.

Se cree que el mayor número de accidentes ocurre en las carreteras, sin embargo, estos tienen una mayor incidencia en las zonas urbanas.

Cabe señalar que casi la tercera parte del total de incendios que se producen en los automóviles se debe a fallas del sistema eléctrico; en otra proporción semejante; los incendios se producen en el motor, y muchos otros son resultado de choques o de cigarrillos encendidos que caen en la tapicería. En este caso las quemaduras causadas por este tipo de accidentes son

muy severas.

2.3 Accidentes en el Hogar.

Dado que nuestra investigación se enfoca principalmente en la población infantil, retomaremos los accidentes en el hogar, - que es el sitio donde el niño se desarrolla cotidianamente y - por ende, el lugar donde puede accidentarse.

En México el 50% de los accidentes ocurren en el hogar. El crecimiento acelerado de la población, principalmente en las - ciudades ha traído como consecuencia que en departamentos y viviendas improvisadas vivan un gran número de personas; esto da como resultado un alto índice de accidentes en el hogar. A todo esto debemos aunar la variedad de aparatos electrodomésticos útiles en el hogar como son estufas, licuadoras, televisores, lavadoras, etc., así como el uso de un gran número de productos - tóxicos; tales como: insecticidas, detergentes, corrosivos, lubricantes, limpiadores, raticidas, lustradores, plaguicidas, - etc., que muchas veces son colocados en envases inadecuados, favoreciendo los accidentes.

Entre los accidentes que ocurren en el hogar no podemos dejar de lado aquellos que ocasionan quemaduras, las cuales pueden ser ocasionadas por la imprudencia de los adultos al dejar al alcance, sobre todo de los niños, el agua hirviendo, sartenes con aceite caliente, planchas conectadas, etc. Así mismo podemos mencionar las quemaduras de diversos grados causadas por

los incendios en el hogar que son ocasionados principalmente por las estufas, colillas de cigarrillos, cerillos y veladoras entre otras; cuando se encuentran encendidos y cerca de ellos hay objetos que se inflaman facilmente. También las instalaciones eléctricas suelen ocasionar incendios en el hogar y por ende quemaduras, cuando se encuentran en mal estado.

El riesgo de quemadura es más grande en los hogares de familias de bajos ingresos económicos por existir, generalmente, un número mayor de personas y por el espacio reducido de la casa-habitación, en los que a veces sólo se cuenta con dormitorios, cocina y cuarto redondo (cuarto único donde llevan a cabo todas las actividades, cocinar, dormir, etc.). Y muchas veces se ven en la necesidad de calentar el agua para bañarse, lo que va a constituir un serio peligro para los niños, ya que muchas veces por descuido se deja el líquido en lugares de fácil alcance para los infantes.

2.4 Accidentes en los Niños.

En la medida en que en México se han ido desarrollando y asimilando tecnologías más avanzadas, se ha visto un importante incremento en el índice de los accidentes a tal grado que han llegado a ser la principal causa de mortalidad infantil.

"En cuanto al accidente pediátrico, en 1970, los accidentes ocuparon el 4º lugar como causa de la mortalidad entre los niños de 1 a 4 años, en 1974 subieron al 3º al abatirse las cifras de mortalidad de sarampión; entre los 5 y 14 años, en 1980 representaron la 2ª causa de muerte y en 1984 ocuparon ya el primer puesto, representando el 22.3 de las muertes". (18)

De estos accidentes tenemos que alrededor del 15% son por quemadura. Ahora bien, hay que tomar en cuenta que muchas veces los accidentes ocasionan graves sufrimientos, invalidez permanente o transitoria y desfiguración física entre otros. También hay que considerar que mientras más pequeño sea el niño con problemas de este tipo, va a representar una mayor carga económica para la familia.

Entre los accidentes que con mayor frecuencia sufren los -

(18) Pícazo Michel Eduardo; Urgencias Médicas en Pediatría; 1ª edición, Ed. Francisco Méndez; México, 1981. p.241.

niños, en una escala de mayor a menor, podemos mencionar los siguientes: traumatismo cráneo encefálico, fracturas, quemaduras, intoxicaciones, envenenamiento, aspiración o introducción de cuerpos extraños y asfixias.

Traumatismos craneoencefálicos.- "Son lesiones traumáticas de cualquier región de la cabeza: tejidos blandos, órganos de los sentidos, cráneo y cerebro; pero sólo se aplica comúnmente cuando existe participación traumática del encéfalo o cerebro. Las lesiones del cráneo por sí solas son de poca importancia para la vida y la integridad del paciente, puesto que los huesos curan con rapidez; reviste una importancia vital cuando los fragmentos óseos comprimen el cerebro o penetran en él, cuando el aire puede penetrar en la cavidad endocraneal o cuando se lesionan los vasos sanguíneos que circulan por la superficie interna del cráneo y se producen hemorragias, compresiones e irritaciones del encéfalo." (19)

La fractura es la ruptura de un hueso debido a un traumatismo violento o de modo espontáneo (patológicas). Las fracturas traumáticas "se presentan cuando existe una fuerza que supera la resistencia mecánica del tejido óseo; mientras que las patológicas necesitan de una fuerza mínima para producirse y a ve

(19) Gran Enciclopedia del Mundo; 12ª edición, Ed. Durvan, S.A., Bilbao, 1975. p.422.

ces ni tan siquiera eso, ya que son espontáneas, debido a que el tejido óseo perdió sus características de resistencia a causa de un proceso patológico de naturaleza infecciosa, metabólica y tumoral". (20)

Las quemaduras son lesiones producidas en la piel por acción del calor.

Las intoxicaciones son provocadas por la absorción de una sustancia que de acuerdo a su calidad o cantidad puede producir algún daño a distintos órganos del cuerpo. La intoxicación también puede ser provocada por gases internos del organismo.

En los niños la intoxicación suele ocasionarse tras la ingestión de alguna sustancia médica o de tipo casero (utilizadas comunmente en la limpieza diaria).

El envenenamiento es causado por la ingestión de sustancias capaces por acción química o quimicofísica de provocar la muerte o una situación más o menos grave del estado de salud, - ataca el sistema nervioso central y puede ser accidental o con fines suicidas o criminales". (21)

(20) Hombre, Medicina y Salud; Enciclopedia Médica, Tomo I, - Ed. Británica, Madrid, 1982. p.392.

(21) Ibidem, p.336.

La aspiración o ingestión de cuerpos extraños, es la introducción de objetos de mil formas y consistencias en los orificios naturales del organismo como son: nariz, oídos y la boca. Dicho problema se presenta en la población infantil dado su curiosidad, inexperiencia, inquietud y aburrimiento.

Finalmente, la asfixia es la "falta de respiración por - cualquier causa que se oponga al intercambio de gases, oxígeno y anhídrido carbónico en los pulmones, entre la sangre y el medio ambiente". (22)

En relación al grupo de edad "Se sabe que el 4% de los accidentes en el hogar ocurren en niños menores de un año; este porcentaje se eleva hasta el 38.2% en el grupo de uno a cuatro años, desciende al 20.6% de los cinco a los nueve; al 10.24% en los de diez a quince". (23)

Y en el caso de las quemaduras tenemos que el grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años presentándose en este grupo el 42%; el siguiente grupo fue el de 5 a 9 años en un 33%, y el de niños menores de 1 año en un 6%.

(22) Diccionario Manual de Medicina y Salud; Op. cit., p.27.

(23) Escobar Picasso E., Carpio Utrilla O.; Op. cit., p.4.

3.1 Concepto de Quemadura.

"Las quemaduras son lesiones de los tegumentos corporales orgánicos producidas por el calor. Abarcan todas aquellas lesiones tisulares producidas por alteraciones de origen térmico, sea cual sea el mecanismo de producción y presentación de dichas lesiones térmicas". (24)

La quemadura de piel, además de producir daño físico que puede ir de leve hasta producir la muerte, provoca daño psicológico y la desintegración social del individuo (véase inciso 3.5).

Es importante señalar que los accidentes por quemadura afectan principalmente a la población infantil, y lo hace de manera crítica, y de ellos el 48% de los afectados son menores de cuatro años.

A pesar de los adelantos en la medicina, en lo que se refiere a las quemaduras no existen todavía óptimos resultados en el tratamiento del paciente, puesto que algunos de ellos quedan

(24) Mir y Mir Lorenzo; Fisiopatología y Tratamiento de las Quemaduras; 2ª edición, Ed. Científico-Médico, Madrid.- 1970. p.5.

deformados o incapacitados tanto física como emocional y socialmente para desarrollarse en forma normal.

3.2 Agentes que Producen las Quemaduras.

Los agentes que producen las quemaduras son:

- 1.- Líquidos Calientes (agua, café, etc.).
- 2.- Sólidos Calientes (estufa, plancha, utensilios para -
cocina, etc.).
- 3.- El Fuego.
- 4.- Sustancias Químicas (alcalis y ácidos).
- 5.- Corriente Eléctrica.
- 6.- Otros como Rayos o Congelaciones.

1.- Líquidos Calientes. Las quemaduras con este tipo de agente son las más frecuentes en los niños ya que comúnmente los adultos dejan recipientes con agua caliente en el piso o en lugares de fácil alcance para los niños, así alimentos en punto de ebullición colocados en forma inadecuada, los cuales derramados sobre el cuerpo les producen lesiones muy severas.

2.- Sólidos Calientes. Son todos aquellos utensilios que se encuentran a una temperatura tal que es capaz de lesionar los tejidos y principalmente la piel. En este caso podemos citar a las manos como uno de los miembros más dañados por este tipo de agente debido a la manipulación de los diferentes objetos.

3.- El Fuego. Entendemos por fuego a la rápida combinación del oxígeno con el carbono y otros elementos contenidos en substancias orgánicas, en tal forma que se produce calor, luz, y ca si siempre, llamas. Las quemaduras por fuego son causadas principalmente por petróleo, thinner, alcohol, gasolina, chapopote, plástico, etc., siempre y cuando se encuentren inflamados.

4.- Substancias Químicas. Algunos ácidos son capaces de producir lesiones graves y profundas.

El contacto con la piel de solventes orgánicos, como el éther y acetona producen también quemaduras, así como la utiliza ción de aerosoles en un ambiente cálido.

5.- Corriente Eléctrica. Aunque las quemaduras producidas por corriente eléctrica son poco comunes ocasionan lesiones serias, ya que en su trayecto daña órganos internos del cuerpo, desde el punto de entrada hasta la salida; la corriente eléctrica viaja a través de los músculos, en los vasos y nervios, que son buenos conductores de la electricidad.

6.- Otros como Rayos o Congelaciones. Son las quemaduras causadas por los rayos X y las originadas por exposiciones ana tómicas. La congelación provoca enrojecimiento de la piel, come zón y disminuye el metabolismo por lo que llega poca cantidad de sangre al corazón de tal manera que no llegan nutrientes ni

oxígeno. También hay formación de ampollas y en casos extremos las células se mueren, lo que es conocido como gangrena.

En una investigación realizada en el Hospital Infantil de Tacubaya en 1988 se encontró que:

"El 75% de las quemaduras fueron producidas por escaldaduras, el 17% por fuego directo, el 4.7% por corriente eléctrica, el 25% por explosivos y el 3% por fricción". (25)

(25) Dr. Laguna Calderón Javier; Epidemiología de las Quemaduras; Ed. Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, México, 1990. p.27.

3.3 Tipo de Lesiones y Grado.

Para poder determinar la gravedad de las quemaduras debemos tomar en cuenta lo que nos dice Artz:

"La gravedad de una quemadura puede ser estimada de un modo plenamente satisfactorio ya que depende solamente de dos factores principales; porcentaje de superficie corporal quemada y profundidad de las quemaduras. Los factores adicionales que determinan la gravedad de una quemadura incluyen su localización, la edad, y el estado físico del enfermo y la presencia de lesiones concomitantes". (26)

De acuerdo a su extensión las quemaduras se determinan en tres grupos:

"a) Quemaduras no graves que abarcan el 10% de la superficie corporal, cuando afectan áreas especiales como cara, pliegues de flexión, manos, pies, genitales; requerirán manejo hospitalario.

b) Quemaduras graves son aquéllas que lesionan de 10 a -- 35% de la superficie corporal total, estas requerirán de tratamiento intrahospitalario por lo menos durante seis semanas.

(26) Artz R., Reiss E.; Tratamiento de las Quemaduras; 1ª edición, Ed. Alhambra S.A., Madrid, 1962. p.25.

c) Quemaduras muy graves son las que abarcan más del 35% de la superficie corporal total, generalmente son fatales a corto plazo". (27)

El método más exacto para determinar el porcentaje de su-
perficie corporal quemada, es el establecer las áreas de lesión
en los esquemas de Lund y Browder. En este método se mantiene -
fijo el porcentaje de superficie correspondiente al torso y -
miembros superiores, mientras varia de acuerdo con la edad el -
porcentaje correspondiente a cabeza, muslos y piernas. Por ejem-
plo los niños de 0 - 1 año quemados en la cabeza su porcentaje
corresponde al 19%; en los de 1 - 4 años el 17% y; en los de -
5 - 9 años el 13%. Sin embargo si se quemaran el cuello el por-
centaje seria el mismo en todas las edades.

(27) Picazo Michel Eduardo; Op. cit. p.311.

Cuadro de Lund y Browder que determina la superficie corporal quemada de acuerdo a las zonas y edad.

ZONAS	EDAD (en años)		
	0 - 1	1 - 4	5 - 9
Cabeza	19	17	13
Cuello	2	2	2
Tronco (anterior)	13	13	13
Tronco (superior)	13	13	13
Nalgas (2)	5	5	5
Genitales	1	1	1
Brazos (2)	8	8	8
Antebrazos (2)	6	6	6
Manos (2)	5	5	5
Muslos (2)	11	11	16
Piernas (2)	10	10	11
Pies (2)	7	7	7

Fuente: Salvá Lacumbe José Antonio; Enciclopedia Práctica de -
Primeros Auxilios; Tomo IV, Ed. Marin, Barcelona, 1985.
p.752.

Para fines prácticos las quemaduras se dividen en tres - -
grados:

Quemaduras de primer grado: Es aquella que sólo afecta la epidermis o capa superficial de la piel, provocando enrojecimiento, hinchazón y algo de dolor, que desaparece después de 48 horas y a los cinco días la capa exterior se desprende en pequeñas escamas. Estas quemaduras pueden ser ocasionadas por el - - sol, líquidos en ebullición o fuegos artificiales.

Quemaduras de segundo grado: Es aquella que abarca toda la epidermis y parte de la dermis, se caracteriza por la aparición de ampollas, la piel se pone roja, hay humedad, hinchazón y es muy dolorosa. Suele sanar de diez a quince días; siempre y cuando no se presente infección. Estas quemaduras se dividen en superficiales, que es cuando afecta la parte más superficial de la dermis; y profundas cuando afectan casi la totalidad de la dermis estas últimas cuando se presenta alguna infección suelen convertirse en quemaduras de tercer grado y requerir de injerto.

Quemaduras de tercer grado: Son aquellas en las que se destruye toda la piel, grasa, músculos y en ocasiones hueso, a su vez afectan pequeños vasos sanguíneos de los tejidos. Debido al aumento de la permeabilidad se pierde gran cantidad de líquidos; la zona quemada se encuentra hinchada, dura y seca. Aproximadamente en dos o tres semanas la piel muerta se desprende pre

sentándose cierto grado de infección. Generalmente este tipo de quemaduras requieren injerto.

3.4 Tratamiento Empleado en el Manejo de las Quemaduras.

3.4.1 Tratamiento Hospitalario.

Artz y Reiss consideran que "El tratamiento apropiado del enfermo con quemaduras exige la integración de muchos aspectos de la terapéutica, tales como equilibrio de líquidos, tratamiento de la herida, anestesia, técnica quirúrgica, nutrición, tratamiento de la infección, fisioterapia y psicoterapia". (28)

El tratamiento de las quemaduras durante la hospitalización se realiza en base a la limpieza diaria de las heridas con agua y jabón, a su vez tiene que retirarse el tejido muerto quitando todas las ampollas.

Una vez realizada la limpieza deberá aplicarse un apósito, que cubra toda la zona, sea fácil de quitar y sea cómodo. Tendrá que ser de substancia absorbente para mantener seca la lesión; es necesario fijar el apósito con un vendaje de tipo elástico.

En caso de ser necesario se harán injertos-segmentos de piel que ha sido privado de la unión del donante antes de ser transplantado a otra zona del organismo denominado lecho recep-

(28) Artz P., Reiss E.; Op. cit. p.13.

tor. Y finalmente, la utilización de férulas o ropas compresivas (licras) para evitar cicatrices y retracciones que puedan provocar posiciones viciosas.

El tratamiento psicológico que recibe el menor cuando se encuentra hospitalizado, consiste en:

- a) Clínica del dolor en curaciones que consiste en proporcionarles apoyo con el fin de disminuir su ansiedad y dolor.
- b) Terapia de juego.
- c) Terapia de grupo.
- d) Terapia individual que consiste en la aplicación de diferentes pruebas psicológicas con el fin de valorar el estado emocional del niño.

Y a su vez una preparación psicológica en caso de que el paciente requiera alguna intervención quirúrgica.

Otro aspecto importante en la atención del menor es la atención psicológica que se le da al momento de crisis.

3.4.2 Tratamiento Post-Hospitalario.

Este se refiere al tratamiento que ofrece el hospital a los pacientes que han sido dados de alta y consiste básicamente en lo siguiente:

- 1.- Ingestión de alimentos líquidos en su mayoría sin seguir una dieta específica.
- 2.- Aislarse del exterior para evitar infecciones en la herida.
- 3.- No cubrir el área dañada.
- 4.- Evitar suministrarse o autorecetarse cualquier tipo de medicamento.
- 5.- No exponer el área dañada al sol.
- 6.- Acudir a revisiones periódicas que inicialmente se programarán semanalmente y que posteriormente de acuerdo a la gravedad del caso se planearan a espacios más prolongados durante un período de dos años.

El tratamiento que da el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado consiste en la rehabilitación física y emocional del paciente una vez que este es dado de alta; así como la atención de las secuelas psicológicas ocasionadas por la hospitalización prolongada y los múltiples procedimientos médicos a los que es sometido.

También se continúa con las sesiones individuales y terapias de grupo ya que es necesario que los pacientes den rienda suelta a sus sentimientos expresándolos verbalmente o a través de terapia de juego, puesto que parte importante de su recuperación consiste en reconocer el miedo y saberlo manejar adecuadamente, así como el manejo de la ansiedad en sus diferentes

manifestaciones.

Otro aspecto que no se puede dejar a un lado es el apoyo - psicológico que se da a la familia como ayuda para el tratamiento del menor.

3.5 Efectos Biopsicosociales del Niño con Quemaduras.

En general "cuando un enfermo quemado grave ingresa al hospital no solamente se encuentra en un estado de dolor físico o grave, sino que también esta sometido a transtornos emocionales importantes. Muchos enfermos quemados son difíciles de tratar - debido a que son incapaces de adaptarse a su incapacidad física y su medio ambiente". (29)

Ahora bien, las alteraciones emocionales del niño durante o después de la hospitalización van a depender de los siguientes factores:

1.- Edad: Es importante señalar que mientras menor sea el niño, requerirá mayor atención y apoyo debido a que es incapaz de comprender tanto las circunstancias de la hospitalización - (quemaduras) como los procedimientos a los que es sometido que por lo general son dolorosos, por lo que el menor casi siempre pensará que esta recibiendo un castigo y no una atención que lo ayudará a sanar.

Es así como los niños menores de cuatro años van a presentar mayor número de desequilibrios emocionales durante la hospitalización, son frecuentes los accesos de pánico, estallidos de

(29) Ibidem. p.220.

cólera cuando los padres se retiran, algunos tienden a deprimirse además de que se presentan alteraciones en la comida, en el sueño y control de esfínteres, ya que los niños tienen fantasías diferentes entre las cuales podemos mencionar: temor a ser abandonados, temor a que algo suceda en el ambiente familiar y ellos no estén presentes, temor a que alguien ocupe su lugar dentro de su entorno familiar, etc.

2.- Impacto de las experiencias concretas de la hospitalización: Los niños menores de seis años al ser hospitalizados van a sufrir fuertes tensiones, puesto que es la etapa de desarrollo emocional. El niño se preocupa por su integridad corporal y fácilmente se estimulan ansiedades de castración, de mutilación, etc., esta etapa coincide con el desarrollo intelectual, por lo que el niño tiende a interpretar negativamente la naturaleza de sus dolores, ve a la enfermedad como castigo y provoca más sentimiento de culpa que en otra etapa.

3.- Efectos de la personalidad y las experiencias anteriores: Los niños que han sufrido experiencias traumáticas, los que han tenido una mala integración de la personalidad y aquellos que han sostenido malas relaciones con sus padres; sufren más al ser hospitalizados debido a que su inseguridad no les permite adaptarse fuera del hogar.

Las reacciones del paciente con quemaduras son muy semejan

tes a las que presentan las personas que han perdido algún ser querido. En principio este sufre un shock físico y emocional, - se pueden presentar sensaciones de desesperación y depresión - por lo que se muestran muy apáticos. Es necesario que el paciente elabore estos sentimientos para que tenga una favorable recuperación emocional.

Cuando el paciente piensa que va a quedar desfigurado su autoestima es muy baja ya que tiene miedo de las reacciones de los demás una vez que este se reincorpore nuevamente a su ambiente social.

Al respecto, nos dice Evaristo Viera: "Es improbable que hayan comprobado las reacciones del mundo exterior, y por lo tanto son vulnerables. Ninguna reacción carece de importancia, los sentimientos que se dejen sin resolver pueden afectar de manera importante al futuro ajuste psicosocial del enfermo y a su capacidad para hacer frente a su estado". (30)

El paciente quemado presenta una gran variedad de comportamientos sociales y emocionales, las actitudes van a variar de paciente a paciente, afectando el tratamiento. También variará

(30) Evaristo Viera Miguel; Reacciones del Niño Durante la Hospitalización; Ed. Dirección de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, México, 1990. p.48.

el grado de cooperación de cada paciente desde el cumplimiento de lo que se le pide hasta la negativa para colaborar, todo ello por el trauma ocasionado por la quemadura.

En cuanto al aspecto social cabe señalar que los familiares de los pacientes se enfrentan a una serie de problemas tales como: alteración de las actividades cotidianas de la familia, conflictos entre la pareja y otros parientes, sobreprotección al niño, problemas económicos debido a que tienen que pagar el hospital, comprar medicamentos, realizar gastos de transportación dado que tienen que acudir a las visitas y, en algunos casos comprar licras o ropas compresivas; por ende, se altera la relación del niño con sus familiares, con sus compañeros de escuela, etc.

Respecto a las consecuencias biológicas y orgánicas, éstas se dividen en las cicatrices hipertróficas que provocan retracciones e invalidez en ciertas áreas y las estéticas que se refieren a las desfiguraciones físicas, las manchas, las cicatrices y las retracciones. Y, finalmente, cabe señalar que las quemaduras favorecen las infecciones dejando a los niños más susceptibles a otras enfermedades.

4.1 Antecedentes Históricos del Sistema Hospitalario Mexicano.

En páginas anteriores hemos hablado de los diferentes tratamientos empleados en la atención de quemados en México. En este apartado se tratará el desarrollo del sistema hospitalario - desde el período prehispánico hasta la época actual y las circunstancias en que se han dado dichos tratamientos.

En la época prehispánica los servicios médicos asistenciales se otorgaban de dos maneras: 1) A título personal tanto por curanderos como por comadronas mediante la utilización de una medicina empírica basada en la herbolaria y los rituales religiosos y, 2) A través de establecimientos, como es el caso de los aztecas que contaban con lugares propios para la atención de enfermos, semejantes a los hospitales, mismos que eran sostenidos por el pago del tributo destinado al culto de los dioses. Los había en Tenochtitlán y en aquellas poblaciones grandes donde se extendía el dominio azteca.

"Moctezuma II, según Clavijero, tenía en el imperial palacio una casa para enfermos incurables y extraordinarios; estaba anexa al templo mayor, un hospicio, y, por fin, junto al mismo templo había un edificio llamado Netlatitoyan, que estaba consagrado al Dios Nanahuatl, donde se recogían a leprosos. Eran es-

tos otros tantos caritativos albergues donde se asistía por la beneficencia pública a los indios necesitados y enfermos". (31)

Existían hospitales tanto para los militares como para los servidores públicos fieles al imperio azteca que por su edad, - heridas producidas por armas punzo cortantes, o enfermedades, - necesitaban de la asistencia oficial.

Durante el período Colonial se abrieron una gran cantidad de hospitales en la Nueva España gracias a la caridad ejercida por el clero.

Los hospitales fundados en este tiempo se dividen de acuerdo al tipo de padecimientos de la población, de esta manera había hospitales que atendían todo tipo de enfermedades, entre las que probablemente se encontraban las quemaduras, y otros que se dedicaban a una enfermedad en particular como lo son las enfermedades venéreas, mentales y de la piel. Cabe señalar que existía una gran discriminación ya que había hospitales especiales para indios y otros para los españoles.

Es importante señalar que algunos hospitales eran utilizados como asilos para recoger a los huérfanos, hospedar a los pe

(31) Flores y Troncoso Fco. de Asis; Historia de la Medicina en México; 2ª edición, Ed. IMSS, México, 1982. p.177.

regrinos, albergar a los desvalidos y cuidar adicionalmente de su salud.

Aunque en esta época todavía no existían hospitales propios para la población infantil, si había lugares en donde se recogía y albergaba a niños desamparados; o bien aquellos que por razones sociales no podían estar con sus madres o que no podían ser mantenidos por ellas, tal es el caso de la Casa Real de Niños Expósitos, que posteriormente fue considerada como el primer antecedente del Hospital Infantil de México.

Aunque no se tiene referencia de ello, es del todo probable que en estos hospitales se atendiera a los lesionados por quemaduras de todas las edades.

Después de la Independencia, el país vivió una serie de movimientos sociales (guerras civiles internas, la invasión Francesa y de Estados Unidos), lo que originó que no se construyeran nuevos hospitales y el descuido de los que ya existían. Terminada la invasión la antigua enfermería de San Pablo se convirtió en el primer Hospital Municipal.

En esta época, segunda mitad del siglo XIX, otro acontecimiento importante fue que estos establecimientos pasaron a ser responsabilidad del gobierno más, debido al escaso presupuesto para estas instituciones, hubo una notable reducción de los hos

pitales; llegando a quedar sólo algunos de aquellos que fueron fundados en la época Colonial.

De esta manera: "A mediados del siglo XIX sólo quedaban en la Ciudad de México los Hospitales de San Pablo y San Lázaro - que estaban prácticamente fuera de servicio, el de Terceros de carácter privado, los del Divino Salvador y San Hipólito para - dementes; y los de Jesús, San Juan de Dios y San Andrés que seguían prestando servicios generales". (32)

En este tiempo ya había hospitales que contaban con un área especial para la atención de los niños como es el caso del Hospital Militar San Lucas y el Hospital de San Andrés, a los - que se les adicionó un departamento para la atención de niños. Aunque no contaban con un área especial para quemados si se puede inducir que en estos hospitales se atendía a los lesionados por quemaduras.

Durante el período de Benito Juárez, se expedieron las llamadas Leyes de Reforma, de las cuales dos afectaron a los hospitales: la que se refería a la ocupación de los bienes de la - Iglesia y la que disponía que todos los hospitales que estaban en manos de la iglesia pasaran a ser administrados por el Esta-

(32) Enciclopedia de México; 3ª edición, Ed. Enciclopedia de - México, S.A. Tomo IV, México, 1978. p.23.

do.

En ellos, la atención médica se brindaba como una atención de beneficencia y no como limosna; además se creó una dependencia que se encargaría de coordinar los hospitales públicos: La Beneficencia Pública.

Durante el período de Maximiliano funcionó el Consejo de Seguridad y más tarde el Consejo General de Beneficencia.

A pesar de los diversos cambios que se hicieron en la administración de los hospitales no mejoraron sus condiciones, ya que seguían estando abandonados y sucios. Esta situación pudo dar pie a una alta mortalidad en las personas que sufrían quemaduras debido a que estas son muy susceptibles a las infecciones.

En el Porfiriato se crea la Dirección de Beneficencia Pública que se encargaría de regir las Instituciones Hospitalarias; se inauguró el nuevo Hospital General que contaba con 32 pabellones, y se crea el Hospital de la Infancia y los otros hospitales fueron mejorados en cierta medida; se inicia la formación de los Servicios Médicos de la Ciudad y se ordena la atención gratuita de los enfermos carentes de recursos en el Consultorio Central de Beneficencia. Aunque no se tengan datos al respecto, es probable que en estas instituciones se atendiera a los afectados por las quemaduras, incluyendo a niños.

En el período de la revolución armada de 1910 a 1920, aumentó el número de los lesionados por las quemaduras, tanto por las explosiones como por los incendios; se detuvo el desarrollo de los hospitales y no se construyó ningún otro, debido a la inestabilidad política del país, y, después de 1920, el concepto de hospital sufre cambios radicales puesto que se pretendía ahora, dar atención a los enfermos hasta restaurar y mantener su salud, impartir enseñanza al personal y realizar trabajos de investigación científica. Además, el hospital tiene cuatro servicios básicos: de consulta externa, intermedios (laboratorio de diagnóstico, departamento de terapias especiales, salas de operaciones, central de esterilización), de hospitalización (maternidad, niños y departamento de urgencias, etc.) y generales o auxiliares (información, farmacia, archivo, etc.). Ante todas estas innovaciones es muy posible que se haya mejorado la atención a los quemados.

En la década de los treinta se establece el término de asistencia en lugar de el de beneficencia, misma que se consideró como un derecho para todos.

En el gobierno de Manuel Avila Camacho, se crearon el primer Hospital Infantil de México en la Ciudad de México y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Uno de los acontecimientos más importantes fue la creación

del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el año de -
1943, mismo que en la actualidad cuenta con un hospital donde -
existe un área especial para atender a los afectados por las -
quemaduras, y del hospital Rubén Leñero que se ha destacado en
la atención a los quemados.

En la década de los sesentas se fundaron el Instituto de -
Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
(ISSSTE), y se inauguraron el Hospital Infantil de Tacubaya y -
el Hospital Infantil de Xochimilco, estas instituciones cuentan
con una sala de quemados.

4.2 Atención Médica en México.

Como se ha podido apreciar en los capítulos anteriores, - los avances en la tecnología, la utilización cada vez mayor de productos químicos, tanto en los hogares como en la fábricas, - la aparición de armas de fuego más sofisticadas, entre otros - son aspectos que han contribuido al aumento de las lesiones por quemaduras.

Aunado a ello encontramos la existencia de una clase so- - cialmente desprotegida, misma que debido a la ignorancia, a que carece de los elementos que una sociedad urbana exige para el - desarrollo de su vida cotidiana, se ve en la necesidad de calen- tar y hervir el agua tanto para tomarla como para bañarse; que- mar la basura y utilizar braceros o estufas de petróleo, mismas que en dado momento pueden ocasionar los accidentes y quemadu- ras que requieren atención.

A la par surge la necesidad de crear la infraestructura in dispensable en donde se pueda dar una atención a este tipo de - lesiones que son muy delicadas y que pueden llegar a cambiar ra dicalmente la vida de las personas.

Es por ello que en este apartado se dará una breve descrip- ción de lo que es la atención médica en México, sobre todo de - las instituciones que atienden a la población de escasos recur-

tos económicos.

La atención médica en México se brinda a través de tres tipos de instituciones: las gubernamentales, las privadas y las de asistencia pública.

Las gubernamentales son las que dependen del gobierno, mismas que podemos dividir en dos clases: centralizadas y descentralizadas.

Las centralizadas son las que dependen de la Secretaría de Salud y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, que prestan atención médica a la población de escasos recursos y que no está asegurada.

Las descentralizadas son aquellas que dependen de instituciones paraestatales, como el Instituto de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos y otros. Cabe señalar que estas instituciones cuentan con un lugar o área especial para atender a los quemados, tanto niños como adultos.

Las privadas son las que dependen de la iniciativa privada y tienen fines lucrativos. En ellos también se da la atención a quemados sean niños o adultos que cuenten con los suficientes recursos económicos.

Y, finalmente, las de asistencia que son las que dependen generalmente de un patronato y se sostienen principalmente de donaciones.

Dado que esta investigación se desarrolló dentro de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal se habla más ampliamente de los mismos.

Los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal tienen como antecedentes los puestos de socorro que se establecieron en las delegaciones políticas a partir de 1909. Años más tarde, en 1911 se crea la insignia "Cruz Verde".

Posteriormente, debido a la insuficiencia de los puestos de socorro en 1943, se crea el primer hospital del Departamento del Distrito Federal (Rubén Leñero).

En 1960 se crea la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, que hasta 1980 contaba con cuatro hospitales de pediatría, con cuatro hospitales para urgencias médico-quirúrgicas, hospitales en los reclusorios y los puestos de socorro en las delegaciones políticas y en las agencias investigadoras del Ministerio Público.

De los organismos hospitalarios del Departamento del Distrito Federal que se encargan de atender las lesiones por quemaduras

dura, se encuentran los siguientes:

Hospital Rubén Leñero: Fue inaugurado en 1943 por el Dr. - Felipe Acevez Zubieta, cuenta aproximadamente con 450 camas. Es te hospital ofrece los siguiente servicios: terapia intensiva, - atención a quemados, medicina interna, medicina preventiva, cu- raciones, quirófanos, laboratorio clínico, banco de sangre.

Lo más sobresaliente de este hospital es la atención que - brinda a la población que ha sufrido lesiones por quemaduras, - ya que cuenta con médicos, psiquiatras, terapéutas, trabajado-- res sociales y enfermeras.

Aunque no cuenta con la especialidad de pediatría propor-- ciona apoyo, y a su vez lo recibe de los hospitales de urgen- - cias pediátricas Azcapotzalco, Legaria, Tacubaya y el Hospital Regional Nicolás M. Cedillo, que pertenecen a la red hospitala- ria del Departamento del Distrito Federal.

Hospital Pediátrico Tacubaya: Fue inaugurado el 6 de marzo de 1961 por el Presidente Adolfo López Mateos; cuenta con una - sala de cuidados intensivos donde se atiende a los pacientes - más graves para proporcionarles una mejor atención y con el e-- quipo, instalaciones y medicamentos necesarios, salas de opera- ciones propias, salas de lavado quirúrgico, con comunicación al servicio de radiología y al laboratorio clínico. El número de -

camas-camilla con que cuenta dicha sala es de cuatro, las cuales están provistas en sus inmediaciones de monitores, instalaciones de oxígeno, aire comprimido y contactos polarizados, presencia de ventanas amplias e iluminación artificial; cuenta también, con instalaciones de aire artificial, con aire filtrado, temperatura de 22 a 24°C. y humedad relativa.

El servicio de terapia intermedia atiende a los pacientes que han salido de terapia intensiva, cuenta con 10 camas.

La sala de quemados tiene 13 camas y en esta sala se cuenta con la colaboración de médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

Y, el Hospital Infantil Xochimilco.

Este tema se desarrolla más ampliamente en el siguiente punto, ya que es el área donde se desarrolla la presente investigación y por ende se requiere dar un panorama más amplio del mismo.

4.3 Hospital Infantil Xochimilco.

El Hospital Infantil Xochimilco, como se dijo anteriormente es un organismo del Departamento del Distrito Federal que fue inaugurado en 1964, cuenta con la colaboración, en la sala de quemados, del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado. Las funciones que lleva a cabo son las siguientes:

-Curativa.

Se refiere a la atención médica de urgencias que se brinda a la población que lo solicita, siempre y cuando no estén asegurados en ninguna institución del sector público.

Los pacientes son valorados médicamente por el servicio de admisión en donde se determina si requiere de hospitalización. El servicio asistencial que se proporciona es de tipo semigratuito y se da en forma integral.

-Investigación.

Consiste en la aplicación de nuevas técnicas de cirugía y tratamientos médicos. También se cuenta con el servicio de cirugía experimental en animales.

A su vez participa en jornadas médicas y congresos de las

diferentes instituciones que atienden esta problemática, en donde se exponen trabajos de investigación.

-Docencia y Enseñanza.

Se dan conferencias sobre las diferentes especialidades, - tanto al cuerpo médico como a residentes e internos, conforme a programas ya establecidos, y, se imparten cursos de capacitación dirigidos al personal que labora en el hospital.

Finalmente la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México envía estudiantes de diferentes ciclos - de esta carrera, a los cuales se les imparte enseñanza de las - materias respectivas.

-Preventiva-Asistencial.

Se llavan a cabo programas preventivos a fin de disminuir la morbi-mortalidad de la población (en estudio), por medio de campañas dirigidas por el cuerpo técnico. También se promueve - la educación para la salud a través de pláticas de orientación de la comunidad. En donde destacan temas como planificación familiar, hábitos de higiene, alimentación, primeros auxilios, - prevención de accidentes por quemadura y sobre riesgos de incendios u otros.

El Hospital Infantil Xochimilco cuenta con los siguientes servicios:

- a) Urgencias.
- b) Hospitalización.
- c) Especialidades.
- d) Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Para prestar dichos servicios, el hospital cuenta con las siguientes salas y/o secciones: sala de quemados; sala de cirugía reconstructiva; sala de neonatología, sala de lactantes I, sala de lactantes II; sala de cirugía general, sala de infectología; sala de urgencias; sala de consulta externa.

La sala de quemados cuenta con nueve camas, tres tinas de baño y un área de curación, sin aislamiento. No cuenta con un área de cuidados intensivos.

La población que se recibe en esta sala es de niños de 0 a 14 años que llenan los criterios de tener quemaduras de primero y segundo grado en extensión mayor del 10% de la superficie corporal, quemaduras de tercer grado, niños menores de dos años con quemaduras leves o bien con quemaduras poco extensas, pero que comprometan una función vital.

4.4 Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado.

4.4.1 Origen.

Los orígenes del Instituto se remontan al año de 1983, - cuando un joven médico que laboraba en el Hospital Infantil Xochimilco, solicitó a Comunicación Cultural A.C., su apoyo a fin de implantar un programa de prevención de quemaduras a la niñez.

De esta manera: "La inquietud se torna en un ideal de un grupo de personas distinguidas de la comunidad, quienes conjuntaron esfuerzos de especialistas y de diversas instituciones para dar paso en junio de 1985 al Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado". (33)

Anteriormente los menores que habían sufrido este tipo de lesiones no recibían la atención necesaria que su situación requería, por lo que era necesario un equipo interdisciplinario - que se ocupara de brindar la ayuda terapéutica necesaria a estos pacientes y con la invaluable ayuda de numerosos donantes - se integró un fondo para financiar el proyecto.

Después de varios meses de haber hecho gestiones con el De

(33) Estatutos del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado; México, 1987. p.1.

partamento del Distrito Federal, se logró habilitar un área del Hospital Infantil Xochimilco que originalmente era utilizada como bodega. El grupo "Radio Centro", donó el mobiliario indispensable para empezar a laborar en septiembre del mismo año; sin embargo, por diversos motivos no fue sino hasta enero de 1986 - cuando se integró al área médica formalmente, un programa de rehabilitación psicológica, al tiempo que se llevó a cabo un estudio epidemiológico que serviría de base para futuros planes, ya que daba a conocer cifras relacionadas con edades de mayor incidencia, agentes que provocan el accidente, sexo más afectado, entre otros factores.

Así se comenzó a tratar a los niños quemados del Hospital Infantil Xochimilco, proporcionando atención integral médica-quirúrgica, psiquiátrica, psicológica, a los niños y a sus familiares.

Actualmente el Instituto también atiende a niños quemados que provienen de otros hospitales, tanto del Distrito Federal, como de otros estados de la República.

4.4.2 Objetivos del Instituto para la Atención Integral Del Niño Quemado.

Objetivos Generales.

a) "Proporcionar atención integral, (atención médica, rehabilitación física, psicológica y social) a los menores de 15 años que hayan sufrido quemaduras, preferentemente a las personas marginadas o carentes de recursos, así como apoyo psicoterapéutico a los familiares.

b) Incidir en la morbilidad y en los factores sociales que influyen en la generación de los accidentes por quemaduras a través de acciones preventivas y de capacitación a educadores y público en general para que ejerzan como promotores en su comunidad.

c) Realizar investigación epidemiológica, en el tratamiento y rehabilitación, así como en el área de prevención en el campo de las quemaduras.

d) Participar en la enseñanza de profesionales de diversas disciplinas, tanto en las ciencias biológicas, como humanas, interesadas en el tema de las quemaduras". (34)

Objetivos Específicos:

a) "Restaurar la imagen corporal dañada tanto en el aspecto físico, por medio de tratamientos médicos como cirugías y prendas de licra, como en el aspecto psicológico por medio de

(34) Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, - - Programa General de Actividades para 1992; México, 1991.

psicoterapia en todas sus variedades.

b) Elevación de su autoestima, la cual sufrió un severo daño por la magnitud de la lesión física, por medio de autoaceptación como niño conciente de sus facultades reales.

c) Adaptación al medio ambiente familiar, escolar y social, por sus propios medios, con conocimiento de sus capacidades y -
potenciales.

d) Investigar las repercusiones a nivel del sistema fami--
liar que haya tenido el accidente, investigando las vivencias -
de cada una de las personas en relación al hecho traumático.

e) Detectar aspectos disfuncionales en la familia y tratar
de resolverlos en el tiempo que el paciente permanezca en trata
miento.

f) En caso de patologías individuales en alguno de los fa-
miliares, tratarlos, y si no es posible, canalizarlos a institu-
ciones especializadas para su tratamiento.

g) Asesoría especializada para la resolución de conflictos
legales.

h) Información y orientación a la escuela sobre la situa--
ción del niño.

i) Vigilancia del proceso de incorporación del niño a su -
medio escolar.

j) Valoración del estado de desarrollo en que el niño se -
encuentra". (35)

(35) Ibidem. pp. 7-8.

4.4.3 Funciones del Instituto para la Atención Integral Del Niño Quemado.

A continuación se mencionarán las funciones elementales -
que desempeña el Instituto.

-Atención.

Se refiere a la atención psicológica, psiquiátrica y de -
rehabilitación que reciben tanto los familiares como los niños
que han sufrido quemaduras.

-Investigación.

Consiste en hacer investigaciones epidemiológicas en el -
campo de las quemaduras en niños y apoyar a pasantes de diver--
sas carreras en la elaboración de Tesis.

-Prevención.

Se capacita a la población sobre medidas preventivas de -
quemaduras y se imparten cursos sobre prevención de accidentes
en las instituciones que así lo soliciten.

-Enseñanza.

Se capacita y asesora continuamente a los prestadores de -
servicio social que colaboran con el Instituto.

4.4.4. Estructura del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado.

A fin de que se pueda entender el funcionamiento del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado se esquematizará a través de un organigrama las partes de que se compone (véase página 74) y se dará una definición de las funciones de cada área.

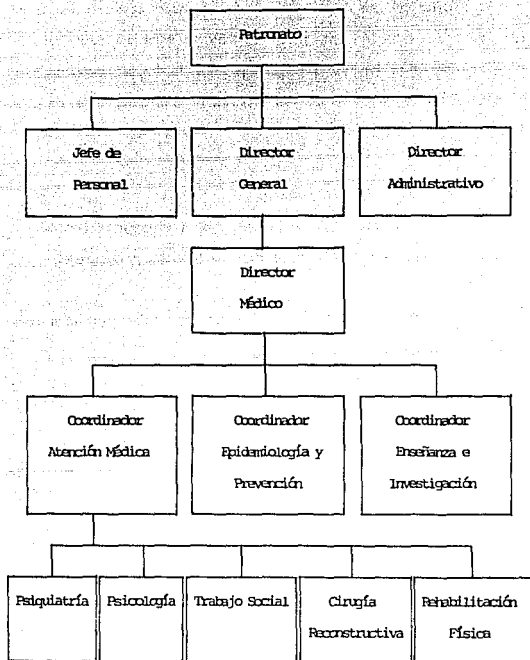
a) Funciones del Patronato.

- Realiza actividades encaminadas a conseguir fondos.
- Vigila que se lleven a cabo todos los programas.

b) Funciones del Director General, de quien dependen todos los directores:

- Diseña medidas administrativas o técnicas para el desarrollo o funcionamiento del Instituto.
- Informa al patronato de las actividades del Instituto.
- Se relaciona con otras instituciones y con empresas para la obtención de fondos.
- Organiza junto con el patronato eventos sociales para recabar fondos, destinados a la construcción del Hospital para la Atención del Niño Quemado.
- Vigila la realización de campañas publicitarias en los distintos medios de difusión.

Organigrama del Instituto para la Atención Integral
del Niño Quemado.



c) Funciones del Jefe de Personal:

- Realiza trámites administrativos relacionados con el ingreso de nuevos elementos.
- Es responsable del pago de sueldos.
- Realiza los trámites para la obtención de becas de solidaridad a fin de dar apoyo económico a los prestadores de servicio social.

d) Funciones del Director Administrativo.

- Maneja todos los recursos materiales del Instituto.
- Proporciona los recursos necesarios para la realización de los programas.
- Mantiene relación con la junta de asistencia privada para informar sobre las actividades del Instituto.
- Mantiene relación con la Secretaría de Salud para informar sobre las actividades del Instituto.
- Paga los impuestos y las cuotas gubernamentales correspondientes .
- Lleva la contabilidad de los recursos financieros del Instituto.

e) Funciones del Director Médico.

- Es responsable de que se cumplan las normas generales para el personal del Instituto que labora en el Hospital Infantil Xochimilco.
- Es responsable del buen funcionamiento de la Unidad Xo

chimalco.

- Mantiene relación con autoridades de otras instituciones para coordinar actividades conjuntas.
- Informa al patronato sobre el funcionamiento de la Unidad Xochimilco.
- Supervisa que se lleven a cabo los programas.
- Mantiene relación con las autoridades del Hospital Infantil Xochimilco.
- Actualiza e implementa nuevos programas para dar una atención más completa.
- Se encarga de seleccionar al personal de nuevo ingreso.
- Elabora el programa general anual.
- Se coordina con el Director General, Jefe de Personal, Director Administrativo y Coordinador de Atención Médica.

f) Funciones del Coordinador de Atención Médica:

- Se responsabiliza de las relaciones del Instituto con las autoridades del Hospital Infantil Xochimilco, así como de mantener al tanto a estas, de las actividades del Instituto.
- Convoca a reuniones o juntas por lo menos una vez cada dos meses.
- Informa por escrito las actividades realizadas por él, a través del Director Médico, mensualmente, además de cada ocasión que el Patronato lo solicite.
- Coordina al personal que labora en el Hospital y que

depende directamente de él, como lo son los jefes de servicio (psiquiatría, psicología, trabajo social y cirugía plástica).

- Coordinarse con el Jefe de Personal y con el Director Administrativo del Instituto.
 - Realiza con cada jefe de servicio programas de actividades.
 - Asesora a jefes de servicios en el manejo de casos difíciles.
 - Solicita interconsultas médicas a otras especialidades y solicitud de exámenes paraclínicos.
 - Valora mensualmente a los pacientes manejados por el equipo interdisciplinario por medio de entrevistas con el paciente y familiares.
 - Decide el alta de los pacientes.
 - Pasa visita diaria a todos los pacientes quemados hospitalizados y poner notas de evolución.
 - Asiste a sesiones generales del Hospital Infantil Xochimilco.
 - Extiende comprobantes de asistencia a terapia, tanto para los pacientes como para los padres de familia.
- g) Funciones del Coordinador de Epidemiología y Prevención:
- Asistir a las reuniones que sea convocado.
 - Coordinar las campañas de prevención a nivel masivo, -

de grupo e individual.

- Mantener informado por escrito al Coordinador de Atención Médica de las actividades desarrolladas durante el mes anterior y las por desarrollar en el mes siguiente.
- Capacitar al personal dependiente del Coordinador de Atención Médica, en el llenado y manejo de los informes estadísticos, por grupo de edad y sexo, consultas de primera vez, agente causal y superficie corporal quemada.
- Concentrar a partir de los informes diarios de labores en los formatos por personas y especialidades del mes.
- Coordinar, supervisar y participar en el Registro Nacional del Niño Quemado.
- Elaborar informe anual de actividades.

h) Funciones del Coordinador de Enseñanza e Investigación:

- Asistir a las reuniones con el Coordinador de Atención Médica cuando sea convocado.
- Programar actividades de enseñanza e investigación.
- Coordinar y asesorar al personal del Instituto que realiza su servicio social y voluntario en la elaboración de tesis y/o trabajo de investigación.
- Registrar a nombre del Instituto ante el Sector Público, los trabajos de investigación y tesis.
- Mantener informado por escrito al Coordinador de Atención

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

ción Médica sobre las actividades de enseñanza que se efectúan y efectuarán cada mes.

- Coordinar personal en adiestramiento (pasantes, voluntarios, etc.).
- Aprobar protocolo de investigación.

i) Funciones del Departamento de Psiquiatría:

- Valorización inicial del estado psicológico-psiquiátrico del niño, realizado por medio del exámen mental, la historia clínica, valoración psicológica y estudios de gabinete necesarios, para establecer conductas a seguir en el tratamiento.
- Intervención en crisis impartiendo apoyo a la familia y otros familiares que lo requieran.
- Previa valoración del familiar y del niño, coordinar sesiones terapéuticas con psicología. Aplicando psicoterapia de apoyo conductual, lúdica o farmacología en el niño. Al familiar, brindarle psicoterapia de apoyo, individual, grupal y farmacológica o canalizarlo a centros adecuados de atención psiquiátrica.
- Detección de patología previa existente en el niño y sus padres.
- Orientación y educación a la población en general.
- Participación en sesiones clínicas y bibliográficas conjuntamente con el equipo interdisciplinario.
- Participación conjunta con trabajo social para brindar

alternativas de solución a los problemas sociales de los familiares afectados.

- Psiquiatría de enlace con valoración de casos de interconsulta del Hospital Infantil Xochimilco.

j) Funciones del Departamento de Psicología:

- Apoyo en baño a fin de disminuir la angustia, manejo del dolor y trauma durante el baño.
- Apoyo en crisis intervención psicológica al paciente quemado durante la crisis producto del accidente.
- Psicoterapia individual en sala con pacientes que se encuentran inmovilizados.
- Psicoterapia de grupo con pacientes internos. Se estructuran grupos terapéuticos con pacientes internos realizando intervención psicológica para el manejo del accidente.
- Terapia ocupacional que consiste en llevar a cabo juegos y en general actividades que involucran a todos los internos de la sala de quemados.
- Valoración psicológica contemplando áreas de inteligencia y personalidad, se explora el lenguaje y el aspecto psicopedagógico en general.
- Se explora la psicodinámica familiar.
- Toma de decisiones del manejo terapéutico en coordinación con el Departamento de Psiquiatría.
- Apoyar al Departamento de Trabajo Social.

- Psicoterapia individual con pacientes externos.
- Intervención terapéutica posterior a la valoración psicológica y a la toma de decisiones del manejo psicoterapéutico y farmacológico en caso de requerirse, tras valoración del Departamento de Psiquiatría.
- Terapia grupal con pacientes externos. Se estructuran grupos terapéuticos con pacientes externos, realizando intervención psicológica en la psicodinámica personal y grupal.
- Terapia lúdica con pacientes externos.
- Terapia psicopedagógica estimulando las áreas que se observan menos desarrolladas, de acuerdo a la valoración.
- Asistir y participar en las sesiones bibliográficas y clínicas conjuntamente con el equipo interdisciplinario.
- Llenar la hoja de informe de labores diarias.

k) Funciones del Departamento de Trabajo Social:

- Investigación que consiste en investigar la dinámica familiar y el medio ambiente social que rodea a los pacientes, por medio del estudio psicosocial aplicado a los padres de familia y realizar visitas domiciliarias a fin de conocer los cambios surgidos en la dinámica familiar de los pacientes externos.
- Difusión que se lleva a cabo participando en cursos so

bre prevención de accidentes impartidos a personal de Centros de Salud. También se informa a los padres de familia que se encuentran en la sala de quemados sobre la labor del Instituto.

Las actividades generales que desarrolla Trabajo Social se rán explicadas en el siguiente capítulo ya que este contemplara todo lo referente al Trabajo Social.

1) Actividades Del Departamento de Cirugía Reconstructiva:

- Detectar las complicaciones que se derivan de las quemaduras una vez que los pacientes han sido dados de alta.
- Realizar la valoración pertinente determinando si los pacientes deben o no utilizar la licra.
- Asistir como observador a las intervenciones quirúrgicas realizadas por el cirujano del hospital.
- Realizar informe diario de actividades.
- Asistir a las sesiones clínicas y bibliográficas.

m) Actividades del personal de Rehabilitación Física:

- Realizar visita a la sala de quemados.
- Detectar a pacientes con complicaciones para implementar programas de fisioterapia.
- Explicar a los padres de familia la importancia de la fisioterapia y como realizar los ejercicios con el niño.

Es importante señalar que en este servicio el Instituto - cuenta con la colaboración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), dos veces a la semana.

A través del presente capítulo se logra conocer que las - instituciones hospitalarias no privadas en México, que cuentan con un área especial para la atención de quemados, son recientes y que ninguna de ellas cuenta con los recursos necesarios - para atender este tipo de lesiones.

Asimismo, que en los últimos años (1985) se crea el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, mismo que se encarga de atender los problemas psicológicos, médicos y sociales que se derivan de las quemaduras y de esta manera de brindar la atención integral que el paciente quemado necesita.

5.1 Ubicación del Trabajo Social Médico.

Los primeros antecedentes del Trabajo Social Médico los encontramos en la década de 1880, en Inglaterra, con los visitadores médicos que iban a la casa del paciente y aconsejaban a la familia y a los amigos del mismo sobre la atención que necesitaba; después, aparecen, a fines del siglo XIX, las llamadas "damas de la caridad", quienes cuidaban a los enfermos, pero no contaban con la preparación especial, sino que su acción era propiamente empírica. Las enfermeras visitadoras fueron las terceras precursoras del Trabajo Social Médico (1893), pues se dedicaban a hacer visitas a los hogares de los enfermos pobres, en las que encontraban muchos problemas sociales y personales que eran causados por la enfermedad. El cuarto antecedente de Trabajo Social Médico lo constituyen los estudiantes de medicina (1902), que sirvieron como voluntarios en las asociaciones de caridad para que estas pudieran comprender la influencia que las condiciones de vida, sociales y económicas tienen en la enfermedad del paciente.

Basado en estas experiencias el Trabajo Social Médico fue implementado, en 1905, en los Estados Unidos. Al principio, sólo se encargaban de realizar la fijación de cuotas, así como de promover la ayuda material para los enfermos con mayores caren-

cias y, a medida que fue destacando la participación de éste, - se le empezó a ubicar como el profesionista capaz de mantener - el vínculo entre el paciente y su hogar.

En este mismo sentido, fue en los hospitales en donde se - empezó a dar cada vez más importancia a las necesidades de los individuos por lo que extiende sus servicios a las comunidades; de esta manera el Trabajo Social Médico se inserta en los programas de salud y bienestar para los grandes sectores de la población, con otros profesionistas afines como los médicos higienistas y las enfermeras de salud pública.

En México, los antecedentes del Trabajo Social en el área de la salud se remontan a los pueblos prehispánicos ya que estos contaban con una especie de "Beneficencia Pública" a través de la cual se atendían a los necesitados y enfermos.

Posteriormente, época colonial, el Trabajo Social se amplió con la fundación de hospitales, de los cuales, algunos se dedicaban a atender especialmente a los necesitados. En ellos, tal atención la proporcionaba el clero, a través de los frailes y monjas, quienes proporcionaban atención médica, ayuda económica y comida a los enfermos. Esta situación prevalece hasta que son expedidas las Leyes de Reforma (1859).

En el período de Benito Juárez, las instituciones pasan a

ser de carácter social, propiamente, para que se atendiera a la población de escasos recursos económicos; entre ellos se pueden mencionar las instituciones de salud, en donde laboraba personal que realizaba ciertas actividades parecidas a las que realizan los Trabajadores Sociales: Orientación, información, etc.

Es a partir de 1920, cuando aparece un personal especializado que cubre las funciones de investigación de la problemática de casos dentro del ambiente de la beneficencia pública, llamados "inspectores", quiénes detectaban aspectos educativos y - de la alimentación de niños alojados en los hospicios, casas cuna, etc., que a veces funcionaban como pequeños hospitales. En este mismo año, se empieza a contar con la colaboración de mujeres que, desarrollan una amplia labor de servicio social, interesándose primordialmente por la adaptación del individuo a la dinámica social establecida.

En 1929, se crea la plaza de "inspectores de la beneficencia pública", servidores públicos que canalizan a los pacientes a hospitales y verifican la alimentación y atención de los mismos en los establecimientos de beneficencia.

En 1926, se crea la primera escuela de Trabajo Social y en 1933 es formalmente reconocida, dando origen a la preparación técnica e institucionalización del Trabajo Social en el área médica; en función al acuerdo tomado por el Presidente Cárdenas -

el 12 de agosto de 1936, con la Beneficencia Pública del Distrito Federal.

Dos años después, se empieza a definir la labor del Trabajador Social, diferenciándose de las enfermeras visitadoras, ya que se les asignó el manejo de la problemática familiar, grupal y colectiva; por lo que se empiezan a promover cursos de capacitación para esta labor.

En 1940, se empezó a realizar la investigación del medio familiar del paciente para conocer las posibles relaciones de este con el problema de salud; y, ayudar al paciente a aceptar su situación así como a propiciar la participación de la familia, entre otros aspectos.

Es así como el Trabajador Social, en el área de la salud, empieza a adquirir una serie de conocimientos que lo orientan a una preparación técnica paramédica, desenvolviéndose como asistente del médico.

En 1937, se crea en la Universidad Nacional Autónoma de México la profesión de Trabajo Social, con el mismo plan de estudios de la Secretaría de Educación Pública, y, con la fundación del Hospital Infantil de México, en 1943, se comienza a desarrollar definitiva y formalmente la labor del Trabajador Social Médico Hospitalario.

Al respecto, el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde sus inicios (1943), ya contaba con la colaboración de Trabajadores Sociales, que tenían como actividades, las de realizar visitas domiciliarias, entrevistas, observación e investigación, así como visitas a empresas. Posteriormente, se les asignan - - otras actividades, entre las cuales se encuentran actividades - administrativas, reglamentación de visitas a pacientes, atención de incapacidades médicas, intervención en campañas de salud.

Cabe señalar que con el surgimiento de la primera escuela de Trabajo Social queda establecido el nivel técnico de la profesión, cuya finalidad era ayudar al ser humano a enfrentarse a los problemas generados por la sociedad.

En este mismo sentido, se consideraba que: "El Trabajo Social era una técnica de intervención y como tal no requería de teorizaciones propias, ya que disponía de los aportes de los científicos sociales; los cuales precisaban del técnico que actuara sobre el terreno, llevando a la realidad sus ideas sobre la sociedad y su problemática". (36)

Por lo antes mencionado podemos darnos cuenta que el Traba

(36) Boris Lima; Epistemología del Trabajo Social; 3ª edición, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1986. p.63.

jo Social, en su etapa técnica, servía de instrumento para las otras profesiones (médicos y abogados principalmente); acudía a la realidad social para detectar la problemática, sin embargo - no se detenía a analizarla, ni sabía las causas que originaban dicha situación, sólo se dedicaba a recoger datos.

Es por ello que hacia la década de los sesentas surge la - necesidad de cambiar el plan de estudios, elevando el nivel básico al de licenciatura, puesto que: "No era posible seguir - - aceptando una formación empírica y elemental en un área del saber humano que no solamente tiene horizontes ilimitados, sino - que, incluso requiere de la más amplia información y profundización para atender al hombre, su acción, sus conflictos y desarrollo". (37)

Para este tiempo, se necesitaba la formación de un profesionalista más acorde con la problemática nacional, dotado de conocimientos científicos y que le permitieran un análisis de la realidad.

El 28 de marzo de 1969, siendo rector de la Universidad - Nacional Autónoma de México Javier Barrios Sierra se aprobó un nuevo plan de estudios, creando con ello el nivel de licenciatura

(37) García Flores Margarita; Acuerdos del Consejo Universitario; Gaceta UNAM, México, vol. XVIII, núm. 5/15 abril 1969.

ra en Trabajo Social.

Desde entonces la duración de los estudios es de nueve semestres y la carrera requiere, para su ingreso de los estudios de bachillerato, o su equivalente; y, permite y proporciona mayores conocimientos, una base sólida y amplia en la formación profesional, ya que los estudiantes son capacitados para participar en la planeación, programación, investigación, administración y para proporcionar asesoría. Por su parte los estudios del nivel técnico tienen una duración de 3 años, para su ingreso a él se debe contar con los estudios de secundaria y la capacitación que recibe esta encaminada a realizar acciones concretas de programación, recabación y codificación de datos, y administración de algunos recursos.

Actualmente el plan de estudios de la Licenciatura en Trabajo Social cuenta con algunas materias relacionadas o bien, que son del área de la salud y estas son: Demografía y ecología humana, psicología social, salud pública, salud mental, prácticas de trabajo social VII, seminario de instituciones y seminario de salud pública.

En 1988 la Escuela Nacional de Trabajo Social, implementó una especialidad en el área de la salud. Dicha especialidad surge para: "Capacitar específicamente al Licenciado en Trabajo Social a fin de que se integre y participe plenamente en los equi

pos de profesionistas que trabajan en dicha área, por ser uno - de los ámbitos, en donde tradicionalmente se ha desempeñado y - en el que se encuentran laborando más del 60% de los egresados, quienes manifiestan un interés creciente en actualizarse en este saber especializado". (38)

"La especialización está dirigida a licenciados en Trabajo Social y áreas afine; tiene una duración de un año; está dividida en dos semestres, en los cuales se tienen que cubrir los 45 créditos que incluye el plan de estudios y desarrollar un caso práctico, con un valor de 6 créditos." (39)

El objetivo de la especialidad es:

"Capacitar al egresado para participar en equipos interdisciplinarios en donde desarrollará actividades de administración departamental de trabajo social, investigaciones sociales que se requieren para la operatividad de los programas de promoción, educación, protección y restauración de la salud, así como la organización de grupos y, en general de la población, para que

(38) Propuesta de la Especialización de Trabajo Social en el Área de la Salud; ENTS-UNAM, 1988. p.4.

(39) Folleto Informativo Sobre la Especialización en Trabajo Social Médico; ENTS-UNAM, 1992.

participe en proyectos y acciones específicas". (40)

Las asignaturas que se imparten son las siguientes:

"Primer Semestre:

- Taller de investigación sociomédica I.
- Seminario de planeación de la salud en México.
- Seminario de teoría de proceso salud-enfermedad.
- Seminario de trabajo social del área de la salud.

Segundo Semestre:

- Taller de investigación sociomédica II.
- Taller de educación para la salud.
- Seminario de administración de servicios de salud.
- Prácticas de trabajo social en el área de la salud.
- Desarrollo de un caso práctico". (41)

Los ambientes médicos en los cuales se practica el Trabajo Social, hoy día son los hospitales y clínicas, tanto públicas - como privadas; las asociaciones voluntarias y consagradas a la salud, los servicios de sanidad estatales y federales y otras - organizaciones de asistencia social, públicas y privadas.

Después de haber dado una breve reseña histórica sobre el Trabajo Social en el área de la salud, a continuación se aborda

(40) Ibidem.

(41) Ibidem.

el plano del desarrollo de su contenido conceptual, en nuestro tiempo.

Al respecto Ana Brandenburg nos dice que:

"El trabajo social es un servicio técnico y profesional - que al encuadrarse dentro del ámbito hospitalario ya sea para - internados o en consultorio externo colabora con la recupera - ción de los pacientes con dificultades personales y/o ambienta - les relacionados con la enfermedad, preservación de la salud, - la convalecencia y la readaptación". (42)

Por su parte, Margarita Terán Trillo define que:

"El trabajador social especializado en el área de salud es el profesional del equipo de salud que a través de conociemien - tos de la problemática social y su incidencia en la salud se in - tegra en acciones que conllevan a la organización y atención de la salud, tomando como marco los tres niveles de servicio (pre - vención, curación y rehabilitación)". (43)

(42) Brandenburg Ana B.; Servicio Hospitalario; Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1973. p.5.

(43) Terán Trillo Margarita; El Perfil del Trabajador Social - en el Area de la Salud; Revista de Trabajo Social No. 37, ENTS-UNAM. p.3. (El texto entre paréntesis es nuestro).

A su vez, Natalio Kisnerman nos refiere que:

"El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo en las acciones médico sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad". (44)

A través de los anteriores conceptos, podemos darnos cuenta, que el Trabajo Social en el área de la salud es una profesión que se basa en la investigación para conocer los factores tanto sociales como económicos que rodean al paciente y por ende sobre como influyen en su salud; a la vez que es práctica ya que participa en acciones de promoción y prevención para que la población preserve su salud. Así Trabajo Social no pretende resolver todos los problemas del paciente, sino únicamente proponer aquellos factores que están directamente relacionados con la causa y la naturaleza de su enfermedad y su tratamiento, para que el mismo se convierta en un elemento activo que participa en su propio bienestar.

(44) Kisnerman Natalio; Salud Pública y Trabajo Social; Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1987. p.121.

5.2 Objetivos de Trabajo Social Médico.

Los objetivos de Trabajo Social en el área de la salud - son los siguientes:

5.2.1 Objetivo General:

El profesionalista de esta área según Margarita Terán, "Deberá estar capacitado para participar en equipo interdisciplinario de salud, en donde se desarrollan actividades de administración departamental de Trabajo Social, investigaciones sociales requeridas para la operatividad de los programas de promoción de la salud, así como en la organización de grupos y, en general de la población, para que participe en proyectos y acciones específicas". (45)

5.2.2 Objetivos Específicos:

En este sentido, Terán Trillo señala lo siguiente:

- "1.- Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, con relación a un contexto social determinado.
- 2.- Identificar las políticas del Estado en materia de sa

(45) Terán Trillo Margarita; Op. cit. p.25.

lud y las instituciones que las operacionalizan.

- 3.- Participar en la planeación, ejecución, control y la evaluación de los programas y proyectos que llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.
- 4.- Promover la educación y capacitación de individuos, - grupos y comunidades, para que participen; conscientemente y activamente en los programas de salud.
- 5.- Sistematizar las experiencias desarrolladas por los - trabajadores sociales en esta área y en base a ellas generar modelos de intervención para la acción so- - cial". (46)

Natalio Kisnerman agrega, además, la de:

- 6.- "Orientar y capacitar a los pacientes, y a sus fami- liares y a su comunidad en general en los problemas - consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se - asuman como agentes de prevención, recuperación y re- habilitación de la salud, aceptándola como un valor - colectivo que debe preservar". (47)

De acuerdo a las apreciaciones que se han hecho en el Ins- tituto para la Atención Integral del Niño Quemado; en México, - Trabajo Social persigue los siguientes objetivos dentro del - - área específica de atención a quemados.

(46) Ibidem.

(47) Kisnerman Natalio; Op. cit. p.122.

- Identificar los factores sociales que inciden en las quemaduras .
- Participar con el equipo interdisciplinario en la atención del niño quemado.
- Proporcionar al paciente los elementos indispensables para que reciba una atención adecuada.
- Conocer el ambiente social en el que se desenvuelve el menor y su familia.
- Motivar a la familia durante el período de hospitalización para lograr una integración en el tratamiento del menor.
- Promover la prevención de accidentes por quemadura a través de carteles, rotafolios y pláticas con los padres de familia, tanto al interior del hospital como al exterior del mismo.
- Rescatar a los pacientes que fueron dados de alta y no han regresado a terapia.

A través de los anteriores objetivos del Trabajo Social en el área de la salud podemos determinar que tiene propósitos concretos enfocados no sólo a la promoción de la salud sino también a su prevención (a través de la organización y participación de la comunidad), igualmente orienta sus propósitos hacia la recuperación y rehabilitación de la salud.

5.3 Funciones de Trabajo Social en el Area de la Salud.

Las funciones del Trabajo Social dentro del área de la salud varían según diferentes autores; como se deja ver a continuación.

Para Natalio Kisnerman las funciones de Trabajo Social en el área de la salud son:

"1. Promoción.

- 1.1. Elaborar y ejecutar programas de divulgación de los factores que inciden sobre la salud, para usuarios reales y potenciales, así como otros profesionales.
- 1.2. Proporcionar información sobre derechos y deberes del paciente y su familia.

2. Prevención.

- 2.1. Estudiar la incidencia de las variedades socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- 2.2. Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- 2.3. Analizar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud.
- 2.4. Orientar y capacitar a la población usuaria sobre

el uso de los recursos institucionales.

2.5. Orientar y capacitar al grupo familiar a fin de asegurar la salud de sus miembros.

2.6. Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de trabajo social para ejecutar acciones de salud.

3. Recuperación.

3.1. Contribuir con el equipo de salud a reducir y reparar los daños causados por la enfermedad.

3.2. Capacitar al enfermo y a su familia para que participe en su recuperación.

4. Rehabilitación.

4.1. Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad .

4.2. Orientar al médico familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo". (48)

Por su parte, para Margarita Terán Trillo las funciones generales del Trabajo Social en el área de la salud son:

"1. Investigación.

- Diseñar protocolos específicos.

- Identificar factores económicos, sociales y cultura-

(48) Ibidem. pp. 122-123.

les que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.

- Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios de salud.
- Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud.
- Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.
- Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnóstico de salud.

2. Administración.

- Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud.
- Participar en la estimulación de presupuestos y costos de la salud en general.
- Establecer coordinación con instituciones de salud y bienestar social en diferentes niveles.
- Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.
- Buscar la optimización de la eficiencia de los recursos intrainstitucionales.
- Controlar los procesos administrativos del servicio de trabajo social.
- Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la cantidad y la calidad de este.
- Mantener una constante supervisión y asesoría a pro-

gramas específicos.

- Diseñar manuales de normas y procedimientos del servicio de trabajo social.
- Establecer sistemas de coordinación intra y extrahospitalaria.
- Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales.
- Hacer acopio de material didáctico y de difusión.

3. Educación.

- Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.
- Impulsar la educación para la salud física y mental.
- Promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva.
- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.
- Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etc.
- Organizar grupos transitorios de pacientes y familias.
- Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.
- Diseñar material de apoyo didáctico.

4. Enseñanza.

- Asesorar a estudiantes y pasantes en trabajo social.

- Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector.
- Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.
- Coordinar actividades y proyectos especiales con instituciones educativas de trabajo social.
- Difundir las funciones y programas de los servicios de trabajo social, entre los nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes.
- Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.
- Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área.

5. Asistencia.

- Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares.
- Realizar estudios y seguimientos de casos sociales y psicosociales.
- Promover servicios de apoyo (ambulancia, funeraria, etc.).
- Canalizar enfermos a otras unidades operativas.

6. Promoción social o comunitaria.

- Participar en campañas comunitarias de salud.
- Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- Integrar grupos de educación para la salud en las co

munidades.

- Organizar a la población y a la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.
- Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestros.
- Coordinar intra y extrainstitución, la identificación, traslado y atención a la población atendida en condiciones de desastres y siniestros.

7. Orientación legal.

- Orientar a pacientes y familiares sobre los aspectos de medicina legal.
- Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva.
- Establecer el aviso y coordinación con el agente del ministerio público.
- Canalizar el caso". (49)

Para Carmen Flores son:

"1. Investigación.

- De los factores sociales, económicos y culturales - que intervienen en la frecuencia y distribución de la salud y la enfermedad.

(49) Terán Trillo Margarita; Op. cit. pp. 46-51.

- Determinar las necesidades y recursos para la salud.
- Conocer los aspectos que dificultan la utilización de los servicios médicos.
- Estudiar los factores ambientales que pueden interrumpir, interferir e incluso motivar el rechazo del tratamiento, a efectos de modificarlos favorablemente.

2. Administración y planeación.

- Participar en los planes, programas y proyectos del sector salud en general.
- Establecer coordinación con instituciones de salud y bienestar en diferentes niveles.
- Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.
- Controlar y ejecutar los procesos administrativos de servicio de trabajo social.

3. Educación.

- Mantener a la población informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.
- Impulsar la educación para la salud física y mental.
- Participar en campañas de prevención de enfermedades.
- Prevenir problemas de desnutrición, accidentes, enfermedades profesionales y riesgos de trabajo.
- Integrar grupos para la prevención, control y rehabilitación de padecimientos (diabetes, cáncer, alcoholismo, etc.).

4. Promoción social.

- Participar en campañas comunitarias, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- Integrar grupos para la educación de la salud en las comunidades.
- Movilizar a la comunidad para obtener recursos en pro de la salud.

5. Capacitación.

- Participar en programas de capacitación del equipo de salud.
- Fomentar la actualización y especialización de trabajo social". (50)

Como se puede apreciar las funciones que comúnmente desarrolla Trabajo Social en el área de la salud, pueden resumirse entre 3 y 7, sin embargo, habrá la necesidad de implementar - - otras funciones, tomando en cuenta las necesidades de la institución médica y la particularidad de cada caso.

En este sentido, los tres autores citados con anterioridad coinciden sólo en una función, la de promoción; mientras que - dos de ellos están de acuerdo en las funciones de investigación,

(50) Flores Cisneros Carmen; El Trabajo Social y la Importancia del...; Tesis UNAM-ENTS., México, 1989. pp. 39-40.

administración, educación y enseñanza-capacitación; pero difieren en otras como asistencia y orientación citadas por Margarita Terán, mientras que Natalio Kisnerman emplea las funciones - de prevención, recuperación y rehabilitación.

5.4 Trabajo Social en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado.

La participación del Lic. en Trabajo Social en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado se realiza en base al trabajo del equipo interdisciplinario, conformado por un médico, un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y, regularmente cuenta con el apoyo de prestadores de servicio social universitario, tanto trabajadores sociales como psicólogos.

En las sesiones que éste lleva a cabo periódica o regularmente, se establece en forma permanente el intercambio de apreciaciones respecto a los casos atendidos por parte de los mismos, a través de reuniones continuas, modificando, oportunamente, las actividades inadecuadas, determinando necesidades y la forma en que han de ser abordados o atendidos.

El Trabajo Social interviene específicamente en la atención de los factores psicosociales; enfocándose al aspecto emotivo del paciente, donde su labor es la de orientar adecuadamente al paciente, ayudándolo moralmente a asimilar su situación como un hecho ya consumado en el que ahora los esfuerzos serán encaminados a la recuperación de su estado de salud.

Las actividades que Trabajo Social realiza en el Instituto son:

1. Elaboración del estudio psicosocial a través de una o varias entrevistas. El propósito de éste es conocer las causas que originaron el accidente, y poder incidir sobre las mismas; conocer la dinámica familiar y así obtener los elementos necesarios para brindar una mejor atención al paciente; y conocer el aspecto económico para que en caso de que el paciente requiera de una licencia, el Instituto pueda donársela o bien, pagar una parte de su valor total.
2. Control de ingresos y egresos de los pacientes a través de un registro que se realiza diariamente.
3. Visita a sala de quemados, donde se conversa con el paciente y sus familiares observando la evolución del primero para detectar las diversas alteraciones, percibir los cambios de conducta que está experimentando el paciente; y, una vez captado todo lo anterior, lo comenta con el equipo de trabajo en el momento de estar analizando un caso dado.
4. Análisis de caso con el equipo interdisciplinario. Estos análisis se dan en forma periódica, intercambiándose impresiones y juicios sobre la problemática biológica, psicológica y social que presenta el menor; elaborando conjuntamente el plan de acción que se pondrá en

marcha.

5. Revisión continua de expedientes efectuados por el área médica (hospital) y psicológica, para poder estar oportunamente enterados de las evoluciones que presenta el paciente.
6. Seguimiento post-hospitalario de casos, a través de las visitas domiciliarias, para conocer su medio familiar y social, y de esta manera incorporar los elementos necesarios a fin de ayudar a la readaptación de su hogar.
7. Realizar las canalizaciones pertinentes de acuerdo a las características y condiciones que presenta el paciente .
8. Participar en sesiones bibliográficas en las cuales un integrante del equipo interdisciplinario expone un tema relacionado con la atención del niño quemado. Al terminar la exposición se lleva a cabo un intercambio de opiniones sobre el mismo, para aclarar dudas, reforzar el tema y para que los participantes adquieran el mismo nivel de conocimientos sobre el tema.
9. Realizar el control de pacientes que acuden a consulta.
10. Supervisión a pasantes de trabajo social de manera con-

tinua.

11. Mantener el orden de los expedientes de cada paciente - que es atendido en el Instituto.
12. Realizar pláticas sobre prevención de accidentes conjuntamente con el equipo interdisciplinario en las diferentes instituciones de salud dirigidas al personal de las mismas.
13. Preparar el material didáctico para las pláticas sobre prevención de accidentes.
14. Elaboración de informe diario y mensual de actividades.

A través de este capítulo podemos darnos cuenta que el Trabajo Social en el área de la salud tiene sus inicios desde tiempos muy remotos, en donde no se contaba con una preparación previa sino que se actuaba de una manera empírica, que con el paso del tiempo, y debido a la importancia que fue tomando este tipo de actividad sobre todo en la atención de enfermos hospitalizados, surgió la necesidad de capacitar a este personal conocido hoy en día, como Trabajador Social, y que a la par con ello surgen y se desarrollan las primeras escuelas de Trabajo Social.

También ha quedado señalado que, en nuestro país, esta pro

fesión adquirió una notable importancia en la década de los -- años treinta y los cuarentas, que en ellas aparecieron varias escuelas de Trabajo Social, a nivel técnico, en donde se preparaba a los alumnos para actuar en situaciones concretas, sin conocer las causas que originaban dichas situaciones y que, posteriormente, a finales de la década de los sesentas, se crea la Licenciatura en Trabajo Social, en la Universidad Nacional Autónoma de México, lo que dio lugar a un amplio desarrollo de la profesión, puesto que en ella establecieron objetivos y funciones generales que son trascendentales para el desarrollo de la práctica profesional, en todos los campos de acción del Trabajo Social específicos, sobre todo en el área de la salud.

Aunado a lo anterior, se señala que en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, se ha implementado una especialización en el área de la salud que responde a la demanda de una gran cantidad de trabajadores sociales, que se encuentran laborando en este campo y que requieren de un panorama más amplio de conocimientos.

Finalmente se ha dejado ver la intervención que el Trabajador Social desarrolla dentro del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, delimitando sus objetivos, funciones y actividades.

A continuación se presentará el diseño de investigación, -

así como los resultados producto de la investigación de campo - desarrollada con los padres de familia de los pacientes que fue ron atendidos en el Instituto; así como con los profesionistas que laboran en el mismo y; de esta manera conocer cuáles son - las causas que originan la escasa participación de los pacien-- tes quemados que han sido dados de alta, al tratamiento post- - hospitalario.

CAPITULO VI

INVESTIGACION DE CAMPO.

6.1 Justificación.

En base a nuestras apreciaciones encontramos que en México existen pocas instituciones que se encargan de atender a la población que ha sido afectada por las quemaduras. La zona metropolitana no es la excepción.

En esta última, para cumplir en parte con la demanda de servicios de este tipo, se creó el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A. C., que trabaja en coordinación con el Hospital Infantil Xochimilco y que sólo se encarga de atender a la población infantil. Dicha atención es "integral" dado que intervienen profesionistas en psiquiatría, psicología, trabajo social, rehabilitación física y cirugía plástica.

Gran parte de la población que es atendida en el hospital, especialmente en la sala de quemados, requiere de una atención post-hospitalaria, debido a los diversos tipos de trastornos que genera tanto la hospitalización como la quemadura.

A pesar de ello, se ha observado que es muy elevado el número de pacientes que no regresan a recibir este tipo de atención.

Ante esto, se hace necesaria la intervención de un profesionalista con la capacidad de sensibilizar, promover y concientizar a las familias de los pacientes afectados; sobre la importancia de la atención post-hospitalaria.

El profesionalista en Trabajo Social cuenta con la preparación requerida pero, dado que es un campo desconocido para él, se hace necesario realizar una investigación de campo, a fin de conocer las causas que originan el alto índice de deserción al tratamiento post-hospitalario.

Esta investigación busca llenar ese vacío, ampliar el campo de acción en esta área de trabajo, así como, de ser posible, nuevos aportes sobre este tema y, sobre todo, dar alguna alternativa de solución: un proyecto para tal fin.

6.2 Planteamiento del Problema.

En México no se cuenta con estadísticas concretas acerca de la incidencia de las quemaduras que sufre la población, sólo se sabe que tanto niños como adultos son los afectados. A pesar de que los accidentes por quemaduras siempre han existido, no fue hasta 1984, a raíz del suceso de San Juan Ixhuatepec, cuando se empezó a dar una atención especial a los afectados por este tipo de accidentes. Actualmente, dicha labor la realiza el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, única ins

titución en el Distrito Federal que se encarga de atender el problema del niño quemado, desde 1986.

Las quemaduras por accidente afectan más al sector de población infantil que a otros sectores, ya que el niño por descuido, por inexperiencia e inquietud está expuesto a sufrir este tipo de accidentes; y por cuanto su cuerpo está en desarrollo, aunque las quemaduras abarquen una mínima extensión corporal implican mayor gravedad, todo menor escolar o preescolar con áreas mayores de 10% de la superficie corporal, requiere de manejo hospitalario.

Para el niño, las quemaduras le resultan un evento catastrófico, ya que además de las lesiones orgánicas, debe pasar por el trauma de la separación de sus padres; la hospitalización y los múltiples procedimientos médicos.

Estos acontecimientos no son comprendidos por el niño ya que les da una interpretación errónea que lo llenan de temor y ansiedad, y que prevalecen en él por un largo tiempo; por ello, se le debe brindar una atención no sólo en el período de hospitalización sino también una vez que es dado de alta.

En el Hospital Infantil Xochimilco, que trabaja en coordinación con el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, se ha observado una alta deserción de pacientes que re-

quieren de tratamiento post-hospitalario.

Ante esto nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Serán los escasos recursos económicos de la familia del paciente, la falta de información a los padres de familia sobre el tratamiento, la lejanía, la falta de tiempo para acudir al hospital, el desinterés de los padres por los hijos o la falta de experiencia de los profesionistas que laboran en el Instituto los factores que contribuyen para que tal situación se esté generando?

6.3 Objetivos.

- Conocer las causas que originan el alto índice de pacientes que no asisten al tratamiento post-hospitalario.
- Establecer la importancia que tiene, que el menor continúe asistiendo a terapia.
- Ampliar la participación de Trabajo Social en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado a fin de rescatar a los pacientes que requieren de tratamiento post-hospitalario.
- Diseñar un proyecto que proponga una alternativa de solución a este problema.

6.4 Planteamiento de Hipótesis.

Hipótesis General.

La falta de información acerca de la importancia del tratamiento post-hospitalario, los escasos recursos económicos con que cuenta la familia del paciente, el desinterés en el bienestar de los hijos, el poco tiempo de que disponen los padres para asistir al Instituto y la falta de experiencia de los profesionistas que laboran en el Instituto, así como la lejanía del Instituto traen como consecuencia que los pacientes dejen de asistir al tratamiento post-hospitalario.

Hipótesis Particulares.

- La falta de información acerca de la importancia del tratamiento post-hospitalario trae como consecuencia la escasa participación de los pacientes en dicho tratamiento.
- Las limitaciones económicas de la familia generan la escasa participación del paciente al tratamiento post-hospitalario.
- El desinterés de los padres sobre el bienestar de sus hijos contribuye a una escasa participación de pacientes al tratamiento post-hospitalario.

- El poco tiempo del que disponen los padres para asistir al Instituto, así como la lejanía de este, provocan una limitada participación de pacientes al tratamiento post-hospitalario.

- La falta de experiencia sobre esta área de trabajo de los profesionistas que laboran en el Instituto origina la escasa participación de pacientes al tratamiento post-hospitalario.

Operacionalización de Hipótesis.

Tratamiento Post-Hospitalario.

Asistencia a citas	Información	Economía
- Constante	- Información	- Ingresos
Si	escrita	Menos del salario mínimo
No	Folletos	Más del salario mínimo
- Inconstante	Carteles	Salario mínimo
0 veces	- Información	- Egresos
1 vez	oral	Durante el tratamiento
2 veces	Pláticas	
3 veces	Conferencias	
4 veces	Sesiones	
5 veces o más	Directa	

Tratamiento Post-Hospitalario.

Tipo de vivienda	Desinterés
Propia	- Permiso en trabajo
Rentada	SI
Prestada	No
- Distribución de la vivienda	- Familiar responsable
1 cuarto	Madre
2 cuartos	Padre
3 cuartos	Ambos
4 cuartos	Otros
- Material de construcción	- Interés en el tratamiento
- Piso	Médico
Cemento	Psicológico
Tierra	- Asignación de citas
- Paredes	2 veces por semana
Tabicón	Semanalmente
Lámina	Cada dos semanas
Lámina de cartón	Cada 4 semanas
- Techo	Cada 6 semanas
Concreto	
Lámina	
Lámina de cartón	

Tratamiento Post-Hospitalario.

Relación familiar	Tiempo del que disponen los pa dres para acudir al Instituto
- Comunicación familiar	
Buena	- Matutino
Regular	1 hora
Mala	2 horas
- Relación entre padres	3 horas
Buena	- Vespertino
Regular	1 hora
Mala	2 horas
- Relación entre padres e hijos	3 horas
Buena	- Fines de semana
Regular	Sábado
Mala	Domingo
- Relación entre hermanos	- Duración terapias psicológi- ca
Buena	
Regular	Media hora
Mala	Una hora
- Existe alcoholismo	
Si	
No	
- Existe drogadicción	
Si	
No	

Tratamiento Post-Hospitalario

Lejanía	Agentes que producen la quemadura
- Distancia del hogar al Instituto	Líquidos calientes
1 hora	Fuego
2 horas	Substancias químicas
3 horas o más	Corriente eléctrica
- Espacio donde se ubica la vivienda	Otros
Sur de la ciudad	- Tipo de quemadura
Norte de la ciudad	No grave
Este de la ciudad	Graves
Oeste de la ciudad	Muy graves
Centro de la ciudad	- Efectos de la quemadura
Area metropolitana	Psicológico
Estados de la República	Médico
- Medios de transporte	
Colectivo	
Particular	

Tratamiento Post-Hospitalario

Visitas domiciliarias

Si

No

- Periodicidad

1 vez

2 veces

3 veces

4 veces

5 o más veces

Terapias rehabilitatorias

- Psicológica

Si

No

- Sesiones individuales

Si

No

- Sesiones grupales

Si

No

- Médicas

Si

No

- Instrucciones médicas

Si

No

Tratamiento Post-Hospitalario

Experiencia

- Estudios	- Calidad de atención brindada por el Instituto
Pasante	Trato y/o atención del equipo interdisciplinario -
Licenciatura	en hospitalización
Especialidad	Bueno
Maestría	Regular
- Curso de capacitación	Malo
- Empleos anteriores relacionados con la profesión	Trato y/o atención del equipo interdisciplinario -
Otro	en consulta externa
Ninguno	Bueno
- Años de desempeño en la profesión	Regular
1 a 3 años	Malo
3 a 6 años	
6 a 9 años	
10 o más años	
- Efectividad en el tratamiento de rehabilitación	

6.5 Tipo de Investigación.

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó el método hipotético deductivo dado que se tomó en cuenta a una población en particular y a partir de los resultados obtenidos se dio una alternativa de solución válida para toda la población afectada por el problema. A su vez se utilizó la observación y la cuantificación estadística.

La elaboración del marco teórico conceptual se hizo en base a las técnicas de investigación documental: libros, revistas, folletos, expedientes, etc., de los cuales se elaboraron fichas bibliográficas, hemerográficas y de trabajo.

6.6 Diseño del Instrumento.

Para llevar a cabo la investigación de campo se aplicó un cuestionario a los padres de familia que consta de una cédula de preguntas cerradas y abiertas; y una entrevista a los profesionistas que laboran en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, basándonos en una batería de preguntas. Dichos instrumentos se desarrollan a partir de las variables que se desprendieron de las hipótesis mismas que una vez conceptualizadas se desglosaron en categorías e indicadores y posteriormente en preguntas.

6.7 Selección de la Muestra.

La población encuestada fue elegida en base a una muestra aleatoria apoyándonos en el listado de pacientes que fueron - - atendidos durante 1991 y la primera mitad de 1992, que dejaron o bien que no acudieron al tratamiento post-hospitalario, de - los cuales, tomamos al azar nombres y direcciones de 48 pacientes que representaron un 20% de un total de 240 pacientes.

En cuanto a las entrevistas estas fueron aplicadas en su - totalidad a los profesionistas que laboran en el Instituto, - - siendo un total de 11 entrevistas.

6.8 Recolección de Datos.

Para la cédula de entrevista se llevó a cabo una prueba piloto aplicando cinco cuestionarios a los responsables del menor, mismas a las que se les realizaron algunas correcciones y ajustes, posteriormente se procedió a la aplicación definitiva.

El tiempo en que se llevó a cabo la aplicación de la cédula fue de cinco semanas, tomando en cuenta que en algunas oca--siones se realizaron dos visitas a un mismo domicilio, ya que - muchas veces no se encontraba el responsable directo de menor.

6.9 Tratamiento Estadístico.

6.9.1 Interpretación de los Resultados Obtenidos de las Encuestas Aplicadas a los 48 Padres de Familia de los Pacientes con Quemaduras que Fueron Atendidos en el Instituto para la Atención del Niño Quemado.

Cuadro. No. 1. Sexo del paciente.

Sexo	Frec.	%
Masculino	32	67
Femenino	16	33
Total	48	100

De los hijos de los encuestados destacan los de sexo masculino con un 67%; en tanto que el femenino alcanza un 33%. Esto se debe probablemente a que el sexo masculino generalmente es más inquieto y sus juegos más agresivos que en el sexo femenino.

Cuadro No. 2. Edad del paciente.

Edad	Frec.	%
1	0	0
1-4	33	69
5-9	9	19
10-14	6	12
Total	48	100

Sobresalen las edades que oscilan entre los 1 y 4 años con un 69% y con un 12% las edades entre 10 y 14 años. Esto se debe posiblemente a que en estas edades (1-4) los niños son inquietos y curiosos lo que muchas veces los lleva a ser víctimas de quemaduras.

Cuadro No. 3. Escolaridad del paciente.

Escolaridad	Frec.	%
Menores	36	75
Pre-escolar	2	4
1° y 2° Primaria	4	9
3° y 4° Primaria	3	6
5° y 6° Primaria	1	2
1° Secundaria	1	2
2° y 3° Secundaria	1	2
Total	48	100

Del 100% de los niños que han sufrido quemaduras y que no han continuado con el tratamiento post-hospitalario, el 75% corresponde a los menores que aún no inician sus estudios y el 2% corresponde a los que están cursando sus estudios de secundaria, lo cual se puede comprobar con el alto porcentaje que se presenta en el rubro de 1 a 4 años.

Cuadro No. 4. Responsable del niño.

Responsable	Frec.	%
Madre	45	94
Padre	1	2
Abuela	1	2
Hermano	1	2
Total	48	100

Se observa que en el 94% de los casos la responsable del menor resultó ser la madre, esto probablemente se debe a que es la persona que pasa mayor tiempo en el hogar, ya que el padre muchas veces se encuentra laborando correspondiendo a éste el 2%.

Cuadro No. 5. Edad del responsable.

Edad	Frec.	%
17-21	5	11
22-26	13	27
27-31	12	25
32-36	10	21
37-41	3	6
42-46	1	2
47-51	3	6
52-56	1	2
Total	48	100

En lo referente a la edad del responsable tenemos que el 27% se encuentra en el rubro de 22-26 y el 25% está en el de 26-31, esto refleja que un porcentaje considerable de responsables son jóvenes contrastando con el 2% que corresponde a personas que tienen entre 52-56 años.

Cuadro No. 6. Escolaridad del responsable.

Escolaridad	Frec.	%
Analfabeta	3	6
Primaria Incompleta	12	25
Primaria Completa	17	36
Secundaria Incompleta	4	8
Secundaria Completa	10	21
Bachillerato Incompleto	1	2
Bachillerato Completo	1	2
Técnico	0	0
Profesional	0	0
Total	48	100

El 36% de los responsables posee solamente la primaria completa y sólo un 2% posee el bachillerato completo, es decir, el grado de estudios más alto de este rango. Tal vez se deba al bajo nivel de estudios, que todas las personas (responsables del menor), no comprendan la importancia que tiene el tratamiento post-hospitalario para los menores que han sido afectados por las quemaduras.

Cuadro No. 7. Ocupación del responsable:

Ocupación	Frec.	%
Hogar	33	69
Comerciante	7	15
Empleada	7	15
Estudiante	1	2
Total	48	100

En este cuadro podemos observar que el 69% de los responsables tienen como ocupación el hogar, por otro lado el 2% corresponde a los estudiantes. Aunque el porcentaje mayor recae en el hogar, debemos tomar en cuenta que es una ocupación muy absorbente ya que comprende el cuidado de los hijos, la atención del marido, el arreglo de la casa, etc., que en muchas ocasiones no dejan tiempo para otras cosas, entre éstas para acudir al Instituto.

Cuadro No. 8. La quemadura de su hijo fue

Quemadura	Frec.	%
No grave	9	19
Grave	30	62
Muy grave	9	19
Total	48	100

En lo que se refiere al tipo de quemaduras destacan aquellas que fueron graves con un 62%, por el contrario las quemaduras muy graves sólo se presentan en un 19% y las no graves en igual porcentaje. Esto demuestra que un importante porcentaje de lesionados a pesar de que presentaron quemaduras graves dejan de asistir al tratamiento, sin tomar en cuenta las consecuencias a corto y largo plazo que esto podría ocasionarles.

Cuadro No. 9. La quemadura fue causada por

Agente Causal	Frec.	%
Líquidos calientes	35	73
Sólidos calientes	1	2
Fuego	11	23
Substancias químicas	0	0
Corriente eléctrica	1	2
Otros	0	0
Total	48	100

En cuanto a lo que se refiere a la causa de las quemaduras encontramos que un 73% corresponde a quemaduras por líquidos calientes, otro porcentaje que no se puede dejar de citar son las causadas por el fuego siendo un 23%, mientras que tanto los sólidos calientes como los producidos por corriente eléctrica corresponden a un 2%. Estas cifras concuerdan con los datos recabados en una investigación realizada en el Hospital Infantil Tacubaya en donde se encontró que el 75% de las quemaduras son producidas por líquidos calientes.

Cuadro No. 10. Estuvo enterado de los avances de salud de su paciente cuando estuvo hospitalizado

Concepto	Frec.	%
Si	37	77
No	11	23
Total	48	100

La mayoría de los entrevistados (léase madres) dijo estar enterado de los avances del estado de salud de su hijo cuando éste se encontraba hospitalizado; esto nos demuestra el enorme interés que tienen cuando sus hijos se encuentran hospitalizados.

Cuadro No. 11. Las dudas del estado de salud las consultaba con:

Concepto	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Médico	35	73								
	13	27								
Enfermería			12	25						
			36	75						
Trabajo Social					6	13				
					42	87				
Psicólogo							0	0		
							48	100		
Ninguno									1	2
									47	98
Total	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100

La principal fuente de información para conocer el estado de salud del niño resultó ser el médico, quedando en segundo término el personal de enfermería y, en último, el psicólogo. Por ser el médico quien atiende directamente a los pacientes se puede inducir que éste es quien les da la información que buscan y por ende recurren a él.

**Cuadro No. 12. ¿Citaron al niño al Instituto cuando fue
dado de alta?**

Concepto	Frec.	%
Sí	37	77
No	11	23
Total	48	100

**Cuadro No. 12.1. ¿Acudía a las citas que le fueron
asignadas al menor?**

Concepto	Frec.	%
Sí	25	52
No	23	48
Total	48	100

Por lo que toca a las citas post-hospitalarias, los resultados estadísticos indican que al 77% de los entrevistados, sí se les asignó una cita para acudir al Instituto, mientras que un 23% no fue citado, ya que muchas veces son dados de alta del Hospital fuera del horario de trabajo del Instituto. Cabe señalar que de los pacientes que fueron citados sólo el 52% acudieron a sus citas.

Cuadro No. 13. ¿Quién llevó al niño al Instituto?

Concepto	Frec.	%
Madre	23	48
Padre	1	2
Ambos	1	2
Otros	0	0
Nadie	23	48
Total	48	100

El 48% de los pacientes fueron llevados al Instituto por la madre y sólo el 2% fueron llevados por el padre. Esto, como ya se observó anteriormente (ver cuadro # 4 donde coincide el 2% referente al padre) se debe a que en la mayoría de los casos la madre es la responsable de los hijos, en este caso del menor afectado por las quemaduras de algún agente.

Cuadro No. 14. ¿Cada cuándo le asignaban a la cita?

Concepto	Frec.	%
Una vez por semana	14	29
Dos veces por semana	3	6
Cada 2 semanas	2	4
Cada 4 semanas	4	9
Cada 6 semanas	2	4
Nunca acudió	23	48
Total	48	100

En el 29% de los casos las citas fueron asignadas una vez por semana, mientras que al 4% de los casos, se le asignaron cada 6 semanas. Esto indica que es poco el tiempo que los padres deben dedicar para acudir a las citas, o sea llevar a sus hijos al Instituto.

Cuadro No. 15. ¿Cuántas consultas tuvo después de haber sido dado de alta?

No. de Consultas	Frec.	%
0	23	48
1	4	8
2	7	15
3	3	6
4	2	4
5	0	0
6	2	4
7	1	2
8	1	2
9 o más	5	11
Total	48	100

A través de este cuadro se puede apreciar que a pesar de que un alto porcentaje de los entrevistados mencionó haber asistido a sus citas, de estos últimos el 15% acudió sólo a dos consultas y el 11% a 9 o más, sin embargo, se destaca que ninguno de ellos terminó su tratamiento.

Cuadro No. 16. ¿Acudía o acude a valoración médica?

Concepto	Frec.	%
Si	29	60
No	19	40
Total	48	100

En lo que toca a la valoración médica de los pacientes dados de alta, el 60% de los menores sí fue llevado a este tipo de servicio, mientras el 40% no volvió.

Así, a pesar de que el Hospital Infantil Xochimilco ofrece el servicio médico y de que es elevado el número de pacientes quemados que acuden a él, habría que señalar, que ignoran el servicio del Instituto, dado que no acuden a él, aunque se encuentra dentro del Hospital.

Cuadro No. 17. ¿El niño ha tenido alguna complicación a raíz de la quemadura?

Concepto	Frec.	%
Sí	34	71
No	14	29
Total	48	100

Del 100% de los casos se encontró que un alto porcentaje (71%) ha presentado algún tipo de complicación en tanto que un 29% no las ha tenido. Es notable el hecho de que a pesar de que un alto porcentaje de pacientes presenta complicaciones no han sido llevados al Instituto para atenderlas, lo cual es de vital importancia para el futuro desarrollo del menor.

Cuadro No. 18. Tipo de complicación.

Complicación	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Abultamiento de cicatrices	22	46								
	26	54								
Sus cicatrices impiden movimiento			0	0						
			48	100						
Dolor					4	8				
					44	92				
Irritación							18	36		
							30	64		
Otros									12	25
									36	75
Total	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100

De las complicaciones que se han presentado destacan la de abultamiento de cicatrices e irritación. Habría que tomar en cuenta que este tipo de complicaciones son las más delicadas ya que con el tiempo pueden provocar retracciones e invalidez en ciertas áreas del cuerpo así como la desfiguración física que interfieren en el sano desarrollo del niño. Cabe señalar que cada una de las opciones de la pregunta (tipo de complicación), tuvo que dividirse de manera individual porque hubo familiares que respondieron más de una opción. Y, a pesar de que no son muy altos los porcentajes, como se puede apreciar en el cuadro, habría que tomar en cuenta que la mayoría presenta algún tipo de complicación (71%, del cuadro # 15: Complicaciones).

Cuadro No. 19. Se presentaron cambios en la conducta del menor.

Concepto	Frec.	%
Si	27	56
No	21	44
Total	48	100

En lo que respecta a los cambios de conducta un 56% de los responsables del menor mencionó que éste ha presentado alteraciones en su conducta ya que se han vuelto rebeldes, demandantes o berrinchudos. Esto se debe a que los menores no entienden los procedimientos a los que son sometidos durante su hospitalización y muchas veces lo interpretan como castigos. Cabe señalar que en la mayoría de los casos los padres de familia tampoco entienden por qué se da este comportamiento y tienden a castigar al menor o a consentirlos. Ambas conductas (de los padres), constituyen un aspecto negativo para el ajuste emocional del menor, de ahí la importancia de que asistan a recibir el tratamiento post-hospitalario.

Cuadro No. 20. ¿Es visible la quemadura?

Concepto	Frec.	%
Si	39	81
No	9	19
Total	48	100

En lo que se refiere a las quemaduras; en un alto porcentaje son visibles, por la marca o mancha que se presenta en la superficie dañada. Esto trae como consecuencia, conflictos emocionales, lo que a su vez afecta la relación en el entorno social del menor.

Cuadro No. 21. ¿Sabe en qué consiste el tratamiento que se proporciona en el Instituto?

Concepto	Frec.	%
Sí	22	46
No	26	54
Total	48	100

Respecto al tratamiento que se proporciona dentro del Instituto, un porcentaje importante mencionó no conocer en qué consiste dicho tratamiento; aunque también es alto el número de personas que dicen conocerlo. Cabe señalar que algunos de ellos dieron una explicación errónea sobre el tratamiento. Es fácil deducir que debido a esta falta de información, no se le da debida importancia al tratamiento post-hospitalario.

Cuadro No. 22. Se enteró por medio de:

Medio Información	Frec.	%
Folletos	0	0
Pláticas	0	0
Conferencia	0	0
Carteles	0	0
Información directa	22	46
Ninguno	26	54
Total	48	100

El único medio por el cual los padres del menor se enteraron del tratamiento fue a través de la información directa, por lo que, considerando el bajo nivel de estudios de los familiares del menor es fácil suponer una mala interpretación de dicha información. El resultado de este cuadro nos confirma que el 54% desconocen el tratamiento, se puede hacer contrastación con el cuadro 21 y se percibe que en un porcentaje igual es insuficiente la información.

Cuadro No. 23. ¿Platica usted con el niño?

Concepto	Frec.	%
Frecuentemente	44	92
De vez en cuando	4	8
Rara vez	0	0
Nunca	0	0
Total	48	100

El 92% aseguró platicar frecuentemente con el menor y el 8% que lo hace de vez en cuando, lo que hace suponer que la gran mayoría de los responsables se preocupa por lo que le pasa a sus hijos.

Cuadro No. 24. ¿De qué platica usted con el niño?

De qué platica	Frec.	%
De los problemas que el niño tiene	18	38
De los problemas que Usted tiene	3	6
De lo que al niño le gusta	23	48
Otros	4	8
Total	48	100

El diálogo que se da entre el responsable y el menor se enfoca principalmente a hablar sobre los gustos del menor, le siguen los problemas que el niño tiene y, en tercer lugar los problemas del responsable. Cabe señalar que esta información no es del todo confiable ya que en muchas ocasiones las personas (familiares del paciente) tienden a distorsionar la información cuando se les hace este tipo de preguntas.

Cuadro No. 25. La comunicación en su familia es:

Comunicación	Frec.	%
Buena	33	69
Regular	11	23
Mala	4	8
Total	48	100

En cuanto a la comunicación familiar el 69% la considera buena y sólo el 8% la considera mala. Esto nos lleva a considerar que en general el menor se desenvuelve en un medio familiar adecuado en caso de que la información sea del todo veraz.

Cuadro No. 26. Hay disgustos en la pareja

Concepto	Frec.	%
Si	39	81
No	9	19
Total	48	100

Cuadro No. 26.1. Cuando surge el enojo se debe a:

Causas	Frec.	%
Problemas económicos	8	17
Problemas de los hijos	14	29
Combinación de ambos	2	4
Otros	24	50
Total	48	100

En su mayoría los padres de familia externaron tener problemas con su pareja. Lo cual se debe en un 50% a diversos motivos como son celos, problemas de alcoholismo, incumplimiento de las obligaciones del hogar, etc. El 29% se debe a problemas por los hijos.

Cuadro No. 27. El enojo se expresa en:

Expresión del enojo	Frec.	%
Agresión verbal	32	67
Agresión física	3	6
Con silencio	11	23
Otros	2	4
Total	48	100

En la mayoría, un 67% de las parejas (padres de familia), presentan agresión de tipo verbal, mientras que la agresión física representa un 6%. Tal vez esta situación no genera graves conflictos al interior de la familia lo que nos hace suponer que el menor se desenvuelve en un ambiente adecuado.

Cuadro No. 28. Cuando su hijo tiene algún problema a
quién recurre.

Concepto	Frec.	%
Madre	26	54
Padre	5	11
Ambos	12	25
Hermanos	0	0
Amigo	0	0
Otros	5	11
Total	48	100

Quando se presenta algún problema el 54% de los menores dicen recurrir a la madre, en tanto que sólo el 11% recurre al padre. Esto se debe principalmente a que la madre es quien pasa la mayor parte de tiempo conviviendo con los hijos, lo que le permite estar presente cuando el niño tiene algún problema.

Cuadro No. 29. La relación entre sus hijos es:

Relación	Frec.	%
Buena	31	65
Regular	10	21
Mala	2	4
No aplicable	5	10
Total	48	100

Respecto a la relación entre los hijos, el 65% menciona que esta es buena; sin embargo, un 4% externó que la relación entre sus hijos es mala y un 21% que es regular. Como podemos ver, casi la 3ª parte de las familias encuestadas presenta una relación no satisfactoria entre sus hijos, lo cual es un reflejo de la relación entre los padres de familia (Ver cuadro 26).

Cuadro No. 30. Cuando sus hijos se encuentran molestos lo demuestran:

Concepto	Frec.	%
Verbalmente	8	38
Fisicamente	27	56
Ambas	3	6
Total	48	100

El 56% de los casos encuestados dice que sus hijos demuestran fisicamente su malestar; y, sólo un 6% demuestran su enojo tanto verbalmente como fisicamente. Cabe señalar que aunque la relación entre los hijos es buena, es común que los hijos se agredan fisicamente debido a la edad de éstos.

Cuadro No. 31. Al interior de la familia existen problemas de:

Concepto	F	%	F	%	F	%	F	%
Drogadicción	0	0						
	48	100						
Alcoholismo			20	42				
			28	58				
Tabaquismo					19	40		
					29	60		
Ninguno							16	33
							32	67
Total	48	100	48	100	48	100	48	100

Los problemas que con mayor frecuencia se presentan al interior de la familia son el alcoholismo y el tabaquismo. Cabe señalar que cada una de las opciones (de la pregunta) tuvo que dividirse de manera individual, ya que hubo padres de familia que respondieron más de una opción. A pesar de que los porcentajes no son muy altos, habría que tomar en cuenta que la mayoría de las familias presente algún tipo de problema. Esto nos puede indicar que la presencia de estos problemas, principalmente el alcoholismo, absorben la atención de la familia, descuidando el tratamiento del menor.

**Cuadro No. 32. Dispone de tiempo para acudir al
Instituto.**

Concepto	Frec.	%
Sí	43	90
No	5	10
Total	48	100

Un 90% contestó que sí dispone de tiempo para llevar a su hijo al tratamiento psicológico y sólo un 10% dijo que no, tomando en cuenta que es la madre quien puede llevarlos (Ver cuadro # 2). Es importante señalar que aunque respondieron que sí disponen de tiempo, existe un gran ausentismo de pacientes a dicho tratamiento una vez que los pacientes han sido dados de alta.

Cuadro No. 33. Le es más fácil llevar a su hijo en:

Concepto	Frec.	%
Mañanas	34	71
Tardes	10	21
Sábados y domingos	4	8
Total	48	100

Para la mayoría de los encuestados el horario (de citas) del Instituto es el adecuado ya que el 71% mencionó poder asistir en las mañanas; si embargo es importante señalar que los que disponen de tiempo, sábados y domingos, incluso por las tardes, es un porcentaje importante 29%, lo que indica que sería conveniente ampliar el horario de trabajo del Instituto, ya que sólo se cuenta con atención en horario matutino.

Cuadro No. 34. ¿Solicita permiso en su trabajo para llevar al niño al Instituto?

Concepto	Frec.	%
Si	6	12
No	42	88
Total	48	100

Los datos expresan que un alto porcentaje de responsables no solicitan permiso en su trabajo para llevar al menor al Instituto. Esto es un reflejo del cuadro de ocupaciones donde la principal ocupación resultó ser la del hogar, y por lo tanto no es necesario que pidan permiso para acudir al Instituto (Ver cuadro # 6).

Cuadro No. 35. Para llevar a tratamiento psicológico a su hijo qué tiempo dedica.

Tiempo	Frec.	%
Una hora	6	13
Dos horas	16	33
Tres horas	8	17
Cuatro horas	4	8
Cinco horas	14	29
Total	48	100

En cuanto al tiempo del que disponen (responsables del menor), para llevar a tratamiento psicológico a su hijo, un 33% contestó disponer con 2 horas, a su vez, un 29% dijo disponer 5 horas. Mientras que el 8% dijo disponer de 4 horas. Aquí es fácil apreciar que un porcentaje considerable de encuestados cuenta con un tiempo limitado para acudir al Instituto.

Cuadro No. 36. ¿A qué distancia queda el Instituto de su casa?

Distancia en tiempo	Frec.	%
Una hora	29	61
Dos horas	15	31
Tres horas	4	8
Total	48	100

Un 61% contestó que se encuentra a una hora o menos de distancia de su casa al Instituto y sólo el 18% le lleva 3 horas para llegar de su casa al Instituto. Estos mismos datos nos demuestran que la distancia no constituye un problema para que los niños sean llevados a tratamiento post-hospitalario; sin embargo, habría que considerar que el 8% de los responsables requieren de medio día tan sólo en ir y venir del Instituto a su domicilio.

Cuadro No. 37. Vive usted.

Concepto	Frec.	%
Sureste	29	61
Suroeste	3	6
Centro	2	4
Noreste	1	2
Noroeste	1	2
Area metropolitana	12	25
Total	48	100

Un porcentaje importante mencionó vivir en el Sureste de la ciudad y un porcentaje menor en el Noreste. Esto corrobora la información anterior, relativa al tiempo para acudir al Instituto, en la mayoría de los casos no es un factor que impida continuar con el tratamiento psicológico del menor.

Cuadro No. 38. El transporte que utiliza para acudir al**Instituto es:**

Transporte	Frec.	%
Transporte colectivo	48	100
Transporte particular	0	0
Total	48	100

El 100% de los casos señala que el transporte que utilizan es el colectivo. Esto probablemente podría constituir un problema para acudir al Instituto debido al desembolso económico que ello implica, sobre todo de aquellos que viven en el área metropolitana que constituye un 25% (Ver cuadro # 36).

Cuadro No. 39. El ingreso mensual familiar es:

Ingreso	Frec.	%
300,000.00	3	6
399,000.00	27	56
588,000.00	8	17
798,000.00	8	17
1,147,000.00	2	4
Total	48	100

Como se puede observar un porcentaje considerable de los encuestados (56%) perciben el salario mínimo y sólo el 4% percibe lo de 3 salarios mínimos. Esto nos demuestra que los recursos económicos de los familiares son insuficientes y no se encuentran preparados económicamente para solventar los gastos que implica el tratamiento.

Cuadro No. 40. El egreso mensual asciende a:

Egreso	Frec.	%
300,000.00	9	19
399,000.00	14	29
588,000.00	14	29
798,000.00	8	17
1,147,000.00	3	6
Total	48	100

Como se puede apreciar en los datos anteriores las personas gastan más de lo que perciben, por lo que probablemente se verán en la necesidad de conseguir dinero para solventar los gastos de la familia. Ya que del 56% que ganan el mínimo un 29% gasta más de lo que percibe mensualmente.

Cuadro No. 41. Su vivienda es:

Vivienda	Frec.	%
Propia	21	44
Rentada	7	15
Prestada	20	42
Total	48	100

De las familias encuestadas 44% cuentan con una vivienda propia. Casi el mismo porcentaje habitan en una vivienda prestada, y un número reducido pagan renta. Ello implica que el dinero que se destinaría a la renta podría ser utilizado para cubrir otros gastos, en este caso llevar al menor a tratamiento post-hospitalario.

Cuadro No. 42. Las habitaciones con las que cuenta son:

No. habitaciones	Frec.	%
Una habitación	19	39
Dos habitaciones	10	21
Tres habitaciones	9	18
Cuatro o más habitaciones	10	21
Total	48	100

Se encontró que un 39% de las viviendas de las familias cuentan sólo con un cuarto, en el cual llevan a cabo todas las funciones del hogar, y sólo un 19% cuentan con 3 cuartos. El riesgo de quemadura es más grande en los hogares de las familias de bajos ingresos económicos y viviendas de un sólo cuarto por existir generalmente, un número mayor de personas y por el espacio reducido de la casa-habitación. Y muchas veces se ven en la necesidad de calentar el agua para bañarse, lo que va a constituir un serio peligro para los niños, ya que generalmente por descuido se deja el líquido en lugares de fácil alcance para los niños.

Cuadro No. 43. El piso

es de:

Piso	F	%
Cemento	44	92
Tierra	4	8
Total	48	100

Cuadro No. 43.1. Las paredes

son:

Paredes	F	%
Tabique	46	96
Madera	0	0
Lámina galvanizada	0	0
Lámina de cartón	1	2
Piedra	1	2
Total	48	100

Cuadro No. 43.2. El techo es:

Techo	Frec.	%
Lámina galvanizada	4	8
Lámina de asbesto	5	10
Lámina de cartón	19	40
Concreto	20	42
Total	48	100

El piso de la mayoría de las viviendas es de cemento y las paredes de tabique, en este caso el 92% de los techos es de concreto y el 40% de lámina de cartón. Esto indica que las condiciones de las viviendas son regulares, a la vez que reflejan los bajos recursos económicos de la mayoría de las familias.

Cuadro No. 44. El servicio que proporciona el Instituto

es:

Concepto	Frec.	%
Bueno	36	75
Regular	2	4
Malo	0	0
No sabe	10	21
Total	48	100

En cuanto al servicio que se proporciona en el Instituto un 75% considera que es bueno y sólo el 4% considera que es regular. Sin embargo cabe señalar que el 21% contestó no saber si es bueno o malo, ello se debe tal vez, al bajo nivel de escolaridad de los padres de familia como se puede apreciar en el cuadro # 5. A pesar de que los familiares tienen una buena imagen del Instituto, es muy alto el porcentaje de pacientes que no regresan al tratamiento post-hospitalario.

Cuadro No. 45. El tratamiento psicológico que le brinda el Instituto fue de utilidad para su hijo.

Concepto	Frec.	%
Si	34	71
No	10	21
No sabe	4	8
Total	48	100

A pesar que un 71% de encuestados contestó que el tratamiento ha sido de utilidad para su hijo, ya que según ellos mejoró en su conducta; sin embargo estos datos no son del todo confiables, dado que como se vio anteriormente, un porcentaje importante no acudió a tratamiento, por tal motivo éste no pudo haber tenido efecto en sus hijos ya que nunca lo recibieron. O bien se reduce a afirmarlo en base a la única ocasión en la que acudieron.

Cuadro No. 46. ¿Ha recibido alguna visita del Trabajador Social del Instituto?

Concepto	Frec.	%
Sí	9	19
No	39	81
Total	48	100

Cuadro No. 46.1. En cuántas ocasiones.

Ocasiones	Frec.	%
0 ocasiones	39	81
1 ocasión	9	19
2 ocasiones	0	0
3 ocasiones	0	0
4 ocasiones	0	0
5 ocasiones	0	0
6 ocasiones	0	0
7 ocasiones	0	0
Total	48	100

Cuadro No. 46.2. ¿Cuál fue el motivo de la visita?

Motivos visita	Frec.	%
No aplicable	39	81
No recuerda	3	6
Conocer el estado de salud del niño	4	9
Para que se presentara al Instituto	2	4
Total	48	100

Existe un alto porcentaje 81% de pacientes que no han recibido visita alguna de Trabajo Social del Instituto y sólo el 19% contestó afirmativamente. Se puede deducir con el resultado del cuadro que no hay seguimiento de casos, ello contribuye quizás a la escasa participación al tratamiento post-hospitalario, puesto que para los padres de familia resulta motivante el que se preocupen por su hijo (paciente). Esta situación se da probablemente por el escaso presupuesto con que cuenta la Institución y al poco personal que se encarga de realizar las visitas domiciliarias. En cuanto a las familias que fueron visitadas, éstas sólo han recibido una visita, misma que en un 8% de los casos tuvo como motivo conocer el estado de salud del menor y el 4% para que se presentaran al Instituto. De las respuestas obtenidas al respecto se puede apreciar que en ningún caso se les informó acerca de la importancia del tratamiento post-hospitalario o bien no lo recuerdan, por lo que posiblemente no consideraron necesario continuar con dicho tratamiento.

Cuadro No. 47. Recibió instrucciones sobre cómo tratar a su hijo después de la hospitalización.

Concepto	Frec.	%
Si	22	46
No	26	54
Total	48	100

No hay mucha diferencia entre las personas que recibieron instrucciones y entre las que no lo recibieron; sin embargo, es importante señalar que se refirieron a las instrucciones de tipo médico y no así a las del aspecto emocional, es decir, el tratamiento psicológico que brinda el Instituto.

Cuadro No. 48. Asistió a las sesiones de orientación que se imparten en el Instituto.

Concepto	Frec.	%
Sí	31	65
No	17	35
Total	48	100

Cuadro No. 48.1. Las sesiones fueron de tipo.

Sesión	Frec.	%
Individual	4	8
De grupo	27	56
Sin respuesta	17	36
Total	48	100

Cuadro No. 48.2. Cuántas veces asistió a las sesiones.

No. Ocasiones	Frec.	%
Cero ocasiones	17	36
Una ocasión	3	6
Dos ocasiones	10	21
Tres ocasiones	6	13
Cuatro ocasiones	4	8
Cinco ocasiones	4	8
Seis o más ocasiones	4	8
Total	48	100

El 65% de los encuestados asistió a las sesiones de orientación que se imparten en el Instituto y estas fueron en un 56% de tipo grupal y sólo el 8% fue de tipo individual. Cabe señalar que la mayoría de éstos fueron solamente entre una y tres ocasiones, lo que pone de manifiesto que una vez que logran bajar su nivel de angustia dejan de asistir a las sesiones de orientación y no alcanzan a recibir la información referente al tratamiento post-hospitalario.

6.9.2 Interpretación de las Cédulas Aplicadas a los
Profesionistas.

Cuadro No. 1. El puesto que desempeña dentro del
Instituto es.

Puesto	Frec.	%
Médico	3	27.3
Trabajador Social	4	36.4
Psicólogo	4	36.4
Total	11	100

En las respuestas a las preguntas dadas a la cédula aplicada a profesionistas se observa que el Instituto cuenta con poco personal para atender a la población que demanda el servicio, ya que anualmente existe un promedio de 200 casos.

Cuadro No. 2. El tiempo que usted tiene laborando en el
Instituto es:

Tiempo	Frec.	%
Menos de un año	5	45.5
Un año	4	36.4
Dos años	2	18.2
Tres años	0	0
Total	11	100

Se observa que en general el personal que labora en el Instituto lleva poco tiempo trabajando en el mismo, ya que el 45.5% tiene menos de un año de servicio y el 36.4% lleva un año.

La falta de experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes origina que no se cuente con las medidas necesarias y esto hace que los pacientes no asistan al tratamiento post-hospitalario.

Cuadro No. 3. El nivel profesional que usted tiene es:

Nivel Profesional	Frec.	%
Pasante	5	45.5
Licenciatura	4	36.4
Especialidad	2	18.2
Maestría	0	0
Otros	0	0
Total	11	100

En el cuadro # 3 se puede apreciar que el mayor porcentaje (45.5%) del personal tiene un perfil profesional de nivel pasante, mientras que el 18% corresponde al de alguna especialidad. Dichas cifras señalan que la mayoría del personal del Instituto ni siquiera ha terminado los estudios universitarios. Es importante señalar a la vez que los pasantes constantemente están siendo renovados ya que la mayoría de éstos o se encuentra realizando su servicio social, o bien, están como voluntarios, a fin de realizar su tesis. Esto trae como consecuencia un desequilibrio para los pacientes puesto que aproximadamente cada seis meses cambia el personal que los tiene a su cargo y con el cual había logrado identificarse. Aunado a esto tiene que esperar cierto tiempo para que se reinicie su tratamiento, el cual llega a reiniciarse del nivel más primario del tratamiento.

Cuadro No. 4. Egresó de la Universidad hace:

Años	Frec.	%
0	1	9.1
1	5	45.5
2	3	27.3
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	1	9.1
7	0	0
8	0	0
9 o más	11	100

En este cuadro es importante señalar que el 45.5% de los profesionistas tienen un año de haber egresado de la Universidad, mientras que el 9.1% tiene seis años de haber terminado sus estudios y un porcentaje similar corresponde a los que tienen 9 o más años. Esto nos demuestra que se cuenta con poco personal para dar asesoría a los pasantes que laboran dentro del Instituto.

Cuadro No. 5. ¿Tiene alguna especialidad?

Concepto	Frec.	%
Sí	2	18.2
No	9	81.8
Total	11	100

Se observa que solamente el 18.2% de los profesionistas cuentan con alguna especialidad, mientras que el 81.8% no tienen ninguna ya que como se registra en los cuadros anteriores son pasantes o tienen el nivel de licenciatura.

Cuadro No. 6. ¿Cuál?

Especialidad	Frec.	%
Ninguna	9	81.8
Psiquiatria	2	18.2
Total	11	100

El 18.2% del personal que tiene alguna especialidad corresponde a psiquiatria, de esta manera se puede señalar que en el área de psicología y trabajo social se carece de personal con alguna especialidad.

Cuadro No. 7. ¿Antes de ingresar al Instituto tuvo usted alguna experiencia en el área médica?

Concepto	Frec.	%
Si	7	63.6
No	4	36.4
Total	11	100

Cuadro No. 7.1. ¿Dónde?

Lugar	Frec.	%
Hospital	6	54.5
Clínica	1	9.1
Sin respuesta	4	36.4
Total	11	100

Cuadro No. 7.2. Actividades médicas.

Actividades	Frec.	%
Pediatría, medicina interna, ginecología, urgencias.	1	9.1
Medicina general, medicina familiar, banco de sangre, epidemiología y estadística.	1	9.1
No contestó.	9	81.8
Total	11	100

Cuadro No. 7.3. Actividades de Trabajo Social.

Actividades	Frec.	%
Visita domiciliaria	0	0
Estudio socio-económico	0	0
Ambos	3	27.3
No contestó	8	72.7
Total	11	100

Cuadro No. 7.4. Actividades de psicología.

Actividades	Frec.	%
Atención a niños con deficiencia cardíaca.	1	9.1
Otros	0	0
No contestó	10	90.9
Total	11	100

Del total de profesionistas que laboran en el Instituto el 63.6% ha tenido experiencia en el área médica, mientras que el 36.4% no la ha tenido. Cabe señalar aquí que aunque la gran mayoría ha tenido experiencia en el área médica en general, ninguno había trabajado con pacientes quemados, ya que el 18.2% que corresponde a los médicos ha realizado actividades en diversas áreas hospitalarias como se puede apreciar en el cuadro # 7.2, mientras que el 27.3% que corresponde a los trabajadores sociales sólo han realizado actividades administrativas, sin tener contacto directo con los pacientes y finalmente los psicólogos (9.1%) tienen experiencia en el tratamiento psicológico de niños con deficiencia cardíaca sin especificar las actividades concretas.

Cuadro No. 8. ¿Las actividades que usted desarrolla dentro del Instituto cubren sus expectativas como profesionalista?

Concepto	Frec.	%
Si	7	63.6
No	4	36.4
Total	11	100

En este cuadro hallamos que para el 63.6% de los profesionistas las actividades que desarrollan si cubren sus expectativas, mientras el 36.4% contestaron que no. Lo anterior probablemente se deba a que un gran número de las personas que trabajan en el Instituto se encuentran realizando su servicio social o bien, están realizando la investigación para su tesis y, en este sentido si cubren sus expectativas.

Cuadro No. 9. ¿Ha tomado un curso de capacitación para mejorar sus actividades en el Instituto?

Concepto	Frec.	%
Sí	5	45.5
No	6	54.5
Total	11	100

Tenemos que el 45.5% de los profesionistas ha recibido algún curso de capacitación, mientras que más del 50% no ha recibido ninguno. Es importante señalar que estos cursos son impartidos únicamente a los pasantes que prestan su servicio social y son una mera explicación de las actividades que se llevan a cabo dentro del Instituto y no un adiestramiento para que desempeñen sus actividades específicas. La falta de capacitación se debe probablemente a la falta de personal capaz de cubrir este aspecto y esto redunda en la atención a los pacientes.

Cuadro No. 10. ¿Tiene algún programa de actividades?

Concepto	Frec.	%
Si	7	63.6
No	4	36.4
Total	11	100

En este cuadro se observa que el 63.6% de las personas que laboran en el Instituto si cuentan con un programa de actividades y el 36.4% contestó que no; sin embargo, al desarrollar el presente trabajo se pudo constatar que dichos programas no existen.

Cuadro No. 11. El Instituto lleva a cabo algún procedimiento para motivar a pacientes y padres de familia a fin de que asistan a tratamiento post-hospitalario.

Concepto	Frec.	%
Sí	8	72.7
No	3	27.3
Total	11	100

En cuanto al proceso de motivación por parte del equipo interdisciplinario, dirigido a los familiares de los niños que han sufrido quemaduras el 72.7% mencionó que sí existe algún procedimiento de motivación y sólo el 27.3% no conoce la existencia de éste; lo cual refleja falta de comunicación entre el personal al existir un porcentaje considerable que desconoce dicho procedimiento y por lo tanto no lo llevan a cabo.

**Cuadro No. 12. ¿El servicio o la atención se mejoraría
llevando a cabo?**

Actividades	Frec.	%
Sensibilizando y concientizando a los padres de familia sobre el tratamiento post-hospitalario.	5	45.5
Estableciendo programas de actividades y capacitación al personal.	3	27.3
Difundiendo los servicios del Instituto y estimulando al personal.	1	9.1
Aumentando los recursos humanos y materiales	2	18.2
Total	11	100

Entre las propuestas para mejorar la atención se encontró que en lo que se refiere a la sensibilización y motivación se obtuvo un 45.5%, lo que contrasta con el cuadro anterior en donde un 72% aseguró que este procedimiento ya se lleva a cabo dentro del Instituto, existiendo una diferencia de 26.5% entre ambos porcentajes. Un 27.3% considera que es importante establecer programas de actividades y cursos de capacitación.

Cuadro No. 13. ¿A qué promedio de pacientes atiende usted por semana?

Pacientes atendidos	Frec.	%
0	2	18.2
1-5	2	18.2
6-10	2	18.2
11-15	1	9.1
16-20	0	0
21-25	0	0
26-30	0	0
31-35	0	0
36-40	0	0
41-45	0	0
46-50	4	36.4
Total	11	100

Tenemos que el 36.4% atienden entre 46 y 50 pacientes, mientras que un 9.1% atiende de 11 a 15 pacientes. Esto posiblemente repercute en la calidad de la atención, ya que los pacientes son atendidos en forma grupal, siendo que hay ocasiones en que éstos requieren de una atención individual.

Cuadro No. 14. ¿Qué actividades realiza usted en relación con el tratamiento post-hospitalario?

Actividades	Frec.	%
Visita domiciliaria	3	27.3
Programa de licras	1	9.1
Terapia de juego y psicopedagógica.	4	36.4
Psicoterapia individual, grupal, familiar y farmacología.	1	9.1
Supervisión	1	9.1
Ninguna	1	9.1
Total	11	100

En lo que se refiere a las actividades relacionadas con el tratamiento post-hospitalario sobresalen las que se refieren a terapia de juego y psicopedagógica con un 36.4% y las visitas domiciliarias con un 27.3%. Esto es un reflejo del cuadro # 1, donde es fácil observar que los departamentos que cuentan con mayor personal son los de psicología y trabajo social, por ende son los que realizan más actividades relacionadas con dicho trabajo.

Cuadro No. 15. ¿Cómo define usted su relación con los otros profesionistas?

Relación	Frec.	%
Buena	9	81.8
Regular	2	18.2
Mala	0	0
Total	11	100

En general las relaciones son favorables ya que a través de este cuadro es fácil apreciar que existe una buena relación entre los profesionistas que laboran en el Instituto, puesto que el 81.8% mencionó tener buenas relaciones con sus compañeros de trabajo y sólo el 18.2% mantiene relaciones regulares.

Cuadro No. 16. ¿Acude a las sesiones bibliográficas?

Concepto	Frec.	%
Sí	10	90.9
No	1	9.1
Total	11	100

Se observa que la mayoría del personal asiste a las sesiones bibliográficas, ya que el 90.9% contestó afirmativamente. Esto nos hace suponer que los criterios para atender a los pacientes se encuentran estandarizados.

Cuadro No. 17. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de quemaduras?

Agente Causal	Frec.	%
Líquidos calientes	11	100
Sólidos calientes	0	0
Fuego	0	0
Substancias químicas	0	0
Corriente eléctrica	0	0
Otros	0	0
Total	11	100

En este caso los profesionistas afirmaron que el más alto porcentaje de los casos atendidos son debido a quemaduras por líquidos calientes, coincidiendo en ello con la dada por los padres de los pacientes.

Cuadro No. 18. ¿Cree usted que el Instituto posee los recursos suficientes para la atención del niño quemado?

Concepto	Frec.	%
Si	2	18.2
No	9	81.8
Total	11	100

El presente cuadro expresa que la gran mayoría (81.8%) de los profesionales considera que los recursos económicos del Instituto son insuficientes para llevar a cabo las actividades dentro de la Institución. Probablemente esto se deba a que dicha Institución se sostiene gracias a las donaciones que el patronato logra recabar a través de diferentes medios y que en su mayoría son destinados a la construcción del Hospital Para la Atención Integral del Niño Quemado, en la ciudad de Querétaro, dejando en segundo término otros aspectos como lo son el salario del personal, material de trabajo, acondicionamiento del área de trabajo, etc., todos estos son elementos que de una u otra forma interfieren en general en el servicio y en particular en el tratamiento de los niños quemados en el Instituto.

6.9.3 Conclusiones de la Interpretación de Resultados.

En la aplicación de encuestas a los padres de familia se -
encontro que el sexo más afectado por los accidentes de quemadu-
ras, es el sexo masculino, las edades en que se presentan con -
más frecuencia este tipo de accidentes son de 1 a 4 años lo que
nos demuestra que la mayoría de los afectados se encuentra den-
tro de la población que no ha iniciado su ciclo escolar.

En la mayoría de los casos el responsable del menor (pa- -
ciente dado de alta), resulto ser la madre, debido a que es e--
lla quien pasa la mayor parte del tiempo en el hogar y que se -
puede considerar como su principal ocupación, como la mayoría -
de las madres lo externarón. Es importante señalar que muchas -
de ellas resultaron ser madres jóvenes, con una edad que oscila
entre lo 22 y 26 años; con un grado de estudios de primaria com
pleta.

Por otro lado, se ha logrado determinar el grado de las -
quemaduras, así como las complicaciones que estas produjeron y
de esta manera poder valorar a los pacientes que necesitaban de
una atención post-hospitalaria. A través de la investigación se
encontro que un 62% presento quemaduras graves, de las cuales -
el 71% genero algún tipo de complicación entre las que destacan:
abultamiento de cicatrices e irritación, lo que implico que es-
tas fueran visibles, quedando la huella del accidente; de la -

misma manera un 36% presentó cambios en su conducta. Ante esto, es importante implementar algún mecanismo a fin de que estos pacientes regresen a recibir el tratamiento post-hospitalario.

El principal agente causal del accidente resultan ser los líquidos calientes, en su mayoría por el descuido de los adultos (padres de familia), quiénes frecuentemente dejan recipientes con líquidos calientes en el piso o en lugares de fácil alcance para los niños.

Se puede decir que durante la hospitalización los padres de familia se preocupan por el estado de salud de sus hijos, ya que se enteraban de los avances del tratamiento, recurriendo comúnmente al médico, cuando el menor se encontraba hospitalizado.

Después de haber sido dado de alta la mayoría de los pacientes fueron citados para que acudieran al Instituto a fin de que recibieran el tratamiento post-hospitalario; sin embargo de los que regresaron a recibir dicho tratamiento ninguno de ellos concluyó con este; a pesar de que, las citas se asignaban una vez por semana y que eran llevados por la madre, quien aparentemente cuenta con el tiempo necesario.

Por otra parte un alto número de pacientes dados de alta acudieron a revisión médica al Hospital Infantil Xochimilco, pero no acudían al Instituto a pesar de que este se encuentra den

tro del Hospital. Ello probablemente se debe a que los padres de familia, en este caso los responsables del menor desconocen en qué consiste el tratamiento que se da en el Instituto o en su defecto tienen una concepción errónea de este, ya que ésta sólo se da a través de la información directa. Comprobándose así la hipótesis que dice: "La falta de información acerca de la importancia del tratamiento post-hospitalario trae como consecuencia la escasa participación de los pacientes a dicho tratamiento".

Al parecer el medio en el cual se desenvuelve el menor es el adecuado ya que los padres de familia platican frecuentemente con él, específicamente de lo que a él le gusta o bien de los problemas que él tiene. Un porcentaje importante (de responsables), señaló que la comunicación familiar es buena y que los disgustos en la pareja no definen a enojos de tipo verbal los cuales no alteran gravemente la relación familiar. De la misma manera la relación entre los hijos es buena a pesar de que existen agresiones de tipo físico, ya que ello es frecuente en los niños de corta edad.

Cuando el menor (paciente dado de alta), tiene algún problema recurre a la madre debido a que, como se dijo con anterioridad, es ella quien pasa la mayor parte del tiempo con el niño y es ella quien se encuentra presente cuando éste tiene alguna dificultad.

A pesar de que no existen problemas de relación al interior de la familia, en su defecto, un porcentaje importante menciona tener problemas de alcoholismo y tabaquismo lo que puede afectar el tratamiento post-hospitalario ya que ello implica ciertos gastos, es decir, dinero que podría ser empleado para dicho tratamiento.

Se encontró interés en los padres de familia debido a que el 90% dispone de tiempo para acudir al Instituto con el menor y en su mayoría lo harían por las mañanas; sin embargo, un número considerable de responsables sólo pueden acudir por las tardes o bien los fines de semana, mismos que no piden permiso en su trabajo, dado que es la madre quién lo lleva; aunque habría que tomar en cuenta las diversas actividades que ella realiza dentro del hogar y que le absorben toda la mañana.

Los anteriores aspectos refutan la hipótesis que dice: "El desinterés de los padres sobre el bienestar de sus hijos contribuye a una escasa participación de pacientes al tratamiento post-hospitalario".

Para llevar a tratamiento post-hospitalario al niño, los responsables disponen de un buen número de horas para acudir al Instituto, pero hay que tomar en cuenta que el 100% de ellos utilizan transporte colectivo, y depende del tiempo en que se tarden en conseguirlo, debido a que la mayoría de ellos, un 61%

tarda una hora aproximadamente para llegar al Instituto. Esto - determina la falsedad de la hipótesis en donde se planteó que: "El poco tiempo del que disponen los padres para asistir al Instituto, así como la lejanía de este, provocan una limitada participación de pacientes al tratamiento post-hospitalario".

En cuanto a la situación económica de los familiares del - paciente, generalmente esta es precaria puesto que sus ingresos diarios ascienden sólo al salario mínimo (\$399,000.00 mensua- - les), y en muchos de los casos los gastos que realizan sobrepasan dicha cantidad, dado que llegan a gastar hasta \$588,000.00 mensuales; por lo que se supone, que para poder solventar los - gastos económicos normales se ven en la necesidad de conseguir dinero de diversas formas. Esto puede provocar que el responsable deje de llevar al niño al Instituto, por no contar con el - dinero necesario, ya sea para el transporte o bien los gastos - que pudiera realizar en el Instituto. A esto habría que agregar el dinero que se derrocha en los cigarros y en las bebidas alcohólicas. Se comprueba así la hipótesis en la que se plantea - - que: "Las limitaciones económicas de la familia generan la escasa participación de los pacientes al tratamiento post-hospitalario".

También habría que tomar en cuenta que un número considerable de familias no cuentan con una vivienda propia, dado que si no rentan la tienen prestada. Y ésta muchas de las veces consta

de sólo un cuarto (39%), o dos cuartos (21%), y esta construida de piso de cemento, paredes de tabique y techo de concreto.

El servicio que se proporciona en el Instituto es bueno - dado que los padres de familia externaron que el tratamiento - psicológico si le fue de utilidad a su hijo; a pesar de ello - ninguno concluyó con dicho tratamiento.

El Instituto no lleva a cabo un seguimiento de caso de todos los pacientes dados de alta, debido a que no cuentan con el personal suficiente; por lo mismo la gran mayoría no habían recibido ninguna visita del Trabajador Social que labora en el - Instituto, y en caso de haberse realizado, ésta fue sólo en una ocasión para conocer el estado de salud del niño o bien para - que éste acudiera al Instituto. Esto probablemente se deba también a los escasos recursos económicos con que cuenta el Instituto.

Cabe señalar que la mayoría de los padres de familia no recibieron instrucciones sobre como tratar a su hijo una vez que éste fue dado de alta e ingresó nuevamente a su hogar. Aunque - la mayoría de los responsables acudieron a las sesiones de orientación que se imparten en el Instituto y que muchas de las veces fueron de tipo grupal; ellos sólo fueron entre una y tres ocasiones, lo que probablemente influyo para que no se enteraran de dichas instrucciones.

En cuanto al instrumento de investigación que se aplicó a los profesionistas que laboran en el Instituto, se encontró, - que en efecto, la institución cuenta con un grupo multidisciplinario de profesionistas; sin embargo, estos son insuficientes - para atender a los niños que han sufrido quemaduras, ya que en el área médica se cuenta con la colaboración de tres médicos de los cuales sólo uno se encarga de atender a los pacientes, mientras que los otros dos realizan funciones administrativas. En - el área de psicología se cuenta con cinco psicólogos y aunque - todos atienden a los pacientes sólo hay una persona de base y - cuatro son prestadores de servicio social, los cuales constantemente son renovados (cada seis meses); en la misma situación se encuentra el área de trabajo social donde hay cuatro trabajadores sociales y sólo uno tiene la base.

Otro factor importante en el servicio, atención del niño, es el poco tiempo que el personal tiene laborando en el Instituto, el cual oscila entre menos de un año y de uno a dos años como máximo; esto dificulta y da pauta a una discontinuidad en - los procedimientos empleados en el tratamiento. En este sentido, habría también, que tomar en cuenta que la mayoría de los profesionistas tienen sólo un año de haber egresado de la universidad.

En cuanto al nivel profesional solamente dos profesionistas cuentan con la especialidad en psiquiatría y un elevado nú-

mero de ellos son pasantes tanto de trabajo social como de psicología.

De los profesionistas encuestados un 63.6% mencionó haber tenido experiencia profesional de su carrera, ya bien en algún hospital o bien al alguna clínica, dentro de las cuales realizaron actividades acordes a su profesión; aunque en ninguno de los casos tuvieron la oportunidad de atender a pacientes quemados.

Si bien el 63.6% mencionó que las actividades que se desarrollan dentro del Instituto si cubren sus expectativas como profesionistas; un 64.5% no ha recibido curso alguno de capacitación para mejorar su desempeño dentro de la institución. De la misma manera, una tercera parte desconoce los programas que se llevan a cabo dentro del Instituto por lo que no se basan en ellos para desarrollar sus actividades.

A pesar de que los profesionistas aseguran que si se lleva a cabo un procedimiento de motivación para que los padres de familia asistan con el menor al tratamiento post-hospitalario, la mayoría de ellos propuso que se implementara algún procedimiento de motivación y concientización, admitiendo inconscientemente que no existe.

Tomando en cuenta los anteriores aspectos se comprueba - -

la hipótesis en donde se planteó que: "La falta de experiencia sobre esta área de trabajo de los profesionistas que laboran en el Instituto origina la escasa participación de pacientes al tratamiento post-hospitalario".

Ahora bien debido a la falta de personal un 36% del mismo atiende entre 46 y 50 pacientes a la semana, los cuales son atendidos en forma grupal, lo que disminuye la calidad de ésta ya que en muchos de los casos el paciente debe ser tratado en forma individual. En su mayoría el personal se dedica a realizar actividades referentes a terapia de juego y psicopedagógica, así como visitas domiciliarias al paciente dado de alta.

El ambiente en el cual se desenvuelven los profesionistas del Instituto es el adecuado ya que las relaciones entre ellos son satisfactorias y un gran número de ellos acude a las sesiones bibliográficas, mostrando por otro lado interés en adquirir nuevos conocimientos.

Dentro de las causas más frecuentes de quemaduras se encuentran aquellas que son causadas por los líquidos calientes y éstas son atribuidas a accidentes dentro del hogar.

Otro aspecto que no debemos dejar de lado es la insuficiencia de los recursos económicos de la que padece el Instituto; lo que también repercute en la escasez de pacientes al trata-

CAPÍTULO VII INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO.

7.1 Proyecto de Intervención de Trabajo Social en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado.

Justificación.

Desde que empezó a funcionar el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, se ha pretendido entre otros objetivos orientar y ayudar a la familia del niño quemado con la intención de lograr la solución apropiada a sus problemas de salud, psicológicos y sociales; así como crear un ambiente que facilite la reintegración del menor al medio social al que pertenece. Esta consideración es muy importante puesto que el niño - en todo momento requiere de un apoyo familiar preciso que contribuya a un desarrollo positivo durante el tratamiento y después de éste. Debido a que los niños que han sufrido accidentes por quemaduras, generalmente presentan secuelas biopsicosociales (abultamiento de cicatrices, irritación, dolor, retracción, invalidez en ciertas áreas del cuerpo, desfiguración física, alteraciones en su conducta); que provocan actitudes dañinas para su desenvolvimiento normal, y que se tornan en aislamiento y agresividad, entre otros.

Estos aspectos van a afectar el sano desarrollo del menor,

así mismo afecta a los demás miembros de la familia, quiénes no se encuentran preparados para afrontar dicha situación; aunado a esto desconocen la ayuda que les puede brindar el Instituto a través del tratamiento post-hospitalario que se da a los pacientes dados de alta.

Tomando en cuenta que es elevado el número de pacientes - que dejan de asistir a este tratamiento, es importante elaborar un proyecto que coadyuve a rescatar a estos pacientes y para - conscientizar y sensibilizar a los padres de familia, a fin de que comprendan la importancia de este tratamiento y continúen - con el mismo hasta que los pacientes sean dados de alta.

Objetivo General.

Que los pacientes dados de alta continúen con el tratamiento post-hospitalario a fin de que se les brinde la atención que requieren, tomando en cuenta las secuelas que presentan.

Objetivos Específicos.

- Sensibilizar y conscientizar a los padres de familia - - acerca de la importancia del tratamiento post-hospitalario para que lleven a sus hijos al mismo.

- Proporcionar a los padres de familia los conocimientos -

necesarios a fin de que sepan como tratar al niño, una vez que éste es dado de alta, y así mismo sirvan de apoyo al tratamiento que brinda el Instituto.

- Conjuntar esfuerzos con los demás profesionistas para divulgar los servicios que proporciona el Instituto, especialmente la importancia del tratamiento post-hospitalario.

Metas.

- Que el 100% de los padres de familia de los pacientes reciban información sobre el tratamiento y los servicios que proporciona el Instituto.

- Que se realice en el 100% de los casos visitas domiciliarias para conocer la situación del menor que ha sufrido quemaduras.

- Que se realice el 100% de las visitas programadas.

- Que el 100% de los padres de familia de los pacientes reciban información sobre el tratamiento y los servicios que proporciona el Instituto.

- Que el 100% de los familiares del menor se encuentren capacitados para enfrentar los cambios que éste presentará al ser

dado de alta.

- Que el 100% de los pacientes concluyan con el tratamiento post-hospitalario.

Límites.

Espacio: Instalaciones del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, ubicadas dentro del Hospital Infantil Xo-chimilco.

Tiempo: Un año de duración.

Universo de Trabajo: Estará conformado por los pacientes y familiares que han sido atendidos o que estén siendo atendidos en el Instituto.

Organización.

Recursos Humanos: Estarán integrados por el personal de base y prestadores de servicio social, mismos que periódicamente serán renovados.

Recurso Materiales: Estarán conformados por un área para impartir las pláticas, material de papelería y material de apoyo didáctico.

Recursos Financieros: Serán proporcionados por el Instituto sin especificar el monto de este, debido a que no siempre se necesitará la misma cantidad.

Funciones y Actividades.

Coordinación.

- Participar conjuntamente con el departamento de psiquiatría en los grupos de padres de pacientes que son atendidos en el Instituto, a fin de detectar los problemas sociales que presentan.
- Estar en contacto con las escuelas a las que acuden los pacientes que han sido dados de alta del Hospital con el objeto de detectar posibles alteraciones que hayan presentado a raíz de la quemadura.
- Establecer contacto con las distintas Instituciones a las que son canalizados algunos pacientes para conocer la evolución en torno a su tratamiento.

Promoción.

- Elaborar semanalmente un periódico mural acerca de diversos temas relacionados con la importancia del tratamiento post-hospitalario.
- Promover a través de carteles e invitación directa las pláticas que serán impartidas, tanto en el Instituto como en el Hospital.

- Distribuir entre los padres de familia folletos donde se explique de manera sencilla y clara la importancia que tiene que los pacientes continuen con el tratamiento - post-hospitalario y las repercusiones que tiene en el menor el no hacerlo.
- Repartir folletos sobre la prevención de accidentes por quemaduras.

Educación.

- Impartir pláticas una vez por semana, dirigidas a los padres de familia de los pacientes que son atendidos en el Instituto, sobre distintos aspectos tales como: efectos de la hospitalización, efectos de las quemaduras en los niños e importancia del tratamiento post-hospitalario entre otros; contando para ello con la colaboración del equipo interdisciplinario.
- Dar pláticas a los padres de familia que se encuentran en la sala de espera del Hospital Infantil Xochimilco sobre la prevención de accidentes haciendo énfasis en aquellos que producen quemaduras.

Capacitación.

- Capacitar a los prestadores de servicio social sobre todos aquellos aspectos relacionados con las quemaduras, para dar un mejor servicio tanto a pacientes como a fami

liares.

Investigación.

- Recabar información bibliográfica acerca de los temas a tratar.
- Consultar los expedientes de los pacientes que serán visitados por el trabajador social.

Programación.

- Programar mensualmente las visitas domiciliarias a aquellos pacientes que no hayan acudido al tratamiento post-hospitalario.
- Zonificar el sistema de visitas domiciliarias para optimizar recursos tanto humanos como materiales y realizar un mayor número de visitas.
- Programar con el departamento de trabajo social del Hospital Infantil Xochimilco las pláticas sobre prevención de accidentes.

Supervisión y Evaluación.

La supervisión de las actividades del presente proyecto - la realizará el jefe del departamento de trabajo social.

La evaluación se realizará mensualmente en base a las metas para determinar los logros obtenidos, y corregir los posi-

bles errores.

Para realizar el presente proyecto será necesario trabajar en coordinación con los jefes de los departamentos de psiquiatría y psicología, así como con el personal del departamento de trabajo social del Hospital Infantil Xochimilco.

La coordinación externa se realizará con los directores de las distintas escuelas a las que asisten los pacientes y con el departamento de trabajo social de las diferentes instituciones a donde son canalizados algunos pacientes.

CONCLUSIONES.

Desde que el hombre descubrió el fuego empezó a sufrir de quemaduras y por ende a emplear tratamientos para intentar sanar las lesiones.

El desarrollo del hombre dio pauta a la aparición de infinidad de nuevas técnicas (tecnología), de las cuales algunas de ellas constituyeron una fuente propicia para que se presentaran accidentes por quemadura; a la par, con ello han aparecido diversos tratamientos, así como lugares (sitios u hospitales), en donde se trataron las lesiones producidas por las quemaduras. - Algunos de los cuales (tanto hospitales como tratamientos) se han ido perfeccionando hasta llegar a los tratamientos de hoy en día.

Las quemaduras se encuentran ubicadas dentro de los accidentes, entendidos éstos como un suceso imprevisto que va a tener como consecuencia una lesión y en ocasiones genera un trauma. Se debe tomar en cuenta que para que se produzcan deben darse: la existencia de una condición insegura y la existencia de una práctica inadecuada, es decir, que las cosas no se están haciendo de una manera correcta. Existen accidentes en el hogar, en el trabajo, de tránsito y otros.

De estos nos enfocamos a los que ocurren en el hogar, lu--

gar donde la población infantil pasa la mayor parte del tiempo y donde puede accidentarse. De estas sobresalen aquéllas que se producen por quemadura, ocasionadas en la mayoría de los casos por el descuido de los adultos (que dejan al alcance de los niños agua hirviendo, sartenes con aceite caliente, planchas conectadas, etc.).

La quemadura es una lesión de los tegumentos corporales orgánicos producida por el calor, que además del daño físico provoca daño psíquico y la desintegración social del individuo.

Para determinar la gravedad de las quemaduras se deben tomar en cuenta dos factores principales: el porcentaje de superficie corporal quemada y la profundidad de la quemadura. De acuerdo a su extensión las quemaduras se clasifican en tres grupos: no graves, graves y muy graves.

El método más exacto para determinar el porcentaje de superficie corporal quemada, es el establecer las áreas de lesión en los esquemas de Lund y Browder.

Para fines prácticos se dividen en tres grados; las de primer grado sólo afectan la capa superficial de la piel; las de segundo grado abarcan la epidermis y parte de la dermis, tardan en sanar de diez a quince días y; las de tercer grado son aquellas en las que se destruye toda la piel, grasa, músculos, y en

ocasiones hueso, generalmente requieren de injerto. Por otro lado existen dos tipos de tratamiento para las lesiones por quemaduras; el médico y el psicológico; los que se dan tanto en el período hospitalario como en el post-hospitalario.

Esto se debe a que las lesiones por quemaduras generan no solamente en el menor un estado de dolor físico sino, también - transtornos emocionales y sociales, así como consecuencias biopsicosociales que afectan el desarrollo del menor, ya que altera su relación con su entorno social. De ello deriva la vital importancia de que los niños continúen con su tratamiento post-hospitalario.

A pesar de que desde períodos muy remotos ya se contaba con hospitales o bien lugares similares a ellos, es importante señalar que las instituciones hospitalarias no privadas que existen en nuestra época no cuentan con los recursos suficientes para atender a los lesionados por quemaduras, ya que el costo económico y social que ello implica es muy alto.

En los últimos años, a fin de dar una atención integral al quemado se creó el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado (que trabaja en coordinación con el Hospital Infantil - Xochimilco), mismo que se encarga de dar atención a los problemas psicológicos, médicos y sociales; tanto en el período de hospitalización como después de éste, que se derivan de las que

maduras, así como de brindar la atención integral que el paciente requiere.

El Instituto atiende principalmente a niños que provienen de familias de escasos recursos económicos. Sin embargo, muy a pesar de los esfuerzos de este centro para dar este tipo de atención, se ha observado en los últimos años que los niños sólo acuden algunas veces o bien nunca a recibir el tratamiento - - post-hospitalario. Tal es el caso de los niños atendidos en el período de enero de 1991 a junio de 1992; de los cuales sólo el 3% (de un total de 240), regresaron a recibir al tratamiento. - Ante esto dirigimos nuestra atención sobre las causas que originan la deserción de pacientes al tratamiento post-hospitalario.

Para encontrar las razones de tal deserción, fueron diseñadas y aplicadas dos cédulas de entrevista; una dirigida a los responsables del menor y otra a los profesionistas que laboran en el Instituto.

El tratamiento estadístico dado a la información recabada muestra que más de la mitad de los menores presentó quemaduras graves que les produjeron cicatrices hipertróficas (abultamiento de cicatrices) e irritación, así como alteraciones en su conducta. Cabe señalar que; a pesar de que en su mayoría fueron citados al Instituto aproximadamente cada semana, ninguno de ellos terminó su tratamiento.

Ahora bien, en lo que respecta a las hipótesis planteadas en la investigación se obtuvo, la siguiente conclusión:

La hipótesis que afirma: "La falta de información acerca de la importancia del tratamiento post-hospitalario tiene como consecuencia la escasa participación de los pacientes en dicho tratamiento". Si logro comprobarse dado que los responsables del menor desconocen en que consiste el tratamiento post-hospitalario.

La hipótesis que dice: "Las limitaciones económicas de la familia generan la escasa participación del paciente al tratamiento post-hospitalario". También logro comprobarse ya que la situación económica de estas familias es precaria, sus ingresos sólo les permite satisfacer sus necesidades mínimas.

La hipótesis que señala: "El desinterés de los padres sobre el bienestar de sus hijos contribuye a una escasa participación de pacientes al tratamiento post-hospitalario". No se comprobó puesto que los padres de familia manifestaron interés en sus hijos preguntando sobre su estado de salud durante el período de hospitalización, acudiendo al tratamiento médico después del mismo y apoyándolo ante algún problema.

La hipótesis que afirma: "El poco tiempo del que disponen los padres para asistir al Instituto, así como la lejanía de es

te, provocan una limitada participación de pacientes al tratamiento post-hospitalario"; también quedo refutada ya que no se comprueba porque los padres de familia manifestaron disponer del tiempo necesario para acudir al Instituto puesto que para la mayoría de ellos, este no queda muy retirado de su casa.

Por igual, se encontró que los profesionistas que laboran dentro del Instituto tienen poco tiempo de haber ingresado al mismo; aunado a esto, la mayoría de ellos (cinco) son pasantes y si bien algunos de ellos tienen experiencia dentro de su profesión, ninguno la tiene en el área de las quemaduras; lo que corrobora la falta de experiencia de estos profesionistas en dicha área de trabajo, comprobándose así la hipótesis que dice: "La falta de experiencia de los profesionistas que laboran en el Instituto trae como consecuencia que los pacientes dejen de asistir al tratamiento post-hospitalario.

Ante esta situación se hace necesaria la intervención de un profesionista como lo es el Trabajador Social, en el área y proceso post-hospitalario, ya que su formación le permite implementar los medios e instrumentos necesarios para abordar tal problemática, puesto que se basa en la investigación para conocer los factores que rodean al paciente y por ende saber, como influyen los factores sociales en su comportamiento y en su salud; a la vez que participa en acciones de promoción y prevención para que la población preserve su salud.

Ante esta problemática y tomando en cuenta la formación profesional del Lic. en Trabajo Social se destaca que se hace necesaria la intervención de éste, mediante la elaboración de un proyecto que tiene como objetivo que los pacientes que han sido dados de alta continúen con el tratamiento post-hospitalario a fin de que se les brinde la atención que requieren, tomando en cuenta las secuelas que presentan; proyecto que no sólo involucra a los padres de familia, sino también al equipo interdisciplinario que labora en el Instituto en conjunto con el Lic. en Trabajo Social para lograr sensibilizar a los padres de familia, puesto que el trabajo en equipo (interdisciplinario), resulta más enriquecedor, debido a que permite tratar el problema (o problemas) en todos sus aspectos y brindar soluciones en conjunto, lo que hace más fructífero el trabajo; a la vez que permite la aclaración de dudas y acrecentar los conocimientos de cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario.

Con respecto al instrumento de investigación, en este caso las cédulas de entrevista, tanto para los padres del menor como para los profesionistas, fueron adecuadas, ya que permitieron captar la información pertinente para la investigación puesto que estas, dieron pauta a una interacción directa con los entrevistados, lo que permitió aclarar dudas y ampliar la información a través de la observación; de todo lo cual se desprende la confiabilidad de las respuestas.

En cuanto a la muestra consideramos que esta fue representativa dado que el número que la conformó (48 entrevistas), es el adecuado, además de que se desprendió de un universo conformado por pacientes afectados por las quemaduras en determinado período de tiempo.

En cuanto a las dificultades a las que nos enfrentamos durante el proceso de recolección de datos, de la información, figuran: la desconfianza de parte de los entrevistados (padres de familia), superada en algunos casos a través de la sensibilización por parte del entrevistador (Trabajador Social). En ciertos casos fue necesario realizar una segunda visita, ya que en la primera no se encontraba presente el responsable directo del menor. También en algunos casos, ya sea por la lejanía del hogar o bien por la inadecuada distribución de la numeración, se dificultó realizar la entrevista.

SUGERENCIAS.

- Que el Lic. en Trabajo Social desarrolle acciones educativas a través de pláticas, elaboración de carteles; dirigidas a los familiares del paciente a fin de que comprendan la importancia del tratamiento post-hospitalario, así como de los servicios que proporciona el Instituto.
- Que los profesionistas laboran dentro del Instituto ordenen de manera coherente sus actividades para que los pacientes no tengan que esperar un tiempo prolongado para ser atendidos.
- Que el Lic. en Trabajo Social informe al familiar del menor los avances en el tratamiento psicológico del paciente.
- Que cada uno de los profesionistas elabore un programa de trabajo a fin de realizar actividades concretas y coordinadas con las distintas áreas de trabajo.
- Que se impartan cursos de capacitación a los profesionistas que laboran en el Instituto para que realicen mejor sus actividades.
- Que el Lic. en Trabajo Social verifique (en el momento -

de realizar el estudio psicosocial), si se está informando a los familiares del paciente sobre el tratamiento - post-hospitalario y su importancia.

- Motivar a los padres de familia para que lleven a sus hijos al tratamiento post-hospitalario.

- Que todos los pacientes reciban cuando menos una visita domiciliaria para conocer su estado de salud.

- Que el Instituto elabore folletos en donde se explique - de manera sencilla y clara la importancia que tiene que los pacientes continúen con el tratamiento post-hospitalario y de las repercusiones que tienen en el menor los accidentes por quemaduras.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Mir y Mir Lorenzo. Fisiopatología y Tratamiento de las Quemaduras; 2ª edición, Ed. Científico-Médico, Madrid, 1970.
- 2) Johnson L. Carole. Tratamiento de las Quemaduras; Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V., México, D.F., 1983.
- 3) Sallsburg E. Roger. E.M.D. Manual del Tratamiento de Quemaduras; 1ª edición, Ed. - Salvat, México, 1980.
- 4) Artz R, Reiss E. Tratamiento de las Quemaduras; 1ª edición, Ed. Alambra, S.A., Madrid, 1962.
- 5) Dr. Capiatrán Guadalajara Arturo. Historia de las Quemaduras; - Ed. Dirección General de Servicios Médicos del Distrito Federal, México, 1990.
- 6) Dr. Laguna Calderón Javier. Epidemiología de las Quemaduras; Ed. Dirección General de Servicios Médicos del Distrito Federal, México, 1990.
- 7) Evaristo Viera Miguel. Reacciones del Niño Durante la Hospitalización; Ed. Dirección General de Servicios Mé-

- 8) López Portillo Manuel. Urgencias Médico Quirúrgicas; 3ª edición, Ed. SMDDF, México, 1973.
- 9) Picazo Michel Eduardo. Urgencias Médicas en Pediatría; 1ª edición, Ed. Francisco Méndez Oteo, México, 1981.
- 10) F. Escardo, Gilberti Eva. Hospitalismo; 1ª edición, Ed. Universitaria de Buenos Aires, Argentina, 1964.
- 11) Petrillo M. Sanger S. Cuidado Emocional del Niño Hospitalizado; 2ª edición, Ed. Prensa Médica, México, 1975.
- 12) Kolb C. Lawrence. Psiquiatría Clínica; 6ª edición, Ed. Interamericana, México, D.F., 1988.
- 13) Fagardo Ortíz Guillermo. Breve Historia de los Hospitales en la Ciudad de México; 1ª edición, Ed. Asociación Mexicana de Hospitales, A.C., México, 1980.
- 14) Fagardo Ortíz Guillermo. Atención Médica; Ed. Prensa Médica Mexicana, S.A., México, 1983.
- 15) Flores y Troncoso Francisco de Asis. Historia de la Medicina en México; 2ª edición, Ed. IMSS,

- México, 1982.
- 16) Martínez Cortes Fernando. Historia General de la Medicina en México; 1ª edición, - Ed. UNAM. Facultad de Medicina, México, 1984.
- 17) De Las Casas Fray Bartolomé. Brevisima Relación de la Destrucción de las Indias; 3ª edición, Ed. Fontamara, Barcelona-España, 1981.
- 18) Riva Palacio D. Vicente. México a Través de los Siglos; Tomo II, 27ª edición, - Ed. Cumbre, S.A., México, - 1981.
- 19) IMSS. Accidentes; México, 1980.
- 20) De La Fuente Narváez Victorio. I Convención Nacional de Salud: Accidentes; Ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1974.
- 21) Solís Aviles Emilio. Higiene y Seguridad en el Trabajo; vol. IV, Ed. Francisco Márquez, México, 1970.
- 22) Aguirre Martínez Eduardo. Seguridad Integral en las Organizaciones; Ed. Trillas, México, 1980.
- 23) Escobar Picasso E., Carpio Utrilla O. Accidentes y Violencias en Pediatría; 1ª edición, Ed. -

- 24) C. Hernández de Vittorioso Lidia. Trabajo Social Médico; Ed. - Humanitas, Buenos Aires, 1982.
- 25) Kisnerman Natalio. Salud Pública y Trabajo Social; Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1987.
- 26) W.A. Fierlander. Dinámica del Trabajo Social; 6ª reimpresión, Ed. Pax, México, 1985.
- 27) Boris Lima. Contribución a la Epistemología de Trabajo Social, 3ª - edición, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1986.
- 28) Navarro Murillo Pascual. Avances en Trabajo Social Médico; Ed. Méndez Oteo, México, 1986.
- 29) Branderburg Ana B. Servicio Hospitalario; Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1973.
- 30) Padua Jorge. Técnicas de la Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales; 3ª reimpresión, Ed. - Fondo de Cultura Económica, - México, 1987.
- 31) Rojas Soriano Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales; 8ª edición, Ed. UNAM, México, 1985.

- 32) Hernández Michel Susana. Lecciones Sobre Metodología - de las Ciencias Sociales; 1ª edición, Ed. UNAM, México, - 1985.
- 33) Enciclopedia de México. Tomo I, II y IV; 3ª edición, Ed. Enciclopedia de México, - S.A., México, 1978.
- 34) Gran Enciclopedia del Mundo. Tomo IX, 12ª edición, Ed. Dur van, S.A., Bilbao, 1975.
- 35) Enciclopedia Médica. Hombre, Medicina y Salud; To- mo I, 1ª edición, Ed. Británi ca, Madrid, 1982.
- 36) Salvá Lacumbe José Antonio. Enciclopedia Práctica de Pri- meros Auxilios; Tomo IV, Ed. Marin, Barcelona, 1985.
- 37) Diccionario Manual de Medi- cina y Salud. 1ª edición, Ed. Vox Monográfi cos, S.A., Barcelona, 1979.
- 38) Braier L. Diccionario Enciclopédico de Medicina; 4ª edición, Ed. - - JIMS, Barcelona, 1979.
- 39) Thines George y Lempereur. Diccionario General de las - Ciencias Humanas; 1ª edición, Ed. Cátedra, Madrid, 1978.
- 40) Cadena Gutiérrez Reyna Ivon. Los Diferentes Tratamientos - que se dan a los Menores Que- mados de 0 a 14 años; Tesis -

- 41) Flores Cisneros Carmen. El Trabajo Social y la Importancia del Seguimiento del Paciente Oncológico; Tesis - UNAM-ENTS, México, 1989.
- 42) García Flores Ma. de Lourdes. La Contribución de Trabajo Social en el Tratamiento de Niños Quemados con Secuelas biopsicosociales. Tesis UNAM-ENTS, México, 1990.
- 43) Escuela Nacional de Trabajo Social. Síntesis de la Fundamentación: Propuesta de Especialización de Trabajo Social en el Área de la Salud; ENTS-UNAM, México, 1988.
- 44) Escuela Nacional de Trabajo Social. Folleto Informativo Sobre la Especialización en Trabajo Social Médico; ENTS-UNAM, México, 1992.
- 45) Escuela Nacional de Trabajo Social. Plan de Estudios; ENTS-UNAM, México, 1977.
- 46) Terán Trillo Margarita. El Perfil del Trabajador Social en el Área de la Salud; Revista de Trabajo Social No. 37, Ed. ENTS-UNAM, México, - 1989.

- 47) García Flores Margarita. Acuerdos del Consejo Universitario; Gaceta UNAM, México, D.F., vol. XVIII, Nueva Epoca, núm. 5/15 abril 1969.
- 48) Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado. Estatutos del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado; México, 1987.
- 49) Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado. Programa General de Actividades para 1992; México, 1991.
- 50) Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado. Documento Titulado: "Manejo - Psiquiátrico y Estudio Epidemiológico del Niño con Quemaduras; s.f.
- 51) Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado. Documento Titulado: "Prevención de Quemaduras en los Niños y, Primeros Auxilios; s.f.

ANEKOS.

Anexo No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL-

El presente cuestionario esta dirigido a los padres de familia de los pacientes con quemaduras que fueron atendidos en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, de enero de 1991 a junio de 1992; mismo que tiene como finalidad el conocer las causas que originan la deserción al tratamiento - post-hospitalario.

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Domicilio: _____

Responsable del menor: _____

Parentesco: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

1.- La quemadura de su hijo fue:

No grave () Grave () Muy grave ()

2.- La quemadura fue causada por:

Líquido caliente () Substancias químicas ()

Sólidos calientes () Corriente eléctrica ()

Fuego () Otros ()

3.- ¿Estuvo enterado de los avances del estado de salud de su paciente cuando estuvo hospitalizado?

Si () No ()

4.- Las dudas acerca del estado de salud del niño las consultaba con:

Médico () Trabajador Social ()
 Enfermera () Ninguno ()
 Psicólogo ()

5.- ¿Citaron al niño cuando fue dado de alta para que acudiera al Instituto?

Si () No ()

6.- ¿Acudía a las citas que le fueron asignadas al niño?

Si () No ()

7.- ¿Quién llevó al niño al Instituto a las citas?

Madre () Ambos () Nadie ()
 Padre () Otros ()

8.- ¿Cada cuándo le asignaban la cita?

Una vez por semana () Cada 4 semanas ()
 Dos veces por semana () Cada 6 o más semanas ()
 Cada 2 semanas () Nunca acudió ()

9.- ¿Cuántas consultas tuvo después de ser dado de alta?

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, o más.

10.- ¿Acudía o acude a valoración médica?

Si () No ()

11.- ¿El niño ha tenido alguna complicación a raíz de la quemadura?

Si () No ()

12.- ¿De qué tipo?

Abultamiento de cicatrices ()

Sus cicatrices impiden movimiento ()

Dolor ()

Irritación ()

Otros ()

13.- ¿Se presentaron cambios en la conducta del niño a raíz de la quemadura?

Sí ()

No ()

14.- ¿Es visible la quemadura?

Sí ()

No ()

15.- ¿Sabe en qué consiste el tratamiento que se proporciona en el Instituto?

Sí ()

No ()

16.- Se enteró por medio de:

Folletos ()

Sesiones ()

Carteles ()

Información directa ()

Pláticas ()

Ninguno ()

17.- ¿Platica Usted con el niño?

Frecuentemente ()

Rara vez ()

De vez en cuando ()

Nunca ()

18.- ¿De que platica Usted con el niño?

De los problemas que el niño tiene ()

De los problemas que Usted tiene ()

De lo que al niño le gusta ()

Otros ()

19.- La comunicación en su familia es:

Buena () Regular () Mala ()

20.- ¿Hay disgustos en la pareja?

Si () No ()

21.- Cuando surge el enojo se debe a:

Problemas económicos ()

Problemas de los hijos ()

La combinación de ambos casos ()

Otros ()

22.- El enojo se expresa en:

Agresión verbal () Con silencio ()

Agresión física () Otros ()

23.- ¿Cuándo el niño tiene algún problema a quién recurre?

Madre () Hermanos ()

Padre () Amigos ()

Ambos () Otros ()

24.- La relación entre sus hijos es:

Buena () Regular () Mala ()

25.- ¿Cuándo sus hijos se encuentran molestos lo demuestran?

Verbalmente () Físicamente () Ambos ()

26.- Al interior de la familia existen problemas de:

Drogadicción () Tabaquismo ()

Alcoholismo () Ninguno ()

27.- ¿Dispone de tiempo para acudir al Instituto?

Si () No ()

28.- Le es más fácil llevar al niño al Instituto en:

Mañanas () Tardes () Sábados y Domingos ()

29.- ¿Solicita permiso en su trabajo para llevar al niño al --
Instituto?

Si () No ()

30.- Para llevar a tratamiento psicológico a su hijo ¿qué tiempo dedica Usted?

Horas _____ Minutos _____

31.- ¿A qué distancia de su casa queda el Instituto?

Una hora () Dos horas () Tres horas ()

32.- Vive Usted:

Al sureste de la ciudad ()

Al suroeste de la ciudad ()

En el centro de la ciudad ()

Al noreste de la ciudad ()

Al noroeste de la ciudad ()

Area metropolitana ()

Otros ()

33.- El transporte que utiliza para acudir al Instituto es:

Transporte colectivo () Automóvil particular ()

34.- El ingreso mensual familiar asciende a:

\$ 300,000.00 () \$ 798,000.00 ()

\$ 399,000.00 () \$ 1'147,000.00 ()

\$ 598,000.00 ()

35.- El egreso mensual familiar asciende a:

\$ 300,000.00 () \$ 798,000.00 ()

\$ 399,000.00 () \$ 1'147,000.00 ()

\$ 598,000.00 ()

36.- Su vivienda es:

Propia () Rentada () Prestada ()

37.- Las habitaciones con las que cuenta son:

1, 2, 3, 4, o más

38.- El piso es de:

Cemento () Tierra ()

39.- Las paredes son de:

Tabique () Lámina galvanizada () Piedra ()

Madera () Lámina de cartón ()

40.- El techo es de:

Lámina galvanizada () Lámina de cartón ()

Lámina de asbesto () Concreto ()

41.- El servicio que proporciona el Instituto es:

Bueno () Regular () Malo ()

42.- ¿El tratamiento psicológico que le brindó el Instituto fue de utilidad para el niño?

Si () No ()

43.- ¿Ha recibido alguna visita del Trabajador Social que labora en el Instituto?

Si () No ()

44.- ¿En cuantas ocasiones?

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, o más

45.- ¿Cuál fue el motivo de la visita?

46.- ¿Recibió instrucciones sobre como tratar a su hijo después de la hospitalización?

Sí () No ()

47.- ¿Asistió a las sesiones de orientación que se imparten en el Instituto?

Sí () No ()

48.- ¿Las sesiones de orientación a las que asistió fueron de - tipo?

Individual ()

Grupal ()

49.- ¿Cuántas veces asistió a las sesiones de orientación?

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, o más.

Anexo No. 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL.

La presente cédula de entrevista está dirigida a los profesionistas que laboran en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado. Tiene como finalidad el llegar a conocer las causas que originan la escasa asistencia al tratamiento post-hospitalario.

- 1.- El puesto que Usted desempeña dentro del Instituto es:
 Médico () Trabajador Social () Psicólogo ()
- 2.- El tiempo que Usted tiene laborando en el Instituto es:
 Menos de un año () Dos años ()
 Un año () Tres años o más ()
- 3.- El nivel profesional que Usted tiene es:
 Pasante () Licenciatura ()
 Especialidad () Otros ()
- 4.- Egresó de la Universidad hace:
 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, o más años.
- 5.- ¿Tiene alguna especialidad?
 Si () No ()
- 6.- ¿Cuál?
-
- 7.- ¿Antes de ingresar al Instituto tuvo Usted alguna experiencia en el área médica?

Si () No ()

8.- ¿Dónde y de qué tipo?

9.- ¿Las actividades que Usted desarrolla dentro del Instituto cubren sus expectativas como profesionalista?

Si () No ()

10.- ¿Ha tomado algún curso de capacitación para mejorar sus actividades en el Instituto?

Si () No ()

11.- ¿Tiene algún programa de actividades?

Si () No ()

12.- ¿El Instituto lleva a cabo algún procedimiento para motivar a pacientes y padres de familia a fin de que asistan a tratamiento post-hospitalario?

Si () No ()

13.- ¿El servicio o la atención se mejoraría llevando a cabo?

14.- ¿A qué promedio de pacientes atiende Usted por semana?

15.- ¿Qué actividades realiza Usted en relación con el tratamiento post-hospitalario?

16.- ¿Cómo define Usted su relación con los otros profesionalistas?

Buena () Regular () Mala ()

17.- ¿Acude a las sesiones bibliográficas?

Si ()

No ()

18.- ¿Cuáles son las causas más frecuentes de quemadura?

Líquidos calientes () Substancias químicas ()

Sólidos calientes () Corriente eléctrica ()

Fuego () Otros ()

19.- ¿Cree Usted que el Instituto posee los recursos suficientes para la atención del niño quemado?

Si ()

No ()